

# ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA LAO

## DANH MỤC BÀI HỌC

<b>TT</b>	<b>Tên bài học</b>	<b>Số tiết</b>
1	Đại cương về bệnh lao	2
2	Chăm sóc người bệnh lao phổi	2
3	Chăm sóc người bệnh lao màng phổi	2
4	Chăm sóc người bệnh ho ra máu do lao	2
5	Dự phòng lao bằng BCG	2

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng Lao - Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2006.
2. Điều dưỡng chuyên khoa Lao - Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội 2012.
3. Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội - Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2009.

# ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH LAO

## SỐ TIẾT: 2

### MỤC TIÊU

1. Nêu được quá trình nghiên cứu bệnh lao.
2. Trình bày 5 đặc điểm bệnh lao.
3. Nêu được một số đặc điểm sinh học và phân loại vi khuẩn lao.

### NỘI DUNG

1. Lịch sử nghiên cứu bệnh lao
  - Bệnh lao đã được phát hiện từ trước công nguyên ở Ấn Độ, Ai Cập, Hy Lạp và các nước vùng Trung Á. Thời kỳ này bệnh lao được hiểu lẫn với một số bệnh khác và người ta xem đó là một bệnh di truyền và thể không chữa được.
  - Đến thế kỷ XIX, Lacnec (1819) và Sokolski (1838) đã mô tả khá chính xác các tổn thương chủ yếu của bệnh Lao. Năm 1865, Villemin làm thực nghiệm bằng cách tiêm truyền bệnh phẩm lây từ bệnh nhân lao cho súc vật và có nhận xét bệnh lao do một căn nguyên gây bệnh nằm trong các bệnh phẩm đó.
  - Năm 1882, Robert Koch tìm ra nguyên nhân gây bệnh lao là vi trùng lao (Bacillus de Koch: viết tắt là BK). Việc tìm thấy vi khuẩn lao đã mở ra giai đoạn vi khuẩn học ở bệnh lao.
  - Đầu thế kỷ XX có một loạt công trình về dị ứng miễn dịch và phòng bệnh lao. Năm 1907, Von Pirquers áp dụng phản ứng da để xác định tình trạng nhiễm lao. Mantoux (1908) dùng phương pháp tiêm trong da để phát hiện dị ứng lao (nay gọi là phản ứng Mantoux). Cũng năm 1908 Calmette và Guérin bắt đầu nghiên cứu tìm vaccin phòng lao và 13 năm sau (1921), các tác giả đã thành công. Từ đó vaccin BCG được sử dụng phòng bệnh lao trên người. Trong khi đó việc điều trị lao vẫn còn khó khăn, người ta sử dụng những phương pháp gián tiếp như dinh dưỡng, bơm hơi màng phổi, màng bụng hoặc dùng phẫu thuật gây xẹp thành ngực hay cắt bỏ tổn thương.

- Năm 1944, Waksman đã tìm ra Streptomycin thuốc kháng sinh điều trị bệnh lao. Năm 1952, Rimifon (Isoniazid) được đưa vào điều trị bệnh lao. Năm 1965, Rifampicin, thuốc chống lao mạnh nhất ra đời. Năm 1978, cơ chế tác dụng và vị trí của thuốc Pyrazinamid được đánh giá là một thuốc đặc hiệu có tác dụng diệt khuẩn, tác dụng với cả vi khuẩn lao trong tế bào và ngoài tế bào.
- Ngày nay, bệnh lao còn rất phổ biến ở các nước Châu Á, Châu Phi và Mỹ La Tinh. Tháng 4 năm 1993, Tổ chức Y tế Thế giới đã báo động tới chính phủ các nước trên toàn cầu về nguy cơ quay trở lại của bệnh lao và sự gia tăng của nó. Khoảng 1/3 dân số trên thế giới đã nhiễm lao. Mỗi năm có 8 – 9 triệu người mắc lao mới và có khoảng 3 triệu người chết do lao. Đặc biệt ở các nước đang phát triển, tỷ lệ người chết do lao chiếm 98% tổng số lao chết trên thế giới và 75% là ở lứa tuổi lao động. (15 – 50 tuổi).
- Năm 1957, nhà nước đã có quyết định thành lập Viện chống Lao Trung ương (nay là Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương) dưới sự lãnh đạo của bác sĩ Phạm Ngọc Thạch và cộng sự. Công tác chống lao đã được một số kết quả khác nhau qua từng thời kỳ.
- Năm 1957 đến năm 1975, công tác chống lao ở miền Bắc đã đạt được một số thành tựu về các mặt dịch tễ, chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh. Trong khi đó, theo số liệu điều tra năm 1975 và năm 1976 ở miền Nam, bệnh lao khá phổ biến, các chỉ số dịch tễ thường gấp 2 – 3 lần so với ở miền Bắc.
- Từ năm 1976 đến năm 1985 đã đề ra chương trình chống lao cấp I. Chương trình này do Bộ Y tế thông qua năm 1978, bước đầu đã có một số kết quả. Tuy nhiên, kết quả chống lao không đồng đều trong cả nước. Từ cuối năm 1985, để nâng cao hiệu quả của công tác chống lao, chương trình chống Lao cấp II đã được đề ra và hiện đang tiến hành có kết quả.
- Tháng 11 năm 1994, Nhà nước Việt Nam đã có quyết định thành lập Chương trình chống lao Quốc gia và đầu tư kinh phí cho chương trình này.

## 2. Đặc điểm bệnh lao

### 2.1. Bệnh lao là một bệnh nhiễm trùng:

Nguyên nhân gây bệnh lao đã được Robert Koch tìm ra hơn 100 năm trước, chủ yếu là vi khuẩn lao người (*Mycobacterium Tuberculosis Hominis*). Người ta còn phân lập được một số loại khác như vi khuẩn lao bò (*Mycobacterium Bovis*) gây bệnh lao ở trâu bò và một số súc vật khác. Vi khuẩn lao không điển hình (*Mycobacterium Atypiques*) cũng là nguyên nhân gây bệnh nhưng ít gặp.

### 2.2. Bệnh lao là một bệnh lây

- Nguồn lây chính của bệnh lao là những bệnh nhân lao phổi có AFB dương tính trong đờm (phát hiện bằng phương pháp soi trực tiếp) tức là có khoảng trên 5.000 vi khuẩn trong 1ml đờm, đường lây chủ yếu là đường hô hấp, người bị lây hít phải các hạt nước bọt nhỏ li ti có chứa vi khuẩn lao của những người bị lao phổi ho khạc ra. Người bị lao phổi ho khạc ra vi khuẩn lao được coi là nguồn lây, sau một năm nguồn lây này có thể làm cho 10 – 15 người bị nhiễm lao và 10% số nhiễm có thể trở thành bệnh lao.
- Thời gian nguy hiểm của một nguồn lây bắt đầu từ lúc có triệu chứng đến khi được điều trị đặc hiệu, mỗi nguy hiểm này sẽ giảm khi điều trị đặc hiệu được 2 tuần. Nhưng cần chú ý khi một nguồn lây hết nguy hiểm không có nghĩa là bệnh nhân đã khỏi bệnh. Do vậy, mục tiêu của công tác chống lao là phát hiện ra nguồn lây và chữa khỏi cho họ.

### 2.3. Bệnh lao có quá trình diễn biến qua 2 giai đoạn

- Ngày nay, đa số tác giả quan niệm bệnh lao có 2 giai đoạn: giai đoạn nhiễm lao và giai đoạn lao bệnh (lao sau sơ nhiễm), khi một cơ thể bị vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể chủ yếu qua đường hô hấp vào tận phế nang. Sau khoảng 3 tuần đến 3 tháng, dưới tác động của vi khuẩn lao, cơ thể có sự chuyển biến về mặt sinh học, hình thành dị ứng và miễn dịch đối với vi khuẩn lao, người bị lây ở tình trạng nhiễm lao. Trong các vi khuẩn lao gây thương phế nang có vi khuẩn bị tiêu diệt, có vi khuẩn tiếp tục phát triển.

- Đa số người bị lây chỉ ở tình trạng nhiễm lao mà không chuyển giai đoạn bị bệnh lao. Chỉ có khoảng 1/10 các trường hợp nhiễm lao chuyển thành lao bệnh. Bệnh lao chỉ xảy ra khi có sự mất thăng bằng giữa khả năng gây bệnh của vi khuẩn lao và sức đề kháng của cơ thể.

Các đối tượng dễ mắc lao:

- Những người sống chung với bệnh nhân lao phổi có vi khuẩn trong đờm, đặc biệt ở trẻ em và thanh niên.
- Những người nhiễm HIV.
- Người mắc các bệnh mãn tính.
- Người dùng các thuốc giảm đau, miễn dịch kéo dài.

#### 2.4. Bệnh lao có thể phòng và điều trị có kết quả tốt

Phương pháp phòng bệnh lao là tiêm vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và dưới một tuổi. Mặc dù vaccin BCG chỉ có tác dụng hạn chế trong phòng bệnh lao, ở người lớn đã bị nhiễm lao nhưng có thể tránh cho trẻ em khỏi bị những thể lao nặng như lao màng não, lao kê.

Hiện nay, tất cả các thể lao được phát hiện sớm đều có thể điều trị khỏi bằng hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp. Vấn đề tổ chức và quản lý điều trị cần tiếp tục nghiên cứu để có các hình thức điều trị thuận lợi và phù hợp hơn cho bệnh nhân lao, đặc biệt ở các vùng khó khăn, vùng sâu vùng xa.

#### 2.5. Bệnh lao là một bệnh xã hội

Trong từng chế độ xã hội, mức sống, hoàn cảnh sinh hoạt, các hiện tượng xã hội như thiên tai, chiến tranh đều ảnh hưởng đến tình hình bệnh lao.

Alimor (1957) và Chanlet P (1984) đã chứng minh rằng công nghiệp hóa kiểu xã hội chủ nghĩa thì bệnh lao giảm ngược lại, công nghiệp hóa kiểu tư bản chủ nghĩa thì bệnh lao tăng.

Ở Việt Nam, so sánh tình hình bệnh lao giữa 2 miền trước năm 1975 cũng thấy rõ tính chất xã hội của bệnh lao.

Bệnh lao mang tính chất xã hội đã gây khó khăn và khiến cho công tác chống lao kém hiệu quả, nhưng do những tiến bộ lớn về điều trị, đặc điểm đó ít được chú ý trong các nghiên cứu về bệnh lao. Gần đây vấn đề này đã được quan tâm đúng mức. Tại Hội nghị Quốc tế về bệnh hô hấp (Boston, 1990) một số báo cáo đã cho thấy: trên thế giới có 1 tỉ 700 triệu người bị nhiễm lao tức là cứ 3 người có 1 người nhiễm vi khuẩn lao. Điều may mắn là không phải tất cả những người bị nhiễm lao trở thành bệnh lao hoạt động.

Điều cần chú ý là 95% bệnh nhân lao và 98% trường hợp tử vong do lao, đều ở các nước đang phát triển và đa số họ đang ở lứa tuổi lao động. Có thể thấy rằng bệnh lao trở thành một gánh nặng thật sự đối với các nước đang phát triển cả về mặt xã hội và kinh tế.

### 3. Một số đặc điểm sinh học

Vi khuẩn lao do R. Koch tìm ra cách đây hơn 1 thế kỷ (1882), cho nên còn mang tên ông (Bacillies de Koch – viết tắt là BK). Vi khuẩn lao có hình gậy, thân mảnh, dài khoảng 3 – 5 $\mu$ , rộng 0,3 – 0,5  $\mu$ . Ở ngoài cơ thể, vi khuẩn lao có thể tồn tại vài ngày, thậm chí 3 – 4 tháng, nếu gặp điều kiện thuận lợi. Đờm của bệnh nhân lao ở trong phòng tối ẩm, sau 3 tháng, vi khuẩn vẫn tồn tại và giữ được độc lực. Tuy nhiên, chúng chịu nhiệt độ kém ở 42<sup>0</sup>C vi khuẩn đã ngừng phát triển và chết và 80<sup>0</sup>C sau 10 phút. Đối với cồn 90<sup>0</sup>C, vi khuẩn tồn tại được 3 phút và bị tiêu diệt sau 1 phút với axit phenic 5%. Vi khuẩn lao sinh sản chậm (20 giờ - 24 giờ sinh sản một lần), khi gặp điều kiện không thuận lợi chúng có thể sinh sản chậm hơn, thậm chí “nằm vùng”, tồn tại lâu trong tổn thương khi có điều kiện lại tái sinh sản lại. Để vi khuẩn phát triển thuận lợi cần đòi hỏi môi trường có nhiều chất dinh dưỡng và oxy. Điều này có thể cắt nghĩa tại sao lao phổi là thể bệnh hay gặp nhất và các hang lao ở phổi có phế quản thông chứa nhiều vi khuẩn lao nhất. (một hang có đường kính 2cm có khoảng 10<sup>8</sup> vi khuẩn). Vi khuẩn lao có cấu trúc rất phức tạp, có nhiều đại phân tử protides, glucoses, lipides. Axit mycolic là một

thành phần cấu tạo nên thành vi khuẩn. Chính axit này đã giúp vi khuẩn bắt màu đỏ fuchsin khi nhuộm Ziehl – Neelsen.

#### 4. Phân loại vi khuẩn lao:

Dựa vào khả năng gây bệnh cho người và các động vật mà người ta đặt tên gọi cho các loại vi khuẩn.

- Vi khuẩn lao người ( M. Tuberculosis Hominis).
- Vi khuẩn lao bò (M. Bovis).
- Vi khuẩn lao chim (M. Avium)
- Vi khuẩn gây bệnh lao ở chuột (M. Microti)

#### LƯỢNG GIÁ:

*Chọn các yếu tố ở cột H sao cho phù hợp với các yếu tố ở cột I bằng cách viết các chữ cái vào sau các con số.*

*Xác định sự tương ứng về thời gian và các công trình nghiên cứu về bệnh lao.*

Công trình nghiên cứu:

Thời gian

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Sự ra đời thuốc chống lao Rifampicin | A. 1882 |
| 2. Tìm ra vi khuẩn lao                  | B. 1908 |
| 3. Tìm ra vaccin BCG                    | C. 1921 |
| 4. Tìm ra Streptomixin                  | D. 1944 |
|   | E. 1965 |

*Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ các câu hỏi từ 5 – 9 bằng cách đánh dấu vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai*

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	A	B
5	Bệnh lao là bệnh lây truyền		
6	Bệnh lao không chữa được		
7	Bệnh lao là một bệnh xã hội		
8	Mức sống thấp, hoàn cảnh xã hội không ảnh hưởng đến tình hình bệnh lao.		
9	Bệnh lao có 2 giai đoạn: giai đoạn nhiễm lao và giai đoạn....		

# CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LAO PHỔI

## SỐ TIẾT: 2

### MỤC TIÊU

1. Nêu và phân tích định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng , cách điều trị và phòng bệnh lao phổi .
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lao phổi

### NỘI DUNG

#### 1. Định nghĩa

Lao phổi là thể lao sau sơ nhiễm, do viêm phế nang kéo dài, tái diễn từng đợt, đưa tới hậu quả: phá hủy tổ chức phổi, gây xơ phổi và ho khạc ra vi khuẩn lao theo đờm làm phát tán nhiễm khuẩn lao trong cộng đồng.

#### 2. Nguyên nhân

Vi khuẩn gây bệnh lao phổi chủ yếu là vi khuẩn lao người *Mycobacterium Tuberculosis – Hominis* (trong đó đã có những chủng kháng thuốc trước điều trị) gọi là kháng thuốc tiên phát.

#### 3. Cơ chế gây bệnh

- Vi khuẩn gây bệnh thường theo đường máu và bạch huyết từ một tổn thương cũ (ban đầu) có trong cơ thể tái hoạt động nội sinh.
- Vi khuẩn lao từ bên ngoài được hít vào phế nang theo đường phế quản.

Cụ thể hóa các tình huống gây bệnh như sau:

Lao sơ nhiễm ở trẻ lớn diễn biến sang lao phổi:

- + Hình thái này thường gặp trong lao sơ nhiễm tuổi dậy thì, ở lao sơ nhiễm phát triển rộng ra, có thể tạo nên hang lao trong khi không tìm thấy bất kỳ một hình ảnh phức bộ sơ nhiễm trên phim phổi.
- + Tổn thương lao phổi do phát triển từ một ổ lao sơ nhiễm cũ. Đây là một tái hoạt nội sinh xảy ra nhiều năm sau lao sơ nhiễm ở tuổi nhỏ và trong điều kiện cơ thể



suy sụp khả năng đề kháng vi khuẩn lao. Đây là hình thái lao phổi gặp phổ biến ở tuổi trung niên và tuổi cao.

+ Do lan tràn theo đường máu từ một tổn thương lao sơ nhiễm lan tràn theo đường máu của vi khuẩn lao đưa đến 3 tình huống sau:

- Nếu số lượng vi khuẩn lao xâm nhập tuần hoàn nhiều mà sức đề kháng của cơ thể kém sẽ dẫn đến bệnh cảnh lao kê, lao màng não và các thể lao lan tràn theo đường máu.
- Nếu số lượng vi khuẩn lao ít, khả năng đề kháng của cơ thể cao thì cơ thể không xuất hiện những tổn thương mới.
- Lao phổi do tiếp xúc nguồn lây: Bệnh nhân lao phổi khi ho bắn ra hàng ngàn hạt đờm nhỏ kích thước 5µm có chứa 1 – 2 vi khuẩn lao. Tiếp xúc trực tiếp và thường xuyên với bệnh nhân như vậy chắc chắn sẽ hít vào phổi nhiều hạt nhỏ nhiễm khuẩn và nó có thể dính lại ở vách phế nang để cho vi khuẩn khu trú một ổ viêm lao ở đó. Đây là cơ chế gây bệnh theo nhiễm khuẩn ngoại lai.

#### 4. Triệu chứng lâm sàng

##### 4.1. Tiền triệu chứng

- Khởi phát đột ngột giống bệnh cảnh hô hấp cấp tính: sốt cao, ho nhiều, đau ngực, khó thở. Một số bệnh nhân có dấu hiệu giả cúm với đặc điểm hay tái diễn.
- Khởi phát âm thầm: các triệu chứng thường là mơ hồ đến mức bản thân bệnh nhân không chú ý. Được phát hiện tình cờ nhân cơ hội chụp phim phổi.
- Bệnh nhân bắt đầu từ từ: Đây là hình thức khởi bệnh phổ biến chiếm tỷ lệ từ 70 – 80 với các biểu hiện giống hội chứng phế quản mãn tính.

##### 4.2. Dù bệnh lao khởi phát kiểu nào trong giai đoạn sớm cần chú ý một số triệu chứng có tính chất báo động:

- Sốt nhẹ kéo dài.
- Ho, khạc đờm dai dẳng.
- Đau tức ngực.

- Ho ra máu.
- Mệt mỏi kém ăn.

#### 4.3. Giai đoạn toàn phát:

- Hội chứng nhiễm khuẩn hô hấp kéo dài.
- Tình trạng nhiễm độc mãn tính kéo dài.
- + Triệu chứng cơ năng:
  - Ho hoặc đắng họng do có cảm giác vướng ngứa trong cổ.
  - Khạc đờm: Đầu tiên trắng loãng rồi nhầy dính, về sau đờm đặc màu vàng nhạt, có khi đờm lộn cộn những hạt trắng chính là những hạt bã đậu.
  - Ho ra máu: Có thể là triệu chứng, cũng có khi là biến chứng, nó xảy ra bất kỳ giai đoạn nào của bệnh kể cả giai đoạn hồi phục và di chứng – đuôi khái huyết.
  - Đau tức ngực: Đau trong sâu, cố định vị trí, đau không thường xuyên nghĩa là liên quan với triệu chứng ho.
  - Khó thở: Chỉ xuất hiện khi lao phổi có kèm theo một trong các điều kiện sau:
    - + Xơ hóa phổi do tái phát nhiều lần.
    - + Tổn thương lao rộng quá 1/3 diện tích thở
    - + Có biến chứng tràn dịch, tràn khí màng phổi, xẹp một thùy phổi hoặc bít tắc đường thở do ho ra máu gây nên.
- Triệu chứng toàn thân:
  - + Sốt nhẹ hoặc không sốt ( $37^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$ ) trừ khi có bội nhiễm hoặc biến chứng lan tràn đường máu sốt cao.
  - + Rối loạn thần kinh giao cảm: bệnh nhân ra mồ hôi trộm (khi ngủ) có rối loạn vận mạch: da lúc đỏ lúc tái, hay gặp ở các thiếu nữ mắc lao. Rối loạn kinh nguyệt ở lứa tuổi sinh đẻ.
  - + Thể trạng suy kiệt: gầy yếu, ăn uống kém.
- Triệu chứng thực thể:

- + Do diễn biến mãn tính và xu hướng tổn thương khu trú nên các triệu chứng thường kín đáo mà nhìn, sờ, gõ, nghe trong đa số trường hợp khó phát hiện được các triệu chứng rõ ràng.
- + Khám phát hiện sự biến dạng lồng ngực của bệnh nhân hiện tượng lép cục bộ ở đỉnh phổi hay dưới xương bả vai tương ứng với vùng tổn thương.
- + Nghe có thấy ran rít, ran ngáy, ran ẩm to nhỏ hạt.

## 5. Các xét nghiệm cần làm

### 5.1. Xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao

- Thời điểm lấy đờm: Vào buổi sáng sớm khi bệnh nhân ngủ dậy.
- Phương pháp:
- + Soi đờm trực tiếp.
- + Nuôi cấy

### 5.2. Chụp X quang phổi

- Hang lao cũ, mới.
- Đám thâm nhiễm: Assman hình tròn, bờ đều kích thước 1 – 2 cm.
- Hình nốt rải rác khắp phổi.
- Hình ảnh xơ và xơ hang ở phổi.

### 5.3. Phản ứng với da Tuberculin

Là test sinh hóa để đánh giá tình trạng dị ứng lao của cơ thể.

- Sử dụng phương pháp tiêm trong da của Mantoux, có ý nghĩa đánh giá về mặt dịch tễ hơn là chẩn đoán 1 trường hợp cụ thể.
- Nếu phản ứng cho kết quả (+) mạnh nghĩ đến:
- + Lao phổi mà đang có những tổn thương mới đang hoạt động.
- + Lao phổi có kết hợp với lao ngoài phổi.
- + Ở một cơ địa tăng mẫn cảm

Nếu phản ứng cho kết quả (-) nghĩ đến nguyên nhân sau:

- + Có dùng thuốc ức chế miễn dịch kéo dài.
- + Lao phổi có kèm theo bệnh khác: ung thư, HIV/AIDS.

#### 5.4. Xét nghiệm máu

- Tốc độ máu lắng.
- Số lượng hồng cầu giảm do bệnh nhân ho ra máu tái diễn kéo dài.

#### 6. Điều trị lao phổi

- Phải tuân thủ 6 nguyên tắc điều trị lao:
  - + Dùng phối hợp thuốc.
  - + Dùng thuốc đúng liều.
  - + Dùng thuốc đều đặn
  - + Dùng thuốc đủ thời gian để tránh tái phát.
  - + Điều trị theo 2 giai đoạn: tấn công và duy trì.
  - + Điều trị có kiểm soát.
- Phương pháp điều trị: Điều trị nội khoa (dùng kháng sinh chống lao) là chủ yếu, phẫu thuật ngoại khoa được chỉ định là phương pháp phối hợp khi cần thiết.
- Theo dõi và đánh giá kết quả:
  - + Cần giám sát trực tiếp điều trị của bệnh nhân, tuân thủ điều trị theo phác đồ chỉ định.
  - + Theo dõi và xử trí những tai biến của thuốc....
  - + Theo dõi đáp ứng điều trị, sự cải thiện về lâm sàng. X quang, đặc biệt sự âm hóa AFB trong đờm (qui ước vi khuẩn kháng cồn – kháng acid là AFB: Acid – Fast – Bacilli).

#### 7. Phòng bệnh

Phòng bệnh đối với lao phổi có nghĩa là đồng thời phải can thiệp vào cả 2 khuynh hướng tác động liên quan, đó là: Phòng mắc bệnh lao phổi và ngăn chặn khả năng gieo rắc nhiễm vi khuẩn lao của chính bản thân bệnh nhân lao phổi.

Đề phòng mắc lao phổi cần chú trọng các biện pháp:

- Phòng từ xa ở tuổi bị lao nhiễm. Việc gây nhiễm lao nhân tạo bằng tiêm vaccin BCG là một biện pháp tranh chấp tốt, làm hạn chế mắc lao phổi sau này.

- Chú ý giải quyết “vấn đề tiếp xúc nguồn lây” để tránh nguồn lao phổi theo cơ chế ngoại sinh.
- Chú ý việc khả năng đề kháng của cơ thể con người chống trả sự tấn công của vi khuẩn lao. Trước mắt vấn đề phòng chống HIV/AIDS là việc làm “nhất cử lưỡng tiện” liên quan khá mật thiết đến việc phòng chống bệnh lao. Với những người đã mắc lao phổi: cần phát hiện bệnh sớm, điều trị dứt điểm giúp bệnh nhân khỏi bệnh, tránh được biến chứng và di chứng của lao phổi, đồng thời chặn đứng nguy cơ “chuyển vào nguồn lây” của chính bản thân họ.

## 8. Chăm sóc

### 8.1. Nhận định bệnh nhân

\* Hỏi bệnh nhân:

- + Hình thức khởi phát bệnh.
- + Bệnh lý hiện tại của bệnh nhân.
  - Sốt (mức độ sốt.)
  - Ho (tính chất ho) ho khan hay có đờm (màu sắc).
  - Khó thở mức độ.
  - Đau ngực: tính chất đau, thời gian đau
- + Trạng thái toàn thân: Mức độ mệt mỏi, ăn uống những vấn đề gây khó chịu cho người bệnh.
- + Hỏi: gia đình có ai bị mắc lao không.

Bản thân có mắc các bệnh về phổi không, có nghiện rượu, ma túy không.

\* Khám và theo dõi:

- + Đo thân nhiệt hàng ngày (ngày 2 lần) phát hiện dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- + Hình thể lồng ngực, kiểu thở, tần số và mức độ.
- + Ho và khạc đờm có máu không, số lượng nhiều hay ít, có liên quan tới khó thở không, tình trạng toàn thân.

### 8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Sốt, người mệt, chán ăn do nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

- Đau ngực, ho đờm hoặc máu do viêm nhu phổi chuyển hóa.
- Khó thở do hẹp diện tích thở.
- Có khả năng bệnh nhân không tuân thủ điều trị vì thời gian điều trị quá dài.
- Khả năng tác dụng phụ của thuốc chống lao xuất hiện trong quá trình điều trị.

### 8.3. *Lập kế hoạch chăm sóc*

- Dần dần làm mất hội chứng nhiễm khuẩn – nhiễm độc.
- Giảm đau ngực, ho ra đờm, khó thở.
- Động viên an ủi giúp đỡ bệnh nhân hoàn thành điều trị.
- Theo dõi sát sự xuất hiện tác dụng phụ của thuốc chống lao.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn và các biến chứng khác có thể xảy ra.

### 8.4. *Kế hoạch chăm sóc: (thực hiện)*

- Làm giảm sốt:
  - + Thực hiện thuốc hạ sốt.
  - + Chườm khăn lạnh.
- Người mệt chán ăn:
  - + Thực hiện thuốc hỗ trợ.
  - + Giúp bệnh nhân ăn theo sở thích, ăn nhiều bữa, thức ăn giàu đạm, thay đổi món ăn.
- Giảm đau ngực:
  - + Tư thế bệnh nhân, xoa bóp.
  - + Thực hiện thuốc giảm đau.
- Giảm khó thở:
  - + Tư thế bệnh nhân, nằm tư thế nửa ngồi, phòng thoáng khí.
  - + Cho thở oxy nếu cần thiết.
- Giảm ho và khạc đờm nhiều:
  - + Thực hiện thuốc giảm ho.
  - + Ngậm chanh muối.
- Hướng dẫn và làm cho bệnh nhân dễ khạc đờm:

- + Võ rung lồng ngực.
- + Uống nhiều nước, thực hiện truyền dịch.
- + Thực hiện thuốc lao theo phác đồ điều trị.
- Phòng tránh lây lan vi khuẩn lao:
  - + Tăng cường thoáng khí phòng bệnh nhân.
  - + Giữ gìn vệ sinh, bê, ca, vệ sinh cá nhân, khạc đờm vào bê, ca.
  - + Hạn chế tiếp xúc:
    - Không xếp nhiều bệnh nhân trong phòng.
    - Hạn chế người vào thăm, ra vào của nhân viên y tế.
    - Hướng dẫn bệnh nhân đeo khẩu trang, khi ho, hắt hơi, nói chuyện với người khác.
    - Nhân viên y tế rửa tay trước và sau khi khám bệnh nhân.
- + Xử lý chất bỏ: đờm, máu đúng nơi quy định (đưa vào lò đốt).
- Giúp bệnh nhân hoàn thành điều trị và theo dõi sát sự xuất hiện tác dụng phụ của thuốc lao bằng:
  - + Giải thích cho bệnh nhân biết các dấu hiệu, triệu chứng của bệnh phải kéo dài sau khi dùng thuốc mới hết.
  - + Khuyến khích bệnh nhân tập ho, tập thở để phục hồi chức năng thở.
  - + Khi ra viện, phải uống thuốc đúng thời gian, đủ liều lượng.
  - + Nâng cao sức đề kháng của cơ thể: ăn tốt, nghỉ lao động 1 năm, tránh các tác nhân vật lý (nóng, lạnh đột ngột) tránh tái phát.
  - + Hàng ngày, trong khi nằm viện, xem xét bệnh nhân có các dấu hiệu dị ứng, phát ban, sẩn ngứa ở da, sưng khớp, rối loạn tiêu hóa....báo ngay cho bác sĩ biết kịp thời dừng hoặc giảm liều thuốc lao.

#### 8.4. *Đánh giá kết quả mong muốn là*

- Hết đau ngực, ho khạc, sốt, lên cân, ăn tốt, ngủ tốt.
- Sự âm hóa AFB trong đờm.
- Bệnh nhân yên tâm điều trị, không còn lo lắng, mặc cảm.

- Không xảy ra biến chứng về tác dụng phụ của thuốc chống lao trong quá trình điều trị.

## LƯỢNG GIÁ

*Chọn ý đúng nhất cho các câu hỏi dưới đây.*

10. Triệu chứng hay gặp nhất của bệnh nhân lao phổi là:
- A. Đau ngực.
  - B. Ho khạc kéo dài.
  - C. Khó thở
  - D. Sốt nhẹ về chiều.
11. Trong khi chăm sóc bệnh nhân lao phổi, biện pháp nào tốt nhất để bệnh nhân khạc đờm được nhiều ra ngoài.
- A. Ăn thức ăn lỏng.
  - B. Uống nhiều nước.
  - C. Vỗ rung lồng ngực.
  - D. Nằm đầu thấp.
12. Nguy cơ lây nhiễm cao nhất trong khi chăm sóc bệnh nhân lao phổi mãn là:
- A. Kim – bơm tiêm.
  - B. Đờm.
  - C. Chăn màn quần áo.
  - D. Thời gian tiếp xúc với bệnh nhân.
13. Phương pháp điều trị cho bệnh nhân lao phổi tốt nhất là:
- A. Hóa trị liệu.
  - B. Can thiệp ngoại khoa.
  - C. Vật lý trị liệu.
  - D. Chế độ dinh dưỡng.
14. Biến chứng nặng nề và nguy hiểm nhất ở bệnh nhân lao phổi là:
- A. Ho ra máu sét đánh.
  - B. Tràn khí màng phổi.



C. Suy hô hấp.

D. Tổn thương lao lan rộng.

15. Sau khi chăm sóc và điều trị bệnh nhân lao được coi là khỏi khi:

A. Hết các triệu chứng lâm sàng.

B. Không còn vi khuẩn lao trong đờm.

C. X quang thu nhỏ.

D. Ăn ngủ tốt lên cân.

# CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LAO MÀNG PHỔI

Số tiết: 2

## MỤC TIÊU

1. Nêu nguyên nhân, tính chất lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên tắc điều trị lao màng phổi và các thể lâm sàng của lao màng phổi.
2. Nêu được cách chăm sóc bệnh nhân lao màng phổi.

## NỘI DUNG

### 1. Tổn thương giải phẫu bệnh – Nhận định chung

- Màng phổi thành được nuôi bởi những nhánh động mạch tách từ các động mạch gian sườn, động mạch vú trong và động mạch hoành. Máu trở về tim theo đường tĩnh mạch gian sườn, mạng lưới bạch mạch của màng phổi thành dày đặc và đổ về các hạch bạch huyết của trung thất dưới.

Màng phổi thành có nhiều sợi thần kinh cảm giác tách từ các dây thần kinh gian sườn.

- Màng phổi tạng có các mao mạch của động mạch phổi (tiểu tuần hoàn) và các mao mạch của động mạch phế quản thuộc hệ thống đại tuần hoàn vì các động mạch phế quản tách từ động mạch chủ ngực. Máu từ màng phổi tạng về tim bằng tĩnh mạch phổi. Bạch mạch của màng phổi tạng đổ về các hạch của rốn phổi. Màng phổi tạng không có các sợi thần kinh cảm giác.
- Màng phổi thành và màng phổi tạng bình thường áp sát và trượt lên nhau nhờ một lớp rất mỏng chất lỏng có chứa protein. Khi màng phổi lành lặn, không bị viêm và không có tổn thương bệnh lý (lao ung thư tiên phát hoặc thứ phát...), luôn luôn có một dòng dịch thấm từ màng phổi thành vào khoang màng phổi, dịch thấm đến đâu sẽ được màng phổi tạng hấp thụ, vì vậy không có dịch ứ đọng trong khoang màng phổi. Trong 24 giờ, số lượng dịch thấm được tái hấp thụ vào khoảng 800 – 1000ml. Cơ chế nào gây ra chuyển động của dịch thấm,

đó là do độ chênh áp giữa màng phổi thành và khoang màng phổi, giữa khoang màng phổi và màng phổi tạng.

- Là thể bệnh phổ biến gặp ở mọi lứa tuổi, đứng hàng đầu trong các thể lao ngoài phổi ở Việt Nam.
- Thể lâm sàng thường gặp là tràn dịch màng phổi (TDMF) thanh tơ màu vàng chanh, lao màng phổi thể khô hiếm gặp.
- Thường là thứ phát sau lao phổi.

## 2. Nguyên nhân và bệnh sinh

- Vi khuẩn lao người là nguyên nhân gây bệnh chủ yếu.
- Vi khuẩn lao lan đến màng phổi bằng đường máu, đường bạch huyết là chính, có thể do đường tiếp xúc trực tiếp, do tổn thương lao ở nhu mô phổi nằm sát màng phổi.

\* Các yếu tố thuận lợi:

- Trẻ em chưa được tiêm phòng vacxin BCG.
- Phát hiện và điều trị lao sơ nhiễm muộn.
- Các đợt tiến triển của lao phổi.
- Nhiễm lạnh đột ngột, chấn thương lồng ngực.

## 3. Tổn thương giải phẫu bệnh

### 3.1. Đại thể

- Giai đoạn đầu: Màng phổi phù nề xung huyết, dịch xuất tiết màu hồng sau chuyển dần thành vàng chanh, số lượng ít.
- Giai đoạn sau: Dịch xuất tiết nhiều, lớp nội mô của màng phổi bị phá hủy, có lớp sợi tơ huyết phủ lên, màu trắng. Lớp sợi tơ này ngày càng dày lên, dần dần có mạch máu xâm nhập.
- Giai đoạn muộn: Dịch trong ổ màng phổi giảm, lá thành lá tạng dày lên dính vào nhau hoặc dính vào trung thất. Có những dải xơ chia ổ màng phổi thành những khoang nhỏ, phổi bị xẹp lại do chèn ép.

### 3.2. Tổn thương vi thể: nang lao đặc hiệu.

## 4. Triệu chứng lâm sàng

Thường gặp là lao màng phổi tràn dịch thanh tơ.

#### *4.1. Khởi phát: Màu vàng chanh thể tự do 2 - 3 ngày đầu*

- Diễn biến cấp tính khoảng 50% các trường hợp có biểu hiện cấp tính với các dấu hiệu: sốt cao, rét run, đau ngực, khó thở, ho khan. Thường xảy ra đột ngột khi nhiễm lạnh.
- Diễn biến từ từ: khoảng 30% các trường hợp người bệnh mệt mỏi, gầy sút kém ăn, sốt nhẹ kéo dài, sốt tăng về chiều và đêm. Đau ngực khó thở, ho khan, các triệu chứng tăng dần.
- Diễn biến nặng: giống bệnh cảm của thương hàn, hiếm gặp.
- Thể tiềm tàng: tính chất nghèo nàn phát hiện vô tình khi đi chụp X quang phổi.

#### *4.2. Toàn phát*

##### *4.2.1. Dấu hiệu toàn thân*

Mệt mỏi, kém ăn, gầy sút, sốt kéo dài tăng về buổi chiều tối, đổ mồ hôi ban đêm, buồn nôn, nôn khan, mạch nhanh, huyết áp hạ, số lượng nước tiểu ít.

##### *4.2.2. Dấu hiệu cơ năng*

- Đau ngực: giảm hơn so với lúc khởi phát. Nếu dịch ít, bệnh nhân nằm nghiêng về bên lành, nếu dịch nhiều bệnh nhân có xu hướng nằm về bên bệnh hoặc nằm ngửa. Bệnh nhân thường dựa vào tường để thở.
- Khó thở thường xuyên cả hai thì, tăng dần, khó thở liên quan tới lượng dịch màng phổi. Khi nằm khó thở hơn. Ho khan từng cơn, ho xuất hiện khi thay đổi tư thế. Nếu kết hợp với lao phổi, ho có đờm máu.

##### *4.2.3. Dấu hiệu thực thể*

Hội chứng 3 giảm, 3 mất tùy theo lượng dịch màng phổi nhiều hay ít.

- Nhìn: Bên bị bệnh lồng ngực vòng lên, khoang liên sườn giãn rộng, di động lồng ngực giảm, vị trí mỏm tim bị đẩy sang bên đối diện.
- Sờ: sờ rung thanh giả hoặc mất.
- Gõ: đục.

- Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất hoàn toàn. Tràn dịch ít hoặc trung bình có thể thấy tiếng cọ màng phổi, tiếng phổi màng phổi.

## 5. Cận lâm sàng

### 5.1. *X quang phổi*

- Tràn dịch màng phổi ít: mờ đều vùng đáy phổi làm mất góc sườn hoành (số lượng dịch khoảng 1 đến 2 lít) có thể thấy giới hạn trên của vùng mờ trên phim phổi thẳng là một đường cong lõm xuống (đường cong Damoiseau).
- Tràn dịch màng phổi nhiều: mờ toàn bộ trường phổi, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, khoang gian sườn giãn rộng, cơ hoành bị đẩy xuống thấp.

### 5.2. *Xét nghiệm dịch màng phổi*

Thông thường dịch có màu vàng chanh, hơi dính có thể màu vàng đục, màu đỏ. Sau 1,2 lần hút dịch chuyển sang màu vàng chanh. Dịch có thể trắng đục do vỡ ổ bã đậu.

### 5.3. *Xét nghiệm hóa sinh màng phổi*

- Nhiều Albumin Albumin > 30g/l
- Phản ứng Rivalta (+) Chất Fibrin > 6 gr/l.

### 5.4. *Xét nghiệm tế bào*

Lúc đầu nhiều bạch cầu đa nhân trung tính sau đó được thay thế bằng bạch cầu Lympho, tăng dần và đạt tỷ lệ cao (90%). Có thể thấy hồng cầu, tế bào nội mô màng phổi, tế bào Langhans.

### 5.4. *Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao và một số xét nghiệm khác*

Tìm AFB (tỷ lệ (+) 5-10%).

- Sinh thiết màng phổi: tỷ lệ dương tính 40 – 60%.
- Phản ứng Tuberculin (+) mạnh.
- Nếu nghi ngờ lao ở phổi: xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao.
- Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng tăng, số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ lympho cao.

## 6. Tiến triển bệnh

- Tiến triển tốt: hết dịch sau một vài tuần lễ.
- Tiến triển xấu:
  - + Viêm mũ màng phổi có thể tự nhiên hoặc bội nhiễm trong lúc chọc hút dịch màng phổi.
  - + Lao phổi sau lao màng phổi.
  - + Dò màng phổi ra thành ngực, dò màng phổi phế quản.

#### 7. Điều trị lao màng phổi

- Điều trị nguyên nhân lao: áp dụng các nguyên tắc điều trị bệnh lao (phối hợp kháng sinh chống lao, đúng liều, đủ thời gian, chia giai đoạn điều trị: tấn công, duy trì).
- Chọc hút dịch màng phổi: chọc hút ngay từ đầu. Mỗi tuần chọc hút 2 đến 3 lần, hút hết dịch bệnh nhân tập thở bụng, thổi ruột bóng để phổi giãn nở.
- Chống dày dính màng phổi: kết hợp dùng Corticoid, dùng sớm ngay từ đầu, thời gian dùng 6-8 tuần. Thường dùng Prednisolon, liều khởi đầu trung bình (0,6-0,8mg/kg) giảm liều dần hàng tuần trước khi ngừng hẳn.
- Kết hợp ngoại khoa: khi có ổ cặn màng phổi, dày dính màng phổi nhiều.

#### 8. Một số thể lâm sàng của lao màng phổi

- Lao màng phổi thể thô: khám lâm sàng không có hội chứng 3 giảm, có tiếng cọ màng phổi, X quang không có hình ảnh tràn dịch màng phổi, thấy đường mờ đều trùng với vị trí của màng phổi, thường có kèm theo tổn thương lao ở phổi.
- Lao màng phổi phối hợp với lao các màng khác: lao màng phổi lẫn lượt 2 bên, lao màng phổi màng bụng, lao màng phổi màng tim, lao màng phổi màng não.
- Lao màng phổi lao phổi kết hợp: Thường là lao phổi mãn tính kết hợp lao màng phổi.
- Lao màng phổi thể tràn dịch, tràn khí kết hợp lâm sàng có hội chứng tràn dịch, tràn khí kết hợp X quang phổi vùng mờ tràn dịch dưới, vùng tràn khí quá sáng ở phía

trên, ranh giới giữa 2 vùng là đường nằm ngang luôn luôn song song với mặt đất trong các tư thế của bệnh nhân.

- Lao màng phổi thể tràn dịch khu trú. Tràn dịch màng phổi vùng nách, tràn dịch màng phổi rãnh liên thùy, tràn dịch màng phổi trung thất, tràn dịch màng phổi hoành.  
Chẩn đoán lâm sàng lao màng phổi khó khăn. Chẩn đoán dựa vào chiếu, chụp X quang phổi.

## 9. Chăm sóc bệnh nhân lao màng phổi

### 9.1. Nhận định bệnh nhân

- Hỏi về tiền sử bệnh nhân: chú ý tới các yếu tố có thể dẫn đến lao màng phổi.
- Tình trạng hiện tại của bệnh nhân: sốt như thế nào, hay sốt vào thời gian nào.
- + Khó thở như thế nào, mức độ khó thở.
- + Ho như thế nào, khi thay đổi tư thế có ho không.
- Những vấn đề khó khăn khác mà bệnh nhân cảm nhận thấy (phù, đái ít, rối loạn tim mạch).
- Quan sát toàn thân: thể trạng, tình trạng tinh thần, các dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Tình trạng hô hấp:
  - + Hình thể lồng ngực: So sánh 2 bên với nhau, sự di động của lồng ngực theo nhịp thở, sự co kéo các cơ hô hấp.
  - + Tần số thở, kiểu thở, tư thế bệnh nhân khi thở.
  - + Biểu hiện của lồng ngực.
  - + Biểu hiện của ho.
- Tình trạng tuần hoàn:
  - + Màu sắc của da, mức độ tím tái, tình trạng phù ngoại biên.
  - + Tần số tim mạch, nhịp tim, vị trí mỏm tim và huyết áp của bệnh nhân.
- Mức độ lo lắng của bệnh nhân đối với bệnh.
- Xem xét các kết quả cận lâm sàng.

### 9.2. Kế hoạch chăm sóc

#### 9.2.1. Giải quyết những vấn đề khó khăn của bệnh nhân:

- Lo lắng về bệnh tật.
- Đau đớn khó chịu về bệnh và các thủ thuật.
- Đảm bảo thông thoáng đường hô hấp, tránh suy giảm sự trao đổi khí.

9.2.2. *Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và dấu hiệu nguy cơ nhiễm khuẩn.*

9.2.3. *Thực hiện y lệnh thuốc của bác sĩ và hướng dẫn bệnh nhân cách dùng thuốc lao và theo dõi các tai biến của thuốc lao.*

9.2.4. *Chăm sóc và dinh dưỡng cho bệnh nhân.*

9.2.5. *Giáo dục sức khỏe.*

9.3. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc:*

9.3.1. *Chăm sóc làm giảm sự lo lắng của bệnh nhân.*

- Thiết lập mối quan hệ tin tưởng giữa người bệnh và nhân viên điều dưỡng, an ủi động viên người bệnh.
- Cung cấp những thông tin về bệnh lao, quá trình diễn biến, giải thích cho bệnh nhân hiểu về những thủ thuật cần can thiệp để điều trị.
- Khuyến khích bệnh nhân đặt những câu hỏi và bày tỏ sự sợ hãi, lo lắng của họ về bệnh tật. Giải thích cho bệnh nhân hiểu hoặc cùng với bác sĩ giải thích cho bệnh nhân.
- Chăm sóc làm giảm sự đau đớn, khó chịu của người bệnh:
  - + Đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, giúp bệnh nhân dễ thở nhất, thông thường đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao  $20^0 - 40^0$ , nằm nghiêng phía trần dịch và dưới. Kê gối cho bệnh nhân dùng khi luyện tập thở sâu, ho.
  - + Thực hiện thuốc giảm đau hoặc phòng ngừa đau theo y lệnh.
  - + Cho bệnh nhân thở ôxy nếu cần thiết.
  - + Tạo điều kiện thoải mái, thuận lợi nhất để bệnh nhân không phải gắng sức mất sức.
  - + Giữ buồng bệnh yên tĩnh thoải mái.
  - + Chăm sóc và thực hiện thuốc hạ sốt khi bệnh nhân sốt cao.



+ Đảm bảo sự thông thoáng đường hô hấp, tránh tình trạng suy giảm sự trao đổi khí của bệnh nhân.

+ Hướng dẫn cho bệnh nhân tập thở sâu, tập ho 2 giờ/lần. Khi hướng dẫn phải giải thích, động viên khuyến khích họ vì bệnh nhân sợ đau không dám thở sẽ làm giảm sự trao đổi khí.

- Cho bệnh nhân thở ôxy nếu có chỉ định.
- Chuẩn bị dụng cụ phụ giúp bác sĩ chọc tháo dịch màng phổi.

#### *9.3.2. Theo dõi: các dấu hiệu sinh tồn, nhịp thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.*

- Theo dõi các dấu hiệu bất thường khác như: khó thở dữ dội, tím tái, thiếu ôxy.
- Theo dõi biểu hiện đau ngực của bệnh nhân, ho.
- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn và đề phòng nhiễm khuẩn phổi nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn phải báo ngay cho bác sĩ biết.
- Theo dõi nhiễm khuẩn tại chỗ (vết chọc dò).

#### *9.3.3. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc:*

- Thực hiện thuốc lao, thuốc giảm đau, thuốc kháng sinh.
- Phụ giúp bác sĩ chọc dò màng phổi, chuẩn bị ống nghiệm làm xét nghiệm.
- Theo dõi và phát hiện sớm các tác dụng phụ của thuốc (có vàng mắt, vàng da, buồn nôn, mệt mỏi...)
- Lấy máu làm xét nghiệm chức năng gan.

#### *9.3.4. Dinh dưỡng cho bệnh nhân:*

- Nâng cao thể trạng, tăng protein, nhiều vitamin, ăn hoa quả tươi đảm bảo đủ calo/ngày (2.400-3.000 calo/ngày).

#### *9.3.5. Giáo dục sức khỏe:*

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu về tình trạng bệnh lý và kết quả mong chờ, phương hướng điều trị tiếp.
- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về tầm quan trọng của luyện tập, thở sâu, tập làm giãn nở phổi.
- Cùng với bệnh nhân xây dựng một chương trình luyện tập thở, thổi bóng.

- Hướng dẫn và khuyến khích bệnh nhân thực hiện chương trình phục hồi nâng cao sức khỏe bằng chế độ ăn uống tốt, nghỉ ngơi, vận động hợp lý.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc lao sau khi ra viện và kiên trì luyện tập.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách phòng ngừa , tránh tái phát bệnh.

#### 9.4. *Đánh giá*

- Bệnh nhân bày tỏ bằng lời nói về giảm bớt lo lắng, sự đau đớn khó chịu.
- Sự trao đổi khí được phục hồi.
- Bệnh nhân ăn tốt, ngủ được, tăng trọng cơ thể.
- Không có dấu hiệu gì của tai biến về thuốc chống lao.
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu được và thực hiện được những lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

### LƯỢNG GIÁ

*Chọn các ý đúng nhất trong các câu dưới đây:*

16. Dịch màng phổi do lao thường có màu:

- A. Đỏ
- B. Vàng chanh
- C. Trắng đục
- D. Màu socola

17. Biện pháp chống dày dính màng phổi tốt nhất là:

- A. Kháng sinh thường.
- B. Corticoid
- C. Luyện tập thở
- D. Chọc hút dịch

18. Dấu hiệu quyết định để xác định bệnh nhân có tràn dịch màng phổi là:

- A. Sốt cao
- B. Đau ngực
- C. Hội chứng 3 giảm

D. Chọc dò màng phổi có dịch

19. Khi tràn dịch màng phổi bệnh nhân thường có kiểu khó thở

A. Khó thở thì hít vào.

B. Khó thở khi thở ra.

C. Khó thở cả 2 thì.

D. Khó thở - thở chậm

*Phân biệt đúng sai các câu từ 20 đến 25 bằng cách đánh dấu vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.*

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	A	B
20	Trong khi chăm sóc bệnh nhân tràn dịch màng phổi không cần hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu		
21	Di chứng của lao màng phổi là dày dính màng phổi		
22	Khi tràn dịch màng phổi người bệnh thay đổi tư thế thường có ho		
23	Khi xét nghiệm dịch màng phổi do lao thường cho kết quả phản ứng Rivalta (-)		
24	Trong khi chăm sóc người bệnh lao màng phổi phải theo dõi sát dấu hiệu nhiễm khuẩn - nhiễm khuẩn phổi		
25	Đối với người bệnh lao màng phổi phải đảm bảo thông thoáng đường hô hấp tránh suy giảm sự trao đổi khí		

# CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HO RA MÁU DO LAO

Số tiết: 2

## MỤC TIÊU:

1. Nêu và phân tích được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng phân loại và cách điều trị ho ra máu trong lao phổi.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho ra máu do lao.

## NỘI DUNG:

### 1. Định nghĩa

Ho ra máu (HRM) là tình trạng máu chảy trong đường hô hấp được bệnh nhân ho khạc ra hoặc ộc qua mồm, mũi, khi số lượng máu chảy lớn.

### 2. Nguyên nhân

Ho ra máu do lao phổi có thể gặp trong các thể lao mới như tổn thương thêm nhiễm gây ho ra máu số lượng ít, ho ra máu số lượng trung bình, nhiều và hay tái phát gặp ở lao xơ hang.

### 3. Cơ chế ho ra máu

- Tổn thương ở nhu mô phổi làm tăng sinh các mạch máu ở khu vực viêm, viêm lao gây viêm nội mạc tắc nghẽn ở các mạch máu nhỏ.
- Trong lao phổi, ho ra máu nhiều do vỡ phình mạch Rasmussen, đó là phần phình to của một nhánh động mạch hoặc tĩnh mạch phổi nằm sát thành hang lao.
- Hạch lao vôi hóa ăn mòn thành phế quản và niêm mạc phế quản dẫn đến ho ra máu.

### 4. Triệu chứng lâm sàng và điều trị ho ra máu

Nguyên tắc điều trị chứng ho ra máu do lao:

- Cầm máu.
- An thần.

- Kháng sinh chống bội nhiễm.
- Điều trị thuốc chống lao.

*4.1. Thở ho ra máu ít (<50ml máu/24h) có thể cầm sau 2 – 3 ngày điều trị*

- Bệnh nhân tỉnh, không hốt hoảng, ho khạc ra máu được thầy thuốc cần làm cho bệnh nhân yên tâm.
- Chụp X quang phổi thẳng để phát hiện tổn thương ở nhu mô phổi nếu có.
- Tiêm bắp 0,01g Morphin/ngày.
- Cho uống Adrenoxyl 2 viên/ ngày (uống sáng, chiều).

*4.2. Thở trung bình: số lượng máu khạc ra 50 – 200ml/24h*

- Bệnh nhân lo âu hốt hoảng, khó thở, đau ngực.
- Cho bệnh nhân nằm yên tuyệt đối, đầu cao.
- Tiêm bắp Morphin nếu bệnh nhân không khó thở.
- Truyền hoặc tiêm tĩnh mạch:
  - + Hypantin 5 đv + Glucoza 30%.
  - + Post – Hypophyse (nội tiết tố thùy sau tuyến yên + HTM đẳng trương).

(Tiêm chậm 5 – 10 phút hoặc pha vào dịch truyền XXV giọt? 1 phút truyền hết trong 24 h).

- Nếu bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp có thể truyền hỗn hợp gây liệt thần kinh thực vật (đông miên)

Dolargan (Pethidin) 100mg

Phenergan (Promethazine) 50 mg

Clorpromazine 25 mg

Huyết thanh mận đẳng trương 500ml.

Truyền tĩnh mạch chậm XXV giọt/1 phút.

Thở này nếu được điều trị tích cực sẽ cầm máu sau 3 – 4 ngày.

*4.3. Thở ho ra máu nặng và nhiều (từ 300 – 600ml/24h)*

- Để bệnh nhân nằm ở tư thế ½ ngồi (nửa ngồi). Tránh tiếp xúc nhiều.
- Theo dõi M, HA, nhịp thở 2 giờ/1 lần.

- Xét nghiệm máu nếu  $HC < 2.500.000$ , Hematocrit  $< 30\%$  cần phải truyền máu cùng nhóm bù lại khối lượng tuần hoàn.
- Làm điện giải đồ để cân bằng nước điện giải chính xác.
- Số lượng dịch truyền 2.500ml (1.000ml huyết thanh mặn đẳng trương + 1000ml huyết thanh ngọt đẳng trương + 500ml ưu trương.)
- Nếu có dấu hiệu suy hô hấp (thở nhanh, móng tay tím, vã mồ hôi):
  - + Oxy qua ống thông Nelaton lưu lượng 8 lít/phút.
  - + Hút đờm dãi, hút cục máu đông.
  - + Mở khí quản trong trường hợp bệnh nhân không ho khạc được, có cục máu đông trong lòng phế quản.
- Nếu ho ra máu kéo dài dai dẳng, tổn thương lao giới hạn, có thể cắt 1 thùy, 2 thùy hoặc cả phổi.

## 5. Chăm sóc

### 5.1. Nhận định bệnh nhân

- Hỏi bệnh nhân:
  - + Có hay mắc các bệnh về phổi không?
  - + Chữa lao bao giờ chưa – trong gia đình có ai mắc lao.
  - + Trước khi bệnh nhân ho ra máu trong người thấy dấu hiệu gì?
  - + Ho ra máu xuất hiện khi nào, số lượng, màu sắc.
  - + Bệnh nhân có đau ngực không, có tiền sử ợ hơi, ợ chua không.
- Khám theo dõi:
  - + Tình trạng tuần hoàn:
    - Mạch, HA? Nếu nặng 1h/1 lần, nhẹ 3h/1 lần.
    - Sắc mặt.
  - + Tình trạng tinh thần: lo lắng, sợ hãi.
  - + Tình trạng hô hấp: có khó thở không (NT), có sự biến dạng lồng ngực không.

+ Làm các xét nghiệm: Máu, Xquang phổi, nếu cần xét nghiệm đờm tìm AFB.

## 5.2. *Chẩn đoán chăm sóc*

*Sau khi hỏi và thăm khám ta có các chẩn đoán điều dưỡng sau:*

- Mức độ ho ra máu của bệnh nhân.
- Sự lo lắng của bệnh nhân do ho ra máu.
- Có chế độ ăn, nghỉ phù hợp khi bệnh nhân ho ra máu.

## 5.3. *Lập kế hoạch chăm sóc*

- Làm giảm hoặc hết ho ra máu.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Chăm sóc chế độ ngủ, nghỉ, ho khạc, giúp bệnh nhân vệ sinh nếu ho ra máu trung bình hoặc nặng.
- Đảm bảo cho bệnh nhân chế độ ăn nhiều calo.

## 5.4. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

### 5.4.1. *Nhanh chóng làm giảm hoặc hết ho ra máu bằng cách*

- Để bệnh nhân nơi yên tĩnh, ấm nhưng thoáng, ít di chuyển, giảm kích thích ho (bệnh nhân không nói – không hỏi bệnh nhân – không nói chuyện với người nhà – ngậm chanh – uống thuốc giảm ho...)

+ Nếu bệnh nhân ho ra máu ở mức độ nhẹ: tùy bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

+ Mức độ trung bình hoặc nặng (khó thở) bệnh nhân nằm tư thế Fowler.

- Thực hiện y lệnh thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ.

+ Thuốc cầm máu.

+ Thở oxy.

+ Theo dõi triệu chứng: số lượng máu ho ra có giảm không. Chuẩn bị ống nhỏ có chia độ để đo số lượng máu.

### 5.4.2. *Làm giảm lo lắng bệnh nhân bằng cách*

- Ở bên cạnh bệnh nhân khi bệnh nhân ho ra máu.

- An ủi bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân yên tâm đỡ lo lắng.
- Nếu thầy thuốc cho thuốc an thần, thực hiện thuốc an thần cho bệnh nhân.

#### 5.4.3. Đảm bảo chế độ ăn

- + Giàu calo
- + Ăn lỏng
- + Ăn lạnh, không ăn thức ăn cay.
- Ăn làm nhiều bữa nhỏ, tránh ăn no quá.
- Nghỉ tại giường, vệ sinh tại giường.
- Ho khạc vào ống nhổ (đổ chất nhổ vào nơi đốt đờm) hàng ngày thay ống nhổ.
- Ngủ đầy đủ (ngủ nhiều).

#### 5.5. Đánh giá kết quả mong muốn là

- Hết ho ra máu hoặc ho ra máu ít sẫm màu (dây máu theo đờm).
- Hết lo lắng.
- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- Ăn uống tốt, giữ hoặc tăng cân.

#### LƯỢNG GIÁ

*Chọn các yếu tố phù hợp ở cột II với các yếu tố ở cột I bằng cách viết các chữ cái vào sau các con số.*

*Xác định sự tương ứng các thể lâm sàng và số lượng ho ra máu trong lao phổi.*

a. Các thể lâm sàng	II. Số lượng máu ho ra trong 24h
26. Thể nhẹ	A. < 50ml
27. Thể nặng	B. 50 ÷ 200ml
28. Thể trung bình	C. < 300ml
	D. 300 ÷ 600ml.

*Chọn ý đúng nhất cho các câu hỏi từ 64 đến 67.*

29. Biện pháp chăm sóc quan trọng nhất khi bệnh nhân ho ra máu là:  
A. Tư thế người bệnh.



- B. Giảm ho khạc.
- C. Dùng kháng sinh.
- D. Chế độ ăn, nghỉ phù hợp.
30. Khi bệnh nhân ho ra máu nhiều, tư thế tốt nhất cho bệnh nhân là:
- A. Nằm ngửa.
- B. Nằm nghiêng về một bên
- C. Nằm ngửa đầu cao.
- D. Nửa nằm, nửa ngồi.
31. Chế độ ăn tốt nhất cho người bệnh lao đang ho máu là:
- A. Ăn cơm
- B. Ăn lỏng
- C. Ăn lạnh
- D. Ăn theo sở thích người bệnh.
32. Người bệnh HRM do lao được coi là diễn biến tốt khi có dấu hiệu sau:
- A. Hết lo lắng
- B. Hết ho ra máu hoặc ho ra máu ít sẫm màu.
- C. Các dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- D. Ăn tốt, tăng trọng lượng cơ thể.

*Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 33 đến 37 bằng cách đánh dấu vào cột A cho câu đúng và cột B cho câu sai.*

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	A	B
33	Ho ra máu trong lao phổi là do vỡ phình mạch Rasmussen		
34	Bệnh nhân lao phổi ho ra máu có suy hô hấp không được dùng Morphin		
35	Thăm khám nhiều lần khi bệnh nhân lao phổi có ho ra máu		
36	Đặc điểm máu ho ra trong lao phổi là máu tươi lẫn bọt		
37	Không dùng thuốc an thần cho người bệnh ho ra máu do lao		

# DỰ PHÒNG LAO BẰNG BCG

## Số tiết: 2

### MỤC TIÊU:

1. Nêu được định nghĩa vaccin BCG
2. Trình bày được kỹ thuật tiêm BCG phản ứng bình thường sau khi tiêm và biến chứng sau tiêm BCG.
3. Cách bảo quản vaccin BCG.
4. Nêu được công tác kiểm tra hoạt động tiêm chủng BCG

### NỘI DUNG

#### 1. Định nghĩa

BCG là một vaccin chứa các vi khuẩn lao sống, giảm độc lực (chế từ vi khuẩn lao bò, được nuôi cấy nhiều năm trong phòng xét nghiệm) do Calmette và Guerin tìm ra từ năm 1921.

#### 2. Khả năng bảo vệ của BCG

##### 2.1. *Khả năng bảo vệ của BCG với các thể lao*

Quan niệm chung, khá phổ biến, thường cho rằng giá trị chủ yếu của BCG là ngăn chặn sự hình thành các thể lao sơ nhiễm và liền sau sơ nhiễm như lao kê, màng não, màng phổi.

Tóm lại, BCG có khả năng làm tăng sức đề kháng đối với mọi thể lao sơ nhiễm và liền sau sơ nhiễm, phổi và ngoài phổi.

##### 2.2. *Thời điểm bắt đầu phát huy tác dụng của BCG*

Bao nhiêu lâu sau khi tiêm, BCG sẽ phát huy tác dụng? Đã có một số nghiên cứu về vấn đề này, tuy các kết luận chưa hoàn toàn thống nhất. Các ý kiến lạc quan nhất cho rằng từ sau ngày thứ 120 đã bắt đầu hình thành khả năng đề kháng.

##### 2.3. *Thời gian bảo vệ của BCG*

Theo quan niệm chung: bảo vệ của BCG đến năm thứ 15 vẫn còn rất đáng kể.

#### *2.4. Cơ chế tác động của BCG*

Nhiều công trình nghiên cứu công phu đã chứng minh khá cụ thể BCG tạo nên trạng thái miễn dịch đối với vi khuẩn lao. Tuy nhiên miễn dịch không chống lại được sự xâm nhập của vi khuẩn mà chỉ làm chậm lại tốc độ và chế sự lan tràn.

### **3. Tổ chức tiêm BCG**

- Trước năm 1985: Chương trình chống lao đảm nhiệm việc tiêm BCG cho trẻ sơ sinh đến một tuổi.
- Từ năm 1985 đến nay: trách nhiệm tiêm BCG do chương trình Tiêm chủng mở rộng (CTTCMR) đảm nhiệm.

### **4. Kỹ thuật tiêm phòng lao bằng BCG**

#### *4.1. Đối tượng tiêm chủng*

Từ sơ sinh đến 1 tuổi (0-1 tuổi), trẻ HIV (+) khỏe mạnh nên tiêm BCG.

#### *4.2. Dụng cụ tiêm*

Bơm tiêm 1ml có chia độ từ 0,1ml, kim tiêm số 22 – 26, ngắn 1cm, đầu vát ngắn.

#### *4.3. Bảo quản vaccin*

- BCG là vaccin đông khô, rất nhạy cảm với ánh sáng mặt trời. Nhiệt độ bảo quản thường từ + 4<sup>0</sup> C đến +8<sup>0</sup>C. Vaccin BCG rất bền vững nếu bảo quản ở nhiệt độ -20<sup>0</sup>C.
- Không được làm đóng băng dung dịch vaccin.
- Chú ý luôn để vaccin ở trong tối, tránh ánh nắng mặt trời (bọc vaccin bằng giấy màu đen kể cả khi đã pha thành dung dịch).
- Khi nhận vaccin BCG phải khẩn trương xếp vaccin vào hòm lạnh hoặc phích lạnh đựng vaccin nhưng chú ý vẫn để chỗ mát.
- Luôn theo dõi bình tích lạnh (dụng cụ để làm lạnh) ở trong hòm lạnh hoặc trong phích lạnh đựng vaccin, hoặc chỉ thị màu trên các hộp đựng vaccin.

- Khi lấy vaccin khỏi dây chuyền lạnh tốt nhất phải tiêm trong ngày. Khi pha dung dịch vaccin cần lắc nhẹ và trộn đều, để nơi mát, tránh ánh nắng trực tiếp và dùng ngay trong 1 giờ (tối đa không quá 3 giờ).

#### 4.4. *Kiểm tra lại hiệu lực của vaccin*

Tất cả các lô vaccin BCG trước khi đưa vào sử dụng đều được kiểm tra lại hiệu quả chuyển dị ứng của chuyển lô, việc này do một nhóm chuyên trách kỹ thuật về BCG thực hiện.

#### 4.5. *Kỹ thuật tiêm*

- Vùng tiêm quy định là vùng cơ Delta vai trái.
- Trước khi tiêm phải lau sạch vùng định tiêm bằng nước sôi để nguội.
- Tiêm trong da theo đúng kỹ thuật của Tổ chức Y tế Thế giới quy định.
- Liều lượng: 0,05mg/0,1ml đối với trẻ sơ sinh và dưới 12 tháng tuổi; 0,1mg/0,1ml đối với trẻ trên 1 tuổi.
- Căn cứ trên vạch của ống tiêm, không được ước lượng qua nốt tiêm chủng.

### 5. Phản ứng sau khi tiêm BCG

#### 5.1. *Phản ứng bình thường tại nơi tiêm*

- Sau khoảng 3 – 4 tuần sẽ có một nốt sưng nhỏ, sau 10 đến 15 ngày sẽ rò dịch trong vài tuần rồi kín miệng, làm vảy. Khi vảy rụng sẽ để lại một sẹo nhỏ tồn tại trong nhiều năm. Tính chất của sẹo: màu trắng, có thể hơi lõm. Khi ta căng chùng da vùng xung quanh nốt sẹo sẽ không biến mất (để phân biệt với các loại sẹo khác cũng ở vùng cơ Delta vai trái).
- Có thể căn cứ vào vết sẹo này để kiểm tra biết được trẻ đã tiêm BCG hay chưa.
- Theo một số thống kê của Viện Lao – Bệnh phổi, Chương trình tiêm chủng mở rộng có khoảng 10 – 20% trường hợp nốt loét có thể to hơn (đường kính 5-8mm) làm mủ và kéo dài 3 – 4 tháng. Trong một số trường hợp, nốt loét kéo dài trên 4 tháng mới làm vảy và liền thành sẹo. Có thể dùng dung dịch H

(Isoniazid) 1% hoặc bột H rắc tại chỗ. Chú ý trong một số trường hợp do không giữ sạch sẽ bị bội nhiễm làm cho việc điều trị phức tạp hơn.

### 5.2. *Biến chứng sau khi tiêm BCG*

- Nhiễm khuẩn do vi khuẩn dùng để sản xuất vaccin BCG (rất hiếm 0,1/100.000 trẻ em). Ở Việt Nam, tỷ lệ này không thấy có.
- Viêm xương (viêm tủy xương) hiếm gặp (0,1 – 30/100.000 trẻ).
- Hay gặp nhất là viêm hạch Lympho (viêm hạch mỏ) tỷ lệ dưới 1% trẻ tiêm thông thường xuất hiện trong 6 tháng sau khi tiêm có sưng hạch nách trái (vi tiêm vai trái) và có khi ở hố thượng đòn (dưới 1%). Tính chất hạch mềm, di động, sưng chậm và vỡ, có thể rò kéo dài trong vài tháng rồi lành tự nhiên. Đây không phải là lao hạch.
- Có thể chích và rửa sạch, rắc bột H tại chỗ.

### 6. Kiểm tra hoạt động tiêm chủng BCG

Hiện nay, trách nhiệm tiêm BCG do chương trình tiêm chủng mở rộng đảm nhiệm, cán bộ chuyên khoa lao có thể kiểm tra hoạt động tiêm chủng như sau:

- Kết hợp với trạm, đội vệ sinh phòng dịch tỉnh, huyện thực hiện kiểm tra việc tiêm chủng BCG cùng các loại vaccin khác.
- Chỉ đạo kỹ thuật tiêm BCG, theo dõi biến chứng và hướng dẫn cách xử trí các biến chứng sau khi tiêm BCG.
- Đánh giá kết quả tiêm phòng lao bằng phương pháp kiểm tra sẹo BCG tại cơ Delta trái của trẻ đã được tiêm BCG. Có thể tiến hành đánh giá khả năng chuyển dị ứng sau khi tiêm BCG bằng phản ứng Tuberculin theo phương pháp Mantoux nếu có điều kiện, nhưng đòi hỏi kỹ thuật phải rất chính xác.

### 7. Phòng lao thụ động

- Phát hiện nguồn lây sớm: bằng mọi cách thông tin tuyên truyền đến cộng đồng về tình trạng ở người có nghi lao (ho khạc đờm trên 2 tuần)
- Quản lý điều trị triệt để.

## LƯỢNG GIÁ

*Chọn ý đúng nhất trong các câu sau đây:*

38. Thường bảo quản vaccin BCG ở nhiệt độ nào?

A. 1<sup>0</sup>C đến 5<sup>0</sup>C.

B. 4<sup>0</sup>C đến 8<sup>0</sup>C.

C. 6<sup>0</sup>C đến 10<sup>0</sup>C.

D. 9<sup>0</sup>C đến 15<sup>0</sup>C.

39. Chuẩn vi khuẩn lao nào được dùng để sản xuất vaccin BCG?

A. Vi khuẩn lao người.

B. Vi khuẩn lao bò.

C. Vi khuẩn lao chim.

D. Vi khuẩn lao gây bệnh ở chuột.

40. Phương pháp tốt nhất để đưa BCG vào cơ thể trẻ sơ sinh:

A. Tiêm dưới da.

B. Tiêm trong da.

C. Tiêm bắp.

D. Rạch nhiều đường trên da.

41. Biến chứng hay gặp nhất sau khi tiêm BCG cho trẻ em ở Việt Nam là:

A. Nhiễm bệnh do vi khuẩn dùng để sản xuất vaccin.

B. Viêm xương.

C. Viêm hạch mũ (hạch Lympho).

D. Viêm tủy xương.

*Phân biệt đúng sai các câu từ 42 đến 47 bằng cách đánh dấu vào cột A cho các câu đúng và cột B cho các câu sai:*

TT	NỘI DUNG CÂU HỎI	A	B
42	Phải bảo quản vaccin BCG trong bóng tối ngay cả khi đã pha thành dung dịch		
43	Sẹo tiêm BCG màu trắng, mặt nhẵn, lồi cao hơn mặt da		

44	Lấy vaccin BCG khỏi dây chuyền lạnh tốt nhất phải tiêm trong ngày.		
45	Khi có hiện tượng loét tại nơi tiêm BCG cần cho trẻ uống kháng sinh		
46	Tiêm BCG cho trẻ em tại cơ Delta vai trái		
47	Đối tượng tiêm BCG là trẻ <1 tuổi, trẻ HIV (+) khỏe mạnh		

# ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA DA LIỄU

## DANH MỤC BÀI HỌC

<b>TT</b>	<b>Tên bài học</b>	<b>Số tiết</b>
1	Tổn thương cơ bản	2
2	Chăm sóc người bệnh phong	2
3	Chăm sóc người bệnh giang mai	1
4	Chăm sóc người bệnh lậu	2
5	Chăm sóc người bệnh chàm	2
6	Chăm sóc người bệnh ghẻ	1

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng Da liễu - Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2006.
2. Điều dưỡng chuyên khoa Da liễu - Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội 2012.
3. Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội - Nhà xuất bản y học, Hà Nội 2009.



# TỖN THƯƠNG CƠ BẢN

## Mục tiêu

1. Trình bày được các tổn thương thay đổi màu sắc, tổn thương lỏng, chắc, tổn thương mất da, tổn thương dễ rụng.

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

Tổn thương cơ bản là tổn thương giản đơn nhất, xuất hiện sớm nhất, do quá trình bệnh lý gây nên.

Ví dụ: tổn thương của bệnh chàm là dát đỏ và mụn nước.

#### 1. Tổn thương thay đổi màu sắc: Dát

- Nhìn thấy được do thay đổi màu sắc.
- Không sờ thấy được vì không gờ cao trên mặt da.

\* Dát viêm: do giãn mạch, xung huyết nhất thời ở trung bì, ấn kính làm dồn máu sẽ mất dát, bỏ ra máu trở lại, thường có màu đỏ tươi, hồng, đỏ tím, sau khi khỏi không để lại di tích gì.

\* Dát không viêm:

- Không do quá trình viêm, có thay đổi màu sắc da, ấn kính không mất dát.
- Dát sẫm màu trong bệnh sạm da, tàn nhang.
- Dát xuất huyết ấn kính không mất dát.
- Dát do sấm trở vào da.

#### 2. Tổn thương lỏng

- Gờ cao trên mặt da, chứa thanh dịch, có khi cả mủ hoặc máu.
- Hình tròn hoặc bán cầu.
- nông hoặc sâu, dễ vỡ hoặc khó vỡ, khi vỡ để lại vết trợt, đóng vảy tiết, thường không để lại sẹo.

\* Mụn nước: Kích thước bằng đầu đinh ghim, hạt kê, 1-2mm (bệnh chàm).

\* Bọng nước: kích thước 1-2cm (bệnh zona, Duhring).

\* Phồng nước: kích thước vài cm bằng quả táo, quả trứng gà (bệnh pemphigus).

\* Mụn mủ: Tổn thương lỏng, gờ cao trên mặt da trong chứa mủ (bệnh thủy đậu, chốc).

#### 3. Tổn thương chắc

- \* Sẩn: nắn chắc chọc ra không có dịch.
- Sẩn viêm: Do thâm nhiễm tế bào ở chân bì, như sẩn giang mai 2, sẩn trứng cá.

- Sẩn mề đay: sẩn phù nề, gồ cao, do thoát dịch, giãn mạch tạo nên sẩn mề đay, có tính chất nhất thời.

Xuất hiện đột ngột, mất đi nhanh chóng (một vài giờ, một vài ngày) không để lại dấu vết gì.

Kích thước vài mm, 1-2cm có khi liên kết lại thành mảng lớn.

Thường kèm theo ngứa dữ dội.

Có khi kèm ỉa lỏng, khó thở.

\* Củ: là tổn thương chắc, gồ cao hơn mặt da, thâm nhiễm ở toàn bộ chân bì, hạ bì. Củ vệt màu đỏ hồng hoặc vàng, tiến triển thường loét, để lại sẹo, teo da (VD: trong bệnh luput, củ giang mai 3).

\* Cục: tổn thương chắc, ban đầu chìm sau gồ cao, kích thước bằng hạt ngô quả cau (Gôm giang mai 3).

\* Gôm: là cục nhưng tiến triển qua 4 giai đoạn, cứng, mềm ra, vỡ mủ loét và lành sẹo (Gôm giang mai 3).

\* U: tổn thương ở da và tổ chức dưới da chắc, gồ cao, kích thước thường lớn hơn 1cm.

#### **4. Tổn thương mất da**

\* Vết trợt: Là tổn thương mất da của biểu bì nhưng không vượt quá màng đáy, thành từng điểm hoặc đám, mảng trợt, đỏ, rớm dịch, rớm máu do xây sát, ngã, hay do tổn thương lỏng vỡ ra tạo thành trợt, do bóc vẩy tiết, không để lại sẹo.

\* Vết loét: Do mất da đến chân bì hoặc hạ bì, khỏi để lại sẹo.

\* Vết nứt nẻ, vết rạn: Do da bị căng giãn đột ngột hình thành đường, vết nứt nông hoặc sâu, rớm máu. VD: nứt nẻ gót chân, rạn da bụng ở phụ nữ chữa đẻ.

\* Vết xước: sâu đến chân bì nhưng thường gọn, thành đường vết, rớm máu.

#### **5. Tổn thương dễ rụng**

\* Vảy da: bong vảy sinh lý như cọ, khi tắm, nhưng số lượng ít, khi bị bệnh lý viêm, á sùng, vẩy nến thì róc vẩy ra nhiều.

\* Vẩy tiết: do dịch, máu, mủ ở mụn, mụn mủ, vết loét khô đọng lại mà thành vẩy, màu vàng hoặc nâu đen.

# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHONG

## Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân, đường lây bệnh phong
2. Trình bày được triệu chứng và các di chứng bệnh phong
3. Nêu cách điều trị bệnh phong
4. Trình bày được nội dung công tác phòng và chống bệnh phong
5. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh phong

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

Bệnh phong còn gọi là bệnh hủi, bệnh cùi.

- Bệnh phong là một bệnh xã hội, yếu tố xã hội làm ảnh hưởng đến sự tồn tại và phát triển của bệnh. Bệnh phổ biến ở những nước có đời sống xã hội thấp cả vật chất lẫn tinh thần, văn hoá, bệnh giảm hay mất đi ở những nước có đời sống xã hội cao, văn minh.

- Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mạn tính, khi đã nhiễm bệnh thì bệnh cứ tiến triển cho đến tàn phế và rất ít khi khỏi. Vi trùng phong có ái tính với da và thần kinh ngoại biên, chúng làm tổn thương da và huỷ hoại dây thần kinh: Dây thần kinh ngoại biên bị mất chức năng cảm giác, dinh dưỡng, vận động và từ đó gây nên sự tàn phế cho người bệnh.

- Bệnh phong có thể chữa khỏi hoàn toàn, để lại ít di chứng nếu bệnh được phát hiện sớm. Nhờ có sự tiến bộ về thuốc điều trị, phương pháp điều trị. Phòng bệnh mà đã hạn chế được di chứng tàn phế, hạn chế lây lan.

### 2. Căn nguyên và cách lây truyền

*\* Căn nguyên:*

Bệnh phong gây nên do trực khuẩn Hansen mang tên nhà khoa học người Na Uy Armauer Hansen. Tìm ra năm 1873.

- Trực khuẩn có hình que, sắp xếp thành bó, 12-13 ngày phân chia một lần, ra ngoài cơ thể sống được một ngày, hãn hữu sống được 1 tuần. Gặp dung dịch sát khuẩn, xà phòng hay đun sôi chết trong vài phút.

*\* Đường lây:*

Bệnh phong không phải là bệnh di truyền mà là bệnh lây truyền, nhưng khó lây. Bệnh lây trực tiếp từ người bệnh sang người lành qua đồ dùng, qua niêm mạc mũi người bệnh bị xây sát.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### 3.1. Phong thể bất định (thể I)

Thể phong I là thể bệnh mới phát, kể từ khi vi trùng thâm nhập vào cơ thể và gây bệnh. Thể này có 2 triệu chứng cơ bản.

- Dát xuất hiện trên da: dát phong mới có thể dát trắng, dát thâm hay dát đỏ. Trong đó dát trắng là phổ biến chiếm khoảng 80%. Dát trắng biểu hiện là dát bạc màu, không có kích thước hình thù rõ rệt, thường chỉ có 1-2-3 dát. Thường ở vùng da hở.

- Dát bị mất cảm giác đau, nóng lạnh, sờ mó.

### **3.2. Thể phong củ (Thể T)**

Phong thể T diễn ra sau thể I và có thể kéo dài suốt đời, biểu hiện các triệu chứng sau:

- Mảng củ: bằng đầu đinh ghim, hạt tằm, có thể bằng hạt đỗ, hạt ngô. Vùng trung tâm có xu hướng làm sẹo (mảng củ rộng dần ra theo năm tháng, màu đỏ tím).

- Mất cảm giác đau, nóng lạnh, sờ mó.

- Các dây thần kinh ngoại biên có thể bị viêm, biểu hiện sưng đau hoặc sờ thấy hạt lỏn nhón như sờ vào chuỗi hạt cườm, hoặc như sờ vào dây thừng. Khi các dây thần kinh bị viêm đã ảnh hưởng đến co duỗi cơ (liệt vận động) và mất cảm giác vùng dây thần kinh đó bị chi phối.

### **3.3. Phong thể ác tính (thể L)**

Phong ác tính biểu hiện bằng các tổn thương sau:

- U phong: đó là những tổn thương nổi cao và chắc, kích thước bằng hạt đỗ, ngô, màu đỏ tím.

- Mảng cộp: là những dát phong thâm nhiễm, màu đỏ tím, sờ nắn vào thấp rắn cộp dưới tay, tổn thương lan tràn khắp cơ thể.

- Bọng nước: bọng nước trong phong ác tính như bọng nước bệnh chốc nhưng nhiều hơn. Khi vỡ để lại vết loét sâu, lâu lành.

- Các dây thần kinh ngoại biên sưng to, đau, sau cũng tê liệt mất cảm giác. Vùng da dây thần kinh chi phối lúc đầu có thể tăng cảm giác sau đó cũng bị mất cảm giác.

### **3.4. Thể phong biên giới (thể B):**

Thể này phức tạp hơn về hình thái lâm sàng trên da.

- Tổn thương trên da vừa có biểu hiện mảng củ, số lượng nhiều.

- Dây thần kinh bị viêm ở nhiều nơi.

## **4. Các di chứng**

### **4.1. Teo cơ cứng khớp**

Khi dây thần kinh ngoại biên bị tổn thương mất chức năng thì các cơ vận động cũng bị teo, dẫn đến cứng khớp làm biến dạng chi, gây rối loạn vận động.

### **4.2. Mất cảm giác trên da**

Làm da dễ bị sang chấn, do mất phản xạ tự vệ với tác nhân gây hại bên ngoài.

#### **4.3. Rối loạn hoạt động của các tuyến da**

Tuyến mồ hôi giảm tiết, tuyến bã tăng tiết làm vùng da tổn thương khô và bóng mỡ.

#### **4.4. Rụng lông**

Rụng lông này thường rụng 1/3 ngoài cũng có khi rụng cả lông mày, lông mi, lông nách, lông sinh dục trừ có tóc không bao giờ rụng.

#### **4.5. Loét ổ gà**

Loét ổ gà thường ở bàn chân do tỳ đè lâu vùng da đó bị thiếu máu cục bộ dẫn đến hoại tử tổ chức làm thành vết loét.

#### **4.6. Thoái hoá xương**

Từ đầu chi đến gốc chi cho nên chân tay bị rụng, rụng, chín mé tê, sập mũi.

#### **4.7. Loét giác mạc, đục giác mạc**

Do nhắm mắt không kín khi có liệt giây VII và giây V, gây mù loà.

### **5. Điều trị**

Bệnh phong là một bệnh xã hội. Vi trùng phong là vi trùng kháng thuốc vì thế việc điều trị cần phải có tính nguyên tắc và quy chế chặt chẽ.

*\* Đối phó với phong lành tính: (Thể I-T).*

- Rifampicine 600mg mỗi tháng 1 lần uống.
- Clofazimine 300mg mỗi tháng 1 lần uống.
- DDS 100mg uống hàng ngày.

Thời gian dùng thuốc 6 tháng.

*\* Đối với phong ác tính: (thể B-L).*

- Rifampicine 600mg mỗi tháng 1 lần uống.
- Clofazimine 300mg mỗi tháng 1 lần uống.
- Clofazimine 50mg uống hàng ngày.
- DDS 100mg uống hàng ngày.

Thời gian điều trị 2 năm.

### **6. Nội dung công tác phòng và chống bệnh phong**

- Bệnh phong do trực khuẩn gây nên, lây khó, mức độ lây ít, điều trị được.
- Thuốc rẻ tiền, không di truyền.
- Đối với cá nhân: vệ sinh sạch sẽ, tắm rửa xà phòng.
- Đối với tập thể: khám và phát hiện sớm để điều trị bệnh kịp thời, dập tắt nguồn lây.
- Khám định kỳ cho những người tiếp xúc người bệnh phong 6 tháng/lần và ít nhất là 6 lần.
- Tuyên truyền giáo dục cộng đồng để mọi người dân hiểu về bệnh, xoá mặc cảm và tự nguyện đến khám bệnh và điều trị theo phác đồ.

- Tổ chức điều trị tại nhà cho những người bệnh phong ác tính và những người có biến chứng để khỏi ảnh hưởng đến xã hội.

## **7. Chăm sóc**

### **7.1. Nhận định**

\* *Hỏi bệnh:* bệnh xuất hiện từ bao giờ? Các tổn thương bắt đầu xuất hiện ở đâu? Biểu hiện của tổn thương đầu tiên.

- Các tiến triển tiếp theo của tổn thương đó và các tổn thương khác, kể cả tổn thương thần kinh.

- Các bệnh mà bệnh nhân mắc, các trị liệu đã dùng trước đây và kết quả.

- Tiền sử bệnh tật của những người trong gia đình hoặc bà con, bạn bè thân.

\* *Khám và quan sát:*

- Quan sát: tinh thần, thể trạng, da niêm mạc và các tổn thương.

- Khám da và các dây thần kinh.

- Thử cảm giác đau, nóng lạnh.

- Theo dõi sự bài tiết mồ hôi và bài tiết chất bã, vận động có khó khăn không.

- Theo dõi các dấu hiệu viêm mũi, họng, thanh quản, giác mạc, móng mắt, tinh hoàn.

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.

### **7.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Rối loạn tinh thần do lo lắng về bệnh (tứ chứng nan y).

- Rối loạn hoạt động của các tuyến da do tính chất của bệnh.

- Đau và hạn chế vận động do các tổn thương bị viêm.

- Mất hoặc tăng cảm giác đau, nóng lạnh do viêm dây thần kinh.

- Người bệnh mệt mỏi do sốt, do thiếu hụt dinh dưỡng.

- Người bệnh không biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

### **7.3. Kế hoạch chăm sóc**

- Chăm sóc tinh thần.

- Giảm và hết rối loạn hoạt động của các tuyến da.

- Giảm đau và tăng cường vận động.

- Chăm sóc các dây thần kinh bị viêm.

- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh cách phòng và chăm sóc sức khỏe.

### **7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

\* *Chăm sóc tinh thần:*

- Động viên an ủi người bệnh, cho người bệnh nghỉ ngơi yên tĩnh cả về thể xác lẫn tinh thần và giải thích về bệnh cho người bệnh hiểu.

- Luôn gần gũi người bệnh để người bệnh cảm thấy không bị xa lánh.

- Động viên khuyến khích người bệnh và những người cùng mắc bệnh tham gia giúp đỡ lẫn nhau trong cuộc sống.

- Nhắc nhở bạn bè và người nhà bệnh nhân cổ vũ động viên người bệnh lấy lại tinh thần lạc quan cho họ trong cuộc sống.

*\* Giảm và hết rối loạn hoạt động của các tuyến da:*

- Chăm sóc giữ vệ sinh thân thể, chống những tác nhân gây bệnh bên ngoài xâm nhập cơ thể.

- Vệ sinh răng miệng bằng nước muối sinh lý 90% sau mỗi lần ăn.

- Nhỏ thuốc đau mắt hàng ngày theo chỉ định, đeo kính râm để bảo vệ mắt...

- Giữ gìn vệ sinh vùng bộ phận sinh dục.

*\* Giảm và hết đau tăng cường vận động cho người bệnh:*

- Thực hiện thuốc theo chỉ định.

- Tại chỗ thương tổn loét rửa bằng nước muối sinh lý.

- Nếu viêm mống mắt nhỏ thuốc theo chỉ định, đeo kính râm.

- Viêm tinh hoàn, mao tinh hoàn cho đeo băng cố định hoặc mặc quần lót chặt.

- Giường phải được thay ga hàng ngày.

- Phù 2 chi dưới quần băng thun khi đi lại, để cao chân khi nằm nghỉ.

- Hướng dẫn người bệnh kết hợp nghỉ ngơi, xoa bóp, vận động nhẹ nhàng, áp dụng vật lý trị liệu.

*\* Chăm sóc các dây thần kinh bị viêm:*

- Viêm dây thần kinh hoặc có biểu hiện yếu cơ liệt cơ, cần bó nẹp, tập cử động chủ động và thụ động để phục hồi cơ, teo cơ.

- Người bệnh teo cơ cho điều trị bằng hoá trị liệu phối hợp với lý trị liệu để chống tàn phế.

- Bất động các chi có dây thần kinh bị viêm ở tư thế cơ năng.

- Tránh đun bếp khi có tổn thương dây thần kinh tay, chân nên người bệnh cần ngồi cách xa lò sưởi để tránh bỏng.

*\* Giảm sốt và sốt:*

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 30phút/lần, tùy tình trạng bệnh.

- Theo dõi đường biểu diễn nhiệt độ.

- Đặt người bệnh nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát, buồng không sáng quá.

- Nói rộng quần áo, chườm mát vùng trán, nách, bẹn,

- Cho uống nhiều nước (ORS).

- Thực hiện thuốc theo chỉ định.

*\* Dinh dưỡng:* giải thích và động viên người bệnh hiểu về tầm quan trọng vai trò của dinh dưỡng đối với diễn biến của bệnh.

- Cho người bệnh số lượng ít mỗi bữa, khẩu phần ăn giàu calo và hàm lượng protein cao, ăn nhiều bữa trong ngày.

- Đảm bảo số lượng protein vào cơ thể: ăn sữa, trứng, thịt gà, tôm, cua, cá...thay đổi món ăn thường xuyên. Cho người bệnh dùng thêm vitamin bổ sung để tránh viêm lưỡi, viêm môi.

*\* Hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.*

- Nâng cao sự hiểu biết của mọi người về bệnh phong có thể làm thay đổi hẳn quan niệm sai lầm cũ.

- Phòng và tránh bị bệnh bằng cách ăn uống, lao động, vệ sinh và nghỉ ngơi hợp lý.

- Giải thích bệnh cho người bệnh hiểu và việc dùng thuốc.

- Hướng dẫn người bệnh cách phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường xảy ra.

### **7.5. Đánh giá chăm sóc**

Những kết quả mong muốn là:

- Người bệnh hiểu về bệnh và an tâm tin tưởng vào điều trị.

- Biết cách luyện tập vận động để tránh tàn phế.

- Ăn ngủ khá lên.



# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIANG MAI

## Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng giang mai thời kỳ 1,2,3 giang mai bẩm sinh
2. Nêu cách điều trị giang mai
3. Trình bày cách phòng bệnh giang mai
4. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh giang mai

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

Giang mai là một bệnh nhiễm khuẩn, lây truyền chủ yếu qua đường tình dục nhưng có thể lây qua đường máu, truyền từ mẹ sang con và đường tiếp xúc trực tiếp với các thương tổn giang mai có loét. Bệnh diễn biến nhiều năm (10-20-30) có khi cả đời người, có lúc rầm rộ, có những thời kỳ ngấm ngầm không có triệu chứng gì, làm cho người bệnh lầm tưởng là khỏi và có thể lây truyền cho thế hệ sau.

Nếu không được điều trị. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào tất cả các phủ tạng, đặc biệt là da, tim mạch, thần kinh trung ương và gây nhiều biến chứng. Bệnh tạo ra nhiều hình thái lâm sàng khác nhau nên chẩn đoán rất khó khăn. Và ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh, thậm chí gây tử vong hoặc tàn phế suốt đời nếu không được điều trị kịp thời và ảnh hưởng tới sự phát triển nòi giống của dân tộc.

### 2. Căn nguyên

- Do xoắn khuẩn *Treponemapallidum* gây nên do hai tác giả Schaudin và Hoppmann tìm ra năm 1905.

- Có hình lò so đều đặn, mảnh có 6-14 vòng xoắn đều đặn di động được.

- Di động qua lại như con lắc đồng hồ và di động lượn sóng hoặc di động theo kiểu vặn đinh ốc.

- Sinh sản bằng trực phân 33h/1 lần phân chia.

- Sức đề kháng kém, dễ chết ở môi trường khô, ra ngoài cơ thể chỉ sống được vài giờ, 45<sup>0</sup>, chết trong vòng 30 phút.

- Môi trường ẩm ướt, nhiệt độ thấp sống được lâu hơn (tới 20<sup>0</sup>).

- Vì vậy không có con đường lây truyền nào khác ngoài quan hệ tình dục trực tiếp.

\* Đường lây:

- Qua da và niêm mạc.

- Đường lây chính là do quan hệ tình dục với người bị bệnh 90%.

- Có thể lây gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm bệnh: cốc chén, chăn màn, quần áo.

- Qua vết sây sước trên da, vết sây sước ở lòng bàn tay của hộ sinh.
- Lây qua truyền máu.
- Lây từ mẹ sang con trong thời kỳ mang thai (giang mai bẩm sinh).

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

#### **3.1. Giang mai thời kỳ 1:**

Là phản ứng tại chỗ.

- Săng giang mai: là một vết trọt nông, chỉ mất một phần của thượng bì, hình tròn hoặc bầu dục, không có bờ, nổi gờ hoặc lõm xuống, bề mặt bằng phẳng, màu đỏ thẫm tươi, nền rắn mỏng như tờ bìa (do hiện tượng thâm nhiễm gọi là săng cứng). Dùng chẩn đoán khác các săng khác. Không ngứa, không đau, không làm mủ. Thường kèm theo viêm hạch vùng lân cận.

- Vị trí khu trú của săng giang mai: thường ở niêm mạc sinh dục, hoặc cũng có thể ở những nơi khác; môi, lưỡi, ngón tay, hậu môn và xung quanh hậu môn (quan hệ đồng giới).

+ Ở nam giới: hay gặp rách bao quy đầu, phình dương vật. Niêm mạc bao quy đầu, niệu đạo gây tiết dịch nhiều.

+ Ở nữ giới: gặp săng ở môi lớn.

- Hạch: viêm hạch vùng lân cận với các vết săng.

Đặc điểm: rắn, không đau, di động được, không làm mủ. Trong đó có một hạch to gọi là hạch chấu. Sau một tuần săng và hạch không điều trị mất người bệnh lâm tưởng là khỏi.

#### **3.2. Giang mai thời kỳ 2**

Xuất hiện sau 45 ngày khi có xoắn khuẩn giang mai mượn đường máu lan toả đi khắp cơ thể. Thương tổn lúc đầu nông sau ăn sâu dưới da. Thời kỳ này nguy hiểm cho xã hội (thời kỳ dễ lây nhất).

- Đào ban là phản ứng đầu tiên của da dưới sự có mặt của các xoắn khuẩn biểu hiện bằng vết giãn mạch màu hồng tươi, mền không thâm nhiễm, không có vảy, không ngứa không đau. Vài ngày đến vài tuần không điều trị cũng tự mất đi.

Hay khu trú vùng da mỏng, hai mạng sườn, mặt lòng bàn tay, bàn chân. Một số đào ban hơi thâm, phù nề nên dễ chẩn đoán nhầm mề đay.

- Loạn sắc: vết loang trắng đen.

Là di chứng của đào ban hoặc sẩn mà tạo vết thâm hoặc trắng loang lổ. Khu trú thành vòng ở cổ, bán vùng rìa tóc gọi là (vòng vệ nữ).

- Mảng niêm mạc: có thể xuất hiện ở môi, má, lưỡi, vách sau họng, Amidan.

Biểu hiện vết màu trắng sáng có khi hình tròn, có một hoặc nhiều vết liên kết với nhau, rất nông không có bờ, có thể loét.

- Viêm hạch: khác giang mai một ở chỗ hạch lan tràn vùng cổ, nách, dưới hàm, bẹn, sau tai.

Triệu chứng to nhỏ không đồng đều, không đau, không hoá mủ và không dính vào nhau, không thấy hạch chứa.

- Rụng tóc: rụng tóc kiểu rụng thưa (do có đào ban -> dẫn mạch -> thiếu dinh dưỡng nên rụng tóc).

- Sẩn: là triệu chứng thường gặp, đặc hiệu nhất của sảng giang mai 2. Có nhiều ở thân, tứ chi, màu hồng đỏ, hơi nổi gờ cao trên mặt da.

- Triệu chứng lâm sàng: sẩn điển hình ít gặp, sẩn rất đa dạng giống nhiều bệnh khác nhau nên dễ chẩn đoán nhầm với bệnh khác.

- + Sẩn dạng trứng cá: nổi cao hơn mặt da trên có mụn mủ hơi lõm ở giữa gọi là giang mai dạng thuỷ đậu.

- + Sẩn nổi cao mặt da trên có vảy da trắng mỏng giống vảy nến gọi là giang mai dạng vảy nến.

- + Sẩn nổi cao trên mặt da, loét sâu xuống gọi là giang mai 2 dạng loét.

- Triệu chứng khác:

- + Tổn thương gan: viêm gan.

- + Tổn thương khớp: viêm khớp, khớp sưng to, không đau hoặc đau về đêm.

- + Viêm mào tinh hoàn.

- + Rối loạn nước dịch não tủy.

- Rối loạn thần kinh: viêm não, tăng áp lực nhức đầu, nôn mửa.

### **3.3. Giang mai thời kỳ 3**

Các thương tổn khu trú ăn sâu, phá huỷ các tổ chức nguy hiểm cho bản thân nhưng không nguy hiểm cho xã hội.

- \* *Tổn thương ở da*: tổn thương đơn độc riêng rẽ hoặc thành từng chùm từng chùm nhỏ, không có tính chất đối xứng.

- Tổn thương gồm các củ giang mai là tổn thương ở trung bì, nổi cao trên mặt da, sờ chắc, tập trung thành đám hơi vòng cung, có khi bị loét da khi lành để lại sẹo thâm, sẹo nhăn nhúm, có vảy bám.

- Gôm dưới da sờ như hạch, dần dần to ra, mềm dần rồi vỡ ra loét có bờ tròn đều dần sau đó trở thành sẹo. Gôm khu trú bất kỳ chỗ nào tiến triển dai dẳng hết đợt này đến đợt khác gây phá huỷ tổ chức đưa đến tàn phế cho người bệnh.

- \* *Niêm mạc*: lan toả hoặc khu trú, tổn thương là khối u, đau, ranh giới rõ, lúc đầu bình thường sau đó loét ra, khu trú ở vòm miệng, vách mũi, khi loét gây thủng hàm ếch, nếu ở vách mũi -> sẹp mũi, ở họng gây lệch hình, ở lưỡi tạo đám thâm nhiễm lan toả. Các vùng niêm mạc, bán niêm mạc đặc biệt vùng sinh dục bắt đầu nứt nẻ.

- \* *Cơ quan vận động*:

- Viêm màng xương (giang mai bẩm sinh rõ). Thường viêm ở lớp xơ của màng xương.

- Triệu chứng: đau nhiều về đêm, sờ thấy u xương, ấn hơi đau.
- Khớp: túi hoạt dịch: tổn thương hay gặp ở khớp gối, khớp to lên sờ vào có hiện tượng có nước, đi lại khó khăn, đau nhiều về đêm.

\* *Gôm ở hành tá tràng, đại tràng, trực tràng (hiếm)*

- Gan: ở người lớn ít gặp.
- Lách: hiếm gặp.
- Tinh hoàn: hay gặp biểu hiện: viêm tinh hoàn.

### **3.4. Giang mai bẩm sinh**

\* *Giang mai bẩm sinh sớm:*

Người mẹ mắc giang mai tháng thứ 4 -5 có sự giao lưu giữa máu mẹ và con, xoắn khuẩn giang mai qua rau thai vào tĩnh mạch rốn thai nhi làm thai nhi nhiễm bệnh.

Biểu hiện giang mai bẩm sinh sớm:

+ Tổn thương ở da, niêm mạc: bóng nước ở lòng bàn tay, bàn chân. Xuất hiện sớm vài ngày hoặc vài tuần sau đẻ. Bóng nước nổi trên nền một sẩn chắc, dập vỡ rất nhanh.

- Nứt mép, môi: hai bên mép có đường nứt tai ra như đường chân ngựa, giống như chốc. Bôi mỡ kháng sinh khỏi nhanh hoặc để lại sẹo sâu.

- Sổ mũi: gặp rất nhiều, xảy ra sớm hoặc ngay sau khi đẻ, do dịch niêm mạc mũi tiết ra.

- Sẩn hoặc mảng niêm mạc ở hậu môn, sinh dục giống như tổn thương giang mai 2 mắc phải.

Triệu chứng: xuất hiện gặp rất nhiều, là triệu chứng khiến bệnh nhân đến khám, biểu hiện xuất huyết dưới da. U não, khối máu tụ dưới da hoặc chảy máu mũi, hắt hơi ra máu, nôn ra máu ỉa phân đen, chảy máu rốn. Triệu chứng này thường xảy ra trên đứa trẻ gầy yếu, vàng da, gan lách to.

+ Tổn thương về xương: có dấu hiệu viêm xương viêm sụn giả liệt.

\* *Giang mai bẩm sinh muộn:*

Sau 2 năm trở đi có khi đến tuổi trưởng thành mới xuất hiện triệu chứng giống giang mai 3, có thể xuất hiện một số di chứng: trán có bướu, mũi tẹt hình yên ngựa, không có dải tai, không có mũi ức xương chày hình lưỡi kiếm, răng hutchinson, mắt lác, tai điếc bất thành hình xảy ra cả 2 tai.

Nội tiết: tinh hoàn teo nhỏ, không có tinh trùng.

### **4. Cận lâm sàng**

- Tìm vi khuẩn: lấy bệnh phẩm ở vết trợt, vết loét hay ở sẩn, mảng niêm mạc, chọc trong hạch soi trực tiếp trên kính hiển vi nền đen, xoắn khuẩn nhìn thấy dưới dạng lò xo di động.

- Phản ứng huyết thanh giang mai:

+ Phản ứng phát hiện nhanh RPR (Rapid Plasma Reagin).

Kháng nguyên là Cardiolipin tinh tinh chế có gắn than hoạt, kết quả nhanh độ đặc cao xong hiện nay vẫn phải nhập.

- + Phản ứng lên bông: không đặc hiệu.

- Phản ứng đặc hiệu: Phản ứng bất động xoắn khuẩn (PTI).

- Phản ứng kháng thể - xoắn khuẩn huỳnh quang (FTA): Phản ứng ngưng kết hồng cầu có gắn kháng nguyên kháng khuẩn TPHA.

## **5. Điều trị**

- Giang mai mới:

Giang mai 1-2 mới ở giai đoạn đầu áp dụng cách điều trị sau:

- + Benzyl penixilin G: 1 triệu đơn vị/ngày chia 6-8 lần, tiêm bắp tổng liều 15 triệu 15 ngày.

- + Procain penixilin G: (hoặc jenacilin A) 1 triệu đơn vị/ngày, chia làm 2 lần- tiêm bắp, tổng liều 15 triệu (15 ngày).

- + BenZathyl penixilin G: 2,4 triệu đơn vị/1 lần. Tiêm 2 lần - tổng liều 4,8 triệu đơn vị.

- Giang mai muộn:

Gôm giang mai kín muộn, giang mai 3, áp dụng một trong các phác đồ sau:

- + Benzyl penixilin G 1000.000 đơn vị/ngày chia 6-8 lần, tiêm bắp, tổng liều 30 triệu (30 ngày).

- + Procain penixilin G 1000.000 đơn vị/ngày, chia làm 2 lần- tiêm bắp, tổng liều 30 triệu (30 ngày).

- + BenZathyl penixilin G 50.000 đơn vị/kg cân nặng/1 lần tiêm bắp, cách 1 tuần tiêm 1 lần - tiêm 3 lần.

- Hoặc Benzyl penixilin G 50.000 đơn vị/kg cân nặng/ngày chia 3-4 lần - tiêm bắp trong thời gian 20 ngày.

- Giang mai bẩm sinh muộn:

Như điều trị giang mai muộn mắc phải ở người lớn.

Đối với người dị ứng penixinilin thì có thể dùng:

- + Tetracyclin 0.25g/ngày x 10-20 ngày.

- Erythromyxin: 2-3g/ngày x 15-30 ngày, chia làm 4 lần uống trong ngày.

## **6. Phòng bệnh**

- Đối với cá nhân là an toàn tình dục.

- Đối với cộng đồng: cần phối hợp hoạt động giữa chính quyền với các ngành: y tế, công an, phụ nữ, du lịch...Giáo dục nam nữ thanh niên sống lành mạnh, chống tệ nạn mại dâm.

- + Xây dựng quy chế cưới xin (cần kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn).

- + Xây dựng mạng lưới y tế từ trung ương đến địa phương, chú trọng các thành phố, đô thị, hải cảng.

- Tổ chức lồng ghép các hoạt động phòng chống bệnh vào hoạt động của mạng lưới đa khoa.

## **7. Chăm sóc**

### **7.1. Nhận định chăm sóc**

*\* Hỏi bệnh:*

- Ngày thứ bao nhiêu của bệnh.
- Diễn biến các triệu chứng lâm sàng từ khi có dấu hiệu đầu tiên.
- Đã dùng thuốc gì chưa?
- Có chán ăn, giảm cân không?
- Mọi quan hệ tình dục.
- Gia đình có ai mắc bệnh.

*\* Quan sát, khám bệnh:*

- Toàn trạng: gầy hay béo? chiều cao, da niêm mạc, hạch.
- Tinh thần.
- Quan sát tổn thương có loét, tiết dịch không.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Số lượng nước tiểu, màu sắc như thế nào?
- Thu thập các dữ liệu, giấy tờ xét nghiệm.

### **7.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Giảm khả năng hoạt động do mệt, sốt, đau các khớp.
- Đau do tổn thương loét và sưng các hạch bạch huyết.
- Những thay đổi về dinh dưỡng do ăn chưa đáp ứng đủ nhu cầu.
- Rối loạn tinh thần do lo lắng về bệnh và tính chất bệnh.
- Người bệnh thiếu hiểu biết về sự lây truyền bệnh.
- Người bệnh thiếu kiến thức về các biện pháp làm tăng cường sức đề kháng.

### **7.3. Kế hoạch chăm sóc**

- Hướng dẫn và giúp đỡ người bệnh có hoạt động phù hợp.
- Làm giảm hoặc mất đau và khó chịu cho người bệnh.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.
- Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho người bệnh.
- Hiểu biết về sự lây truyền bệnh.
- Hiểu và biết được các biện pháp làm tăng cường sức đề kháng.

### **7.4. Thực hiện chăm sóc**

*\* Giảm mệt, đau cho người bệnh:*

- Khuyến người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối cả về thể xác lẫn tinh thần.
- Thực hiện các thuốc theo y lệnh.
- Thường xuyên theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp tùy tình trạng bệnh.
- Nói rộng quần áo, chườm mát vùng trán, nách, bẹn.

- Cho uống nhiều nước (ORS).

- \* *Giảm đau và trị loét cho người bệnh:*

- Hàng ngày phải vệ sinh thân thể, lau người bằng nước ấm và lau khô da cho người bệnh sau mỗi lần vệ sinh, cho mặc quần áo mềm rộng.

- Thay đổi tư thế 2-3 h/lần.

- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần ăn.

- Các tổn thương loét phải rửa bằng dung dịch thuốc tím, dung dịch NaCl 9‰, sau đó chấm xanh metylen, castellani.

- Vùng bộ phận sinh dục tiết niệu hàng ngày phải ngâm rửa bằng dung dịch thuốc tím ngày 2 lần.

- Các mảng niêm mạc phải rửa bằng xà phòng, các dát đào ban bôi mỡ Penicilin.

- Thay băng hàng ngày các Gôm gang mai bị loét.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

- \* *Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh:*

- Giải thích và động viên người bệnh hiểu biết về tầm quan trọng vai trò của dinh dưỡng đối với diễn biến của bệnh.

- Cho người bệnh ăn với số lượng ít mỗi bữa, khẩu phần ăn giàu calo và hàm lượng protein, ăn nhiều bữa trong ngày.

- Đảm bảo số lượng protein vào cơ thể: ăn sữa, trứng, cá, thịt gà, tôm, cua, cá...thay đổi món ăn thường xuyên. Cho dùng thêm vitamin bổ sung để tránh viêm lưỡi, viêm môi.

- Cho người bệnh ăn bằng ống thông hoặc truyền dịch nuôi dưỡng cho người bệnh suy dinh dưỡng mà không thể hoặc không muốn ăn.

- \* *Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho người bệnh:*

- Thường xuyên động viên an ủi người bệnh, giúp người bệnh yên tâm tin tưởng, lạc quan, đồng thời cũng chuẩn bị về mặt tư tưởng để người bệnh đối phó với những diễn biến xấu của bệnh.

- Lắng nghe ý kiến, nguyện vọng của người bệnh.

- Quan tâm đáp ứng những nhu cầu về tinh thần, nhu cầu về sự giao tiếp của người bệnh.

- Hạn chế những kích thích quá mức, những yếu tố gây Stress...

- Theo dõi diễn biến về tinh thần, tình cảm để kịp thời chăm sóc.

- \* *Người bệnh hiểu biết được sự lây truyền bệnh:*

- Chăm sóc người bệnh gang mai bao gồm cả chiến lược GDSKBD, mà mục tiêu là giảm nguy cơ lây bệnh, vậy điều dưỡng viên phải giáo dục cho người bệnh về đường lây bệnh và cách ngăn ngừa truyền bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh không quan hệ tình dục bất chính.

- Động viên người bệnh cùng phối hợp với thầy thuốc điều trị càng sớm càng tốt phòng các biến chứng nguy hiểm.

- Điều trị cho cả vợ, chồng và bạn tình.

- Sau điều trị cần kiểm tra theo dõi định kỳ.

*\* Hướng dẫn người bệnh biết cách tăng cường sức đề kháng:*

- Hướng dẫn người bệnh ăn uống, sinh hoạt nghỉ ngơi hợp lý.

- Biết cách phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra.

- Vệ sinh thân thể, môi trường sạch sẽ.

- Khuyên người bệnh không uống rượu, cà phê, hút thuốc lá.

### **7.5. Đánh giá chăm sóc**

Bệnh nhân giang mai được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Người bệnh được nghỉ ngơi tại giường.

- Theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Người bệnh không lo lắng.

- Chế độ ăn uống đáp ứng.

- Thực hiện thuốc của bác sỹ đầy đủ, chính xác.

- Khi ra viện người bệnh biết cách phòng và chăm sóc sức khỏe.



# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LẬU

## Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân, đường lây bệnh lậu
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng lậu ở nam giới, nữ giới
3. Nêu cách điều trị bệnh lậu
4. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh lậu

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

Bệnh lậu là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, gây nên do Neisseria. Trong quá trình tiến triển, lậu cầu sống thích hợp trên niêm mạc có phủ biểu mô hình trụ, lậu khu trú ở bộ phận sinh dục, có thể gây thương tổn ở trực tràng, đôi khi ở màng tiếp hợp. Lậu cầu chỉ có một vật chủ là người và bệnh được truyền từ người này sang người khác qua con đường tình dục. Bệnh không những ảnh hưởng đến kinh tế mà còn ảnh hưởng nhiều biến chứng dẫn đến vô sinh.

### 2. Căn nguyên bệnh sinh

- Tác nhân gây bệnh là song cầu lậu, hình hạt cà phê, hình quả thận.
- Kích thước: chiều dài 1,6micromet, rộng 0,8 micromet, bằng màu gam (-).

Nếu ở môi trường khô song cầu lậu chết trong 10 phút, môi trường ẩm sống lâu hơn gặp dung dịch sát khuẩn chết trong vài phút. Song cầu lậu sinh sản nhanh cứ 15 phút sinh sản một lần.

Tuổi mắc bệnh nhiều nhất: tuổi hoạt động tình dục 18-24 tuổi, sinh viên nam nhiều hơn nữ, nghề lái xe, xây dựng, cán bộ, nhân viên 40%, đa số do tuổi lớn chưa có gia đình, chồng lây sang vợ.

- Đường lây:

Lây theo đường giao hợp với người mang vi khuẩn lậu, trường hợp giao hợp đồng giới có thể bị lậu ở trực tràng ở hậu môn. Có thể gặp lậu mắt ở người lớn vì tay bị nhiễm lậu cầu đưa lên mắt.

Trẻ sơ sinh cũng bị lậu mắt khi qua đường sinh dục mẹ bị lậu.

Lây truyền không qua đường tình dục cũng có thể gặp: dùng khăn tắm, quần áo, bệ xí có dính lậu cầu. Thường gặp ở trẻ em gái.

### 3. Lâm sàng

Giải phẫu học bộ phận sinh dục nam:

Niệu đạo nam dài xấp xỉ 16-20cm, gồm 2 phần di động ở phía trước gọi là niệu đạo trước (nằm trong dương vật) xung quanh là vật hang vật xốp. Dưới có van ở đầu miệng sáo, hố thuyền sau van phình ra. Dọc theo niệu đạo trước có tuyến Littre. Ranh giới niệu đạo trước, sau là tuyến Couper.

Niệu đạo sau đoạn giáp bàng quang là tuyến tiền liệt, cạnh là túi tinh -> ống dẫn tinh trên túi tinh là mào tinh hoàn.

### **3.1. Lậu ở nam giới**

\* *Lậu cấp*: thời gian ủ bệnh trung bình 3-5 ngày, có khi một ngày sau khi quan hệ tình dục với người bị bệnh:

- Biểu hiện: bệnh nhân thấy nóng rát, buốt như xé ở niệu đạo, cảm giác như (lưỡi dao nam cứa dọc niệu đạo). Mỗi khi đi tiểu, đi tiểu thành tia nhỏ, đái rắt và đái ra mủ.

- Khám niêm mạc đầu miệng sáo đỏ, vuốt từ gốc dương vật đến đầu miệng sáo có mủ vàng đặc chảy ra.

- Toàn thân: có thể có sốt, mệt mỏi, hạch bẹn sưng.

- Làm nghiệm pháp 2 cốc: đi tiểu vào 2 cốc, cốc đầu có nhiều sợi vẩn lơ lửng như sợi bông, cốc 2 trong, như vậy là nhiễm khuẩn còn khu trú ở niệu đạo trước.

\* *Lậu mạn tính*: Lậu cấp không được điều trị hoặc điều trị không đúng (từ tuần thứ 3 trở đi) thành lậu mạn. Các triệu chứng dần dịu đi người bệnh tưởng là đỡ, nhưng kỳ thực bệnh đã lan sâu hơn. Đây là thời kỳ viêm phần sau của niệu đạo và các tuyến sinh dục lân cận.

- Người bệnh có cảm giác đau âm ỉ vùng tầng sinh môn, vùng phía trước xương cùng mỗi khi đi tiểu, đau nhức vùng tinh hoàn, người bệnh đi tiểu đỡ buốt, đỡ mủ, sáng ngủ dậy thấy giọt mủ ở niệu đạo (giọt mủ ban mai của người lậu mạn).

- Làm nghiệm pháp 2 cốc: đều có sợi vẩn ở cả 2 cốc.

- Biến chứng hay gặp:

- + Viêm quy đầu và bao quy đầu.

- + Viêm mào tinh hoàn.

- + Viêm tiền liệt tuyến.

- + Viêm xơ, tắc tuyến sinh dục ảnh hưởng đến sản xuất và dẫn tinh trùng gây vô sinh.

### **3.2. Lậu ở nữ giới**

Giải phẫu học bộ phận sinh dục nữ: tư thế khám phụ khoa.

- Lỗ niệu đạo hẹp hai bên có tuyến cạnh niệu đạo gọi là tuyến Skene's.

- Hai bên âm môn là hai tuyến Bartholin.

- Bên trong âm môn là âm đạo: cổ tử cung, hai bên vòi trứng.

#### **3.2.1. Lậu cấp**

- Thời gian ủ bệnh 3-5 ngày.

Biểu hiện: khí hư màu vàng sẫm kéo dài suốt thời kỳ kinh nguyệt, mùi hôi thối, đái rắt, đau khi quan hệ tình dục, đau vùng xương chậu (các triệu chứng ít rõ rệt, chỉ thoáng rồi chuyển thành lậu mạn).

- Khám: viêm niệu đạo, đỏ, có mủ ở âm đạo, viêm cổ tử cung.

### 3.2.2. *Lậu mạn tính*

Thời gian ủ bệnh khó xác định. Theo thống kê thì 97% không có triệu chứng.

- Khí hư màu vàng sẫm ra liên tục, đau tức bụng dưới, lan ra xương cụt (triệu chứng chủ yếu là triệu chứng của các biến chứng).

- Khám: mủ chảy ra từ âm đạo hoặc có mủ ở hậu môn.

### 4. **Biến chứng**

- Viêm tuyến Bartholin.
- Viêm tuyến Skenes.
- Viêm cổ tử cung.
- Viêm bàng quang.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Viêm ống dẫn trứng, buồng trứng.
- Viêm trực tràng.
- Toàn thân: nhiễm trùng huyết do lậu.
- Viêm nội tâm mạc.
- Viêm khớp gối do lậu.

### 5. **Cận lâm sàng**

*\* Xét nghiệm trực tiếp:*

- Lấy bệnh phẩm:

+ Nam: dùng que cây vô trùng lấy sâu vào niệu đạo 1-2 cm.

+ Nữ: lấy ở các vị trí: niệu đạo, cổ tử cung, tuyến Bartholin, tuyến Skene.

- Nhuộm Gram soi trên kính hiển vi vật kính đầu với độ phóng đại 1000 lần.

Kết quả dương tính: thấy song cầu hình hạt cà phê nằm trong hoặc ngoài tế bào bạch cầu đa nhân.

Nuôi cấy: nhiệt độ 35-36°C sau 24-48h đọc kết quả. Khuẩn lạc có độ nhày, lồi tròn, đường kính 0,6-3mm, 3 lần nuôi cấy không mọc là âm tính.

### 6. **Điều trị**

Có thể dùng một trong những phác đồ sau:

- Benzyl penicilin 5.000.000 đơn vị/lần/ngày tiêm bắp x 3 ngày kèm theo 1g Probencide uống 30 phút trước khi tiêm.

- Ampixilin 1-2g/ngày tiêm bắp x 3-5 ngày uống 1g Probencide.

- Kanamycin 1-2g/ngày tiêm bắp x 3-5 ngày kết hợp với 1g Probencide.

Tetracyclin hoặc Erthomycin 3g/1 ngày x 5 ngày.

- Spetnomyxin 2-4g/lần tiêm bắp liều duy nhất.

Đối với lậu mạn dùng liều cao hơn và kéo dài thời gian hơn (7-10 ngày).

### 7. **Chăm sóc**

#### 7.1. **Nhận định**

*\* Hỏi:*

- Bị bệnh từ bao giờ?
- Đi tiểu như thế nào? Màu sắc, số lượng nhiều hay ít? Khí hư màu gì?
- Tình trạng dùng chung quần áo? Quan hệ tình dục? Có gia đình chưa?
- Bị bệnh lần đầu hay tái lại? Đã dùng thuốc gì chưa?

*\* Khám và quan sát:*

- Quan sát toàn trạng: thể trạng hay béo, cân nặng, chiều cao, da niêm mạc, tinh thần.

- Khám: khám miệng sáo, quy đầu có đỏ không? Có sưng to, rỉ mủ không? (nam giới) dấu hiệu đái buốt, đái mủ?

- Nữ giới khám âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, các tuyến có viêm không?
- Khí hư màu gì? mùi, số lượng nhiều hay ít?
- Toàn thân dấu hiệu sinh tồn có tăng không?

## **7.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Người bệnh đau tức vùng bộ phận sinh dục do viêm các tuyến sinh dục.
- Người bệnh sốt cao mệt mỏi do nhiễm khuẩn.
- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu cho cơ thể do người bệnh chán ăn.
- Rối loạn tinh thần do lo lắng về bệnh.
- Người bệnh không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

## **7.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Giảm và hết đau tức vùng bộ phận sinh dục và các tuyến.
- Giảm và hết sốt cao mệt mỏi.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.
- Chăm sóc về tinh thần.
- Hướng dẫn người bệnh biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

## **7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

*\* Giảm đau và đỡ viêm các tuyến bộ phận sinh dục cho người bệnh:*

- Hàng ngày phải rửa và ngâm vùng bộ phận sinh dục bằng dung dịch thuốc tím ngày 2 lần (nam giới không được thông nong niệu đạo giai đoạn cấp).

- Vệ sinh vùng bộ phận sinh dục sau mỗi lần đại tiểu tiện bằng nước Gynopic sau đó chấm kho bằng khăn mềm.

- Đối với nữ điều trị cả thuốc uống và thuốc đặt tại chỗ...

- Nghỉ ngơi tại chỗ (đối với nam giới cho mặc quần lót bó).

- Vệ sinh: toàn thân, vùng sinh dục tiết niệu, chống loét và bội nhiễm cho người bệnh K.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh...

*\* Làm giảm và hết sốt:* dần mất hội chứng nhiễm khuẩn.

- Thường xuyên theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- Nói rộng quần áo, chườm mát vùng trán, nách, bẹn.

- Cho người bệnh nằm nơi thoáng mát.
- Uống nhiều nước (ORS).
- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

*\* Tăng cường chế độ ăn uống phù hợp với bệnh:*

- Cho người bệnh ăn với số lượng ít mỗi bữa, khẩu phần ăn giàu calo và hàm lượng protein cao, ăn nhiều bữa trong ngày.

- Đảm bảo số lượng protein vào thể: ăn sữa, trứng, cá, thịt gà, tôm, cua, cá...thay đổi món ăn thường xuyên. Cho người bệnh dùng thêm vitamin bổ sung để tránh viêm lưỡi, viêm môi.

- Trong thức ăn, đồ uống không được có rượu, cà phê, thuốc lá.

*\* Chăm sóc tinh thần:*

- Lắng nghe ý kiến, nguyện vọng của người bệnh.
- Giải thích để người bệnh tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Mất ngủ do dùng thuốc an thần.
- Khi kết đài buốt, đài rắt, đài mủ, hướng dẫn người bệnh những phương pháp thư giãn, nghỉ ngơi để giảm lo lắng.

*\* Hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe:*

- Trong quá trình bị bệnh không quan hệ tình dục.
- Khuyến người bệnh điều trị cho cả vợ, chồng và bạn tình.
- Khuyến người bệnh sống chung thủy, lành mạnh.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng bao cao su an toàn hợp lý.

### **7.5. Đánh giá chăm sóc**

- Người bệnh lậu được đánh giá chăm sóc tốt nếu:
  - + Người bệnh được nghỉ ngơi tại giường.
  - + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn.
  - + Người bệnh không lo lắng.
  - + Đáp ứng chế độ ăn uống phù hợp.
  - + Thực hiện đầy đủ và chính xác y lệnh của bác sỹ.
  - + Khi ra viện người bệnh biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÀM

## Mục tiêu

1. Trình bày được hai nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng bệnh chàm
2. Nêu được một số bệnh chàm thường gặp
3. Nêu được cách điều trị tại chỗ, toàn thân bệnh chàm
4. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chàm

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

- Chàm là một trong những bệnh ngoài da phổ biến, có thể tiên phát hoặc thứ phát chiếm khoảng 15-20% so với bệnh ngoài da đến khám và điều trị tại phòng khám da liễu. Bệnh ngày một tăng, nhất là trong giai đoạn hiện nay nền công nghiệp nước ta đang phát triển việc sử dụng hoá chất ngày càng nhiều trong nông nghiệp trong sinh hoạt hàng ngày.

- Đặc điểm: chàm là một phản ứng viêm lớp nông của da cấp hay mạn tính, tiến triển từng đợt hay tái phát, triệu chứng rất đa dạng, điển hình là mụn nước xếp thành mảng trên nền da đỏ và ngứa. Nguyên nhân phức tạp do nội giới hoặc ngoại giới nhưng bao giờ cũng có vai trò của thể trạng quá mẫn, liên quan tới miễn dịch dị ứng.

### 2. Nguyên nhân

#### 2.1. Dị nguyên

\* *Do ngoại giới*: xung quanh ta có rất nhiều tác nhân gây bệnh:

- Yếu tố vật lý (nóng, lạnh, ánh sáng mặt trời).
- Yếu tố thực vật (một số lá cây).
- Yếu tố sinh vật học (vi trùng, côn trùng, sâu bọ).
- Yếu tố hoá học (các chất dùng trong công nghiệp, trong gia đình, các mỹ phẩm,...) một số thuốc bôi.

\* *Do nội giới*: rất phức tạp và khó xác định không thể nói tất cả các rối loạn chức phận nội tạng đến có thể là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra bệnh chàm.

- Rối loạn thần kinh (xúc cảm mạnh, suy nghĩ, lo lắng).
- Rối loạn tiêu hoá: táo bón, viêm đại tràng.
- Rối loạn nội tiết: tiền mãn kinh, có thai.
- Rối loạn trao đổi chất.

2.2. *Có thể người bệnh*: mang thể tạng quá mẫn có tính di truyền và gia đình.

- Hai yếu tố sinh ra bệnh chàm là thể tạng dị ứng và tác nhân kích thích (nội sinh hoặc ngoại sinh).

- Hai yếu tố này kết hợp với nhau và vai trò của mỗi yếu tố thay đổi tùy từng trường hợp.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

Tổn thương cơ bản là mụn nước nhỏ li ti bằng đầu đinh ghim, tập trung thành đám trên nền da đỏ, ngứa dữ dội. Tiến triển qua 5 giai đoạn:

- Giai đoạn tấy đỏ: da đỏ phù và nóng.
- Giai đoạn mụn nước.
- Giai đoạn chảy nước.
- Giai đoạn đóng vảy tiết.
- Giai đoạn bong vảy.

Chàm tiến triển thành nhiều đợt cấp hay bán cấp, ít khi một đợt mà khỏi hẳn, và có điều trị hay không cũng tái phát giữa hai đợt có thể khỏi hẳn còn sót lại một mảng chàm mạn. Nhiều yếu tố có thể gây ra một cơn cấp phát mới: ổ nhiễm khuẩn, mệt nhọc, lạnh, hoặc stress tinh thần.

### **4. Một số bệnh chàm thường gặp**

#### **4.1. Chàm tiếp xúc**

Khi hình thành mụn nước điển hình thì gọi là chàm tiếp xúc, khi không điển hình thì gọi chung là viêm da tiếp xúc và có đặc điểm sau:

- Xuất hiện ngay tại vùng da tiếp xúc chủ yếu là vùng da hở. Sau đó lan ra vùng da lân cận.

Ví dụ: chàm do đeo thắt lưng, nổi trên lưng theo hình dây thắt lưng.

- Ngừng tiếp xúc có xu hướng giảm hoặc khỏi, tiếp xúc lại bệnh lại tái phát.  
- Biểu hiện lâm sàng là ngứa dữ dội có khi sốt và chảy nước vàng nhiều, khu trú ở vùng tiếp xúc với chất dị ứng.

- Cơ chế sinh bệnh: có thể gặp 1 trong 3 cơ chế:

+ Trục ứng: bất kỳ người nào tiếp đó đều bị phản ứng như nhau, đỏ da, mụn nước xuất hiện ngay hoặc sau 24h.

+ Khi thì bẩm sinh đã có phản ứng (chỉ gặp ở một số ít).

+ Dị ứng: chỉ sau khi tiếp xúc với chất dị ứng một vài lần mới sinh ra phản ứng, loại này hay gặp.

- Thể lâm sàng hay gặp:

+ Viêm da do thuốc nhuộm tóc.

+ Viêm da do sơn.

+ Viêm da do bôi kem phấn.

+ Viêm da do đồ dùng.

#### **4.2. Chàm vi khuẩn**

Là độc tố vi khuẩn có đặc điểm là:

- Xuất hiện ở quanh ổ nhiễm khuẩn sẵn có: vết trọt da, vết xước, vết cắn của côn trùng, hoặc ổ nhiễm khuẩn ở xa như viêm amidan, viêm tai, viêm răng lợi.

- Tổn thương ban đầu thành đám hoặc lan rộng, có thể gây ban dị ứng toàn thân.

Ngoài rìa thương tổn có đám viêm mủ, dịch mủ chảy đến đâu thương tổn lan đến đó.

- Điều trị bằng kháng sinh và chống dị ứng có kết quả nhanh.

#### **4.3. Chàm cơ địa**

Bệnh bắt đầu xuất hiện từ lúc sơ sinh và dai dẳng đến lúc lớn tuổi và có thể chia làm 3 giai đoạn:

##### **4.3.1. Giai đoạn 1: chàm sơ sinh:**

- Bệnh bắt đầu từ rất sớm, thường vào 3-4 tháng có khi sớm hơn vào lúc 1 tháng, muộn hơn vào lúc 1-2 tuổi thường trẻ em mập, nhất là khi nuôi bằng sữa bò.

- Tổn thương bắt đầu từ hai bên má, lan lên trán xuống cằm tạo thành hình móng ngựa, giới hạn không rõ tổn thương căn bản là mụn nước trên nền da đỏ.

- Bệnh tiến triển từng đợt, mỗi khi bệnh vương ngứa nhiều hơn, đỏ da chảy nước vàng và nhiễm khuẩn. Tổn thương có thể lan lên đầu, xuống thân mình và các chi.

- Biến chứng: sốt cao rối loạn tiêu hoá, viêm tai giữa. Nếu chùng đậu ở giai đoạn này gây mụn mủ dạng thủy đậu rất nguy hiểm.

- Nguyên nhân: do trẻ quá mẫn với sữa bò, sữa mẹ.

##### **4.3.2. Giai đoạn 2: chàm trẻ em:**

Thường bắt đầu một cách thất thường, nhiều khi sau 2 tuổi hoặc đến khi đi học dưới hình thức sẩn ngứa khu trú vào mặt dưới các khớp lớn.

##### **4.3.3. Giai đoạn 3: chàm cơ địa người lớn:**

Phát triển vào lúc trưởng thành với đặc điểm:

- Bị từ bé. Có tiền sử quá mẫn trong gia đình, hoặc bản thân; bố mẹ anh chị hoặc bản thân mắc các bệnh dị ứng hen, mày đay...

- Tổn thương đối xứng ở các nếp gấp, khuỷu chân, khuỷu tay, có xu hướng liken hoá.

- Tiến triển thành đợt, theo mùa dai dẳng hay tái phát, thỉnh thoảng lại có đợt cấp vọt lên: mụn nước thành đám trên nền da đỏ rỉ dịch, nhiễm khuẩn.

### **5. Điều trị**

#### **5.1. Điều trị tại chỗ**

- Chàm cấp: Dùng các thuốc dị da, sát trùng, chống ngứa, dùng nước ngâm, đắp gạc ngày 2-4 lần.

Dùng các dung dịch: Jarish, Rivanol 11%, dung dịch nitorat bạc 0,25%, thuốc tím pha loãng.



- Chàm bán cấp: dùng các thuốc hồ, dầu, kem làm giảm đỏ, dịu da sát trùng.  
Hồ nước, Brocp, dầu kẽm.

- Chàm mạn: dùng các thuốc mỡ Cocticoit, Neocimed.

### **5.2. Điều trị toàn thân**

- Nếu có nhiễm khuẩn, dùng kháng sinh từng đợt.

- Dùng thuốc giảm cảm ứng thay đổi cơ địa.

Canxiclorua 0,5%                      1-2 ống/ngày tiêm tĩnh mạch.

Vitamin C 0,5g                      1-2g/ngày.

Novocain 0,25%                      0,5%-1-2 ống/ngày (tiêm bắp tại chỗ).

Corticoid: pretnisolon, hydrocortizon.

- An thần chống ngứa: dùng các kháng histamin tổng hợp clopheniramin; periton, promethazin.

## **6. Chăm sóc**

### **6.1. Nhận định**

\* *Hỏi bệnh:* xuất hiện tổn thương từ khi nào?

- Bắt đầu bằng những triệu chứng gì? Có đau ngứa không?

- Đã dùng thuốc gì chưa, có dị ứng với thuốc nào không?

- Gia đình có ai mắc bệnh như thế này không?

- Hiện tại có mắc bệnh nào khác không?

- Bị bệnh lần đầu hay tái phát nhiều lần?

- Điều kiện sinh hoạt ăn ở như thế nào?

\* *Khám bệnh:*

- Tinh thần, thể trạng, nhiệt độ, mạch huyết áp.

- Đánh giá mức độ tổn thương của bệnh.

- Theo dõi chế độ ăn uống, nghỉ ngơi vệ sinh.

- Thu thập các giấy tờ có liên quan.

### **6.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Người bệnh ngứa khó chịu do mất sự vẹn toàn của da.

- Người bệnh mất ngủ do ngứa, do lo lắng về bệnh hay tái phát.

- Người bệnh mặc cảm do thay đổi ngoại hình.

- Nguy cơ bội nhiễm do nhiễm khuẩn.

- Những thay đổi về dinh dưỡng do ăn chưa đáp ứng đủ nhu cầu.

- Giáo dục sức khỏe.

### **6.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Giảm ngứa, khó chịu cho người bệnh bằng cách chăm sóc các tổn thương.

- Tạo giấc ngủ sinh lý giải thích cho người bệnh hiểu.

- Chăm sóc về tinh thần động viên an ủi người bệnh.

- Chăm sóc theo dõi sát tổn thương.

- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

#### **6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

*\* Giảm ngứa, khó chịu cho người bệnh:*

- Giảm các chất kích thích, tránh tiếp xúc lại các chất gây bệnh.
- Hàng ngày lau rửa người bằng nước ấm.
- Cho người bệnh mặc quần áo mềm, rộng.
- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần ăn.
- Các tổn thương tiết dịch.
- Các tổn thương trợt loét phải lau rửa bằng nước muối sinh lý, dung dịch thuốc tím sau đó lau khô, chấm xanhmytylen, castelli.
- Hàng ngày bôi thuốc, thay băng các vết nhiễm trùng (các nếp gấp da, kẽ tay, kẽ chân phải lau khô).

- Theo dõi sự tiết dịch ở các thương tổn.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

*\* Tạo giấc ngủ cho người bệnh:*

- Với chàm đang trong giai đoạn cấp tính cần được nghỉ ngơi.
- Cho người bệnh nằm buông thoáng mát, yên tĩnh.
- Quần áo, chăn màn vệ sinh sạch sẽ.
- Giúp người bệnh tránh những xúc động lo lắng, sợ hãi.
- Khuyến người bệnh không dùng đồ uống có chất kích thích, không thức khuya.
- Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho người bệnh.
- Thiết lập mối quan hệ gần gũi tin tưởng với người bệnh.
- Thường xuyên động viên an ủi người bệnh, giúp người bệnh yên tâm điều trị.
- Lắng nghe ý kiến, nguyện vọng của người bệnh.

*\* Chăm sóc theo dõi sát tổn thương:*

- Phát hiện các biểu hiện sớm của nhiễm trùng: tổn thương lan rộng, phù nề tiết dịch nhiều.

- Theo dõi sát dấu hiệu: mạch, nhiệt độ, nhịp thở 30 phút/1 lần.
- Theo dõi lượng nước tiểu 1h/lần. Nếu bất thường báo cáo bác sỹ xử trí kịp thời.
- Dùng các thuốc theo chỉ định.

- Hướng dẫn người bệnh tránh cào gãi chà xát, tránh xà phòng.

*\* Cải thiện tình trạng dinh dưỡng:*

- Giúp người bệnh đảm bảo đủ dinh dưỡng, ngon miệng, dễ tiêu.
- Cho ăn chế độ ăn giàu đạm, vitamin.
- Uống nhiều nước (theo dõi lượng dịch vào ra 24h).

Hướng dẫn người bệnh không dùng đồ ăn, uống có chất kích thích, đồ dễ gây dị ứng (đồ hộp, đồ biển, nhộng tằm).

*\* Giáo dục sức khỏe:*

- Trang bị những kiến thức về bệnh để người bệnh biết sống phù hợp với bệnh của mình.
- Tránh tiếp xúc với những dị nguyên dễ gây dị ứng (chuyển đổi công tác nếu cần).
- Dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sỹ.
- Giữ gìn vệ sinh thân thể để tránh các bệnh nhiễm khuẩn khác.
- Đến cơ sở khám bệnh khi có những dấu hiệu kể trên.

**6.5. Đánh giá chăm sóc**

- Thương tổn hết phù nề chảy nước, không xuất hiện tổn thương mới.
- Bệnh nhân không lo lắng.
- Chế độ ăn uống phù hợp với bệnh.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ chính xác.
- Khi ra viện bệnh nhân biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GHẼ

## Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân, đường lây bệnh ghẻ
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, biến chứng, điều trị bệnh ghẻ
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh ghẻ

## NỘI DUNG

### 1. Đại cương

Bệnh ghẻ là một bệnh ngoài da dễ lây, bệnh có thể phát thành dịch hay gặp ở những nơi ăn ở chật trội, thiếu vệ sinh.

### 2. Nguyên nhân

Do cái ghẻ hình tròn. Có 4 đôi chân, 4 vòi hút, lưng có gai chĩa về phía sau. Mỗi ngày đẻ 1->5 trứng, giao hợp trên mặt da, chu kỳ sinh sản 2-7 tuần, sau 3 tháng đẻ ra 150 triệu ghẻ con.

Đường lây: bệnh lây từ người này sang người khác, do bắt tay hoặc sinh hoạt tình dục, cũng có khi lây gián tiếp do dùng chung đồ dùng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

Thời gian ủ bệnh 2-8 ngày.

- Thương tổn đặc hiệu là đường hầm, mụn nước, sẩn phù, sẩn huyết thanh, vết xước.

- Vị trí: ở những vùng da mỏng, nếp gấp da: (đặc biệt nam giới 100% có tổn thương quy đầu, thân dương vật, phụ nữ, đầu vú và nếp lằn vú, trẻ em còn bú ở gót chân, lòng bàn chân.

- Ngứa: khi thay đổi nhiệt độ.

Ngứa khi đắp chăn ấm.

Ngứa nhiều lúc nửa đêm về sáng.

- Dịch tế học: bệnh lây cho những người xung quanh cùng mắc bệnh.

### 4. Biến chứng

- Ghẻ chàm hoá: do cái ghẻ hoặc thuốc bôi.

- Viêm da mủ: thường xảy ra ở những đứa trẻ vệ sinh kém.

- Viêm cầu thận cấp: do liên cầu bội nhiễm.

### 5. Điều trị

- Tại chỗ điều trị cả một lúc cho cả gia đình, tập thể.

+ Vệ sinh thân thể, môi trường (chăn, màn, chiếu, quần, áo là luộc, phơi nắng).

+ Tắm lá đắng, chanh, xà phòng.

+ Chấm DEP, castellani, lưu huỳnh.

- Toàn thân: dùng thuốc an thần + kháng histamin + kháng sinh (nếu có mụn mủ)

## **6. Chăm sóc**

### **6.1. Nhận định**

\* *Hỏi bệnh:* bệnh xuất hiện từ bao giờ?

- Đã dùng thuốc gì chưa? Có ngứa không, ngứa vào những thời điểm nào?
- Tổn thương bắt đầu xuất hiện ở những vị trí nào? Những người xung quanh có ai mắc bệnh không?

- Có ngủ được không? đi tiểu như thế nào? số lượng, màu sắc.

\* *Khám và quan sát:*

- Quan sát da và tổn thương đánh giá mức độ nặng, nhẹ, bội nhiễm hay không.
- Khám xem có phù hay không.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, chế độ vệ sinh.
- Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu 24h.

### **6.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Người bệnh ngứa, khó chịu do cái ghẻ và do mất sự vẹn toàn của da.
- Người bệnh ngủ kém do ngứa nhiều về đêm.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do bội nhiễm.

### **6.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

\* *Giảm ngứa, khó chịu cho người bệnh:*

- Tắm rửa thay quần áo cho người bệnh ngày 2 lần.
- Cho mặc quần áo mềm, rộng.
- Tại chỗ dùng thuốc DEP, lưu huỳnh, Castllani vào thương tổn (không được cậy, gãi tổn thương).

- Điều trị cùng một lúc cho cả gia đình, tập thể.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

\* *Tăng cường vệ sinh:*

- Hàng ngày phải vệ sinh thân thể, vệ sinh môi trường.
- Tắm, thay quần áo, chăn, màn, chiếu ít nhất ngày 1 lần.
- Tất cả các đồ dùng phải là, luộc, phơi nắng.
- Trong thời gian bị bệnh đồ dùng phải dùng riêng (hạn chế dùng nhiều đồ).
- Hạn chế người đến thăm.
- Khi mắc bệnh cần cách ly, điều trị sớm.

\* *Tạo giấc ngủ sinh lý:*

- Cho người bệnh nằm buông thoáng mát.
- Giường, chiếu, chăn, màn phải vệ sinh sạch sẽ.
- Môi trường xung quanh phải được vệ sinh hàng ngày.
- Không xếp nhiều người trong cùng một phòng.

- Tránh uống những đồ gây kích thích.
- Khuyến người bệnh đi ngủ sớm.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

*\* Giảm nguy cơ bội nhiễm:*

- Theo dõi sát mạch, nhiệt độ (tùy tình trạng bệnh).
- Theo dõi lượng nước vào, ra trong 24h.
- Chăm sóc, theo dõi sát tổn thương.
- Vệ sinh tại chỗ, toàn thân tốt.
- Thực hiện y lệnh đủ, chính xác.

#### **6.5. Đánh giá, chăm sóc**

- Người bệnh đỡ ngứa.
- Không xuất hiện tổn thương mới.
- Thực hiện đúng đủ y lệnh.