

GIỚI THIỆU HỌC PHẦN CHĂM SÓC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Đối tượng: Cao đẳng điều dưỡng

- Số tín chỉ: 02 (2/0)
- Số tiết:
 - + *Lên lớp:* 28 tiết (2tiết/tuần)
 - + *Kiểm tra:* 02 tiết
 - + *Tự học:* 60 giờ
 - + *Thực hành bệnh viện:*
- Thời điểm thực hiện: Học kỳ 4
- Điều kiện tiên quyết: Phải học xong Điều dưỡng cơ bản I, II, Dịch tễ học, Sức khỏe môi trường, Vệ sinh phòng bệnh.

MỤC TIÊU HỌC PHẦN:

1. Trình bày được nguyên nhân, đặc điểm dịch tễ, triệu chứng, biến chứng, cách điều trị và biện pháp phòng các bệnh truyền nhiễm phổ biến.
2. Giải thích được nguyên nhân, đặc điểm dịch tễ, cơ chế bệnh sinh liên quan đến triệu chứng, biến chứng và chăm sóc của một số bệnh truyền nhiễm.
3. So sánh được nguyên nhân, dịch tễ, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng lâm sàng và chăm sóc của một số bệnh truyền nhiễm.
4. Lập được kế hoạch chăm sóc, theo dõi bệnh nhân phù hợp với bệnh, giai đoạn bệnh và mức độ bệnh của bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm.
5. Tư vấn được chế độ ăn uống, vận động, nghỉ ngơi và điều trị cho bệnh nhân truyền nhiễm.
6. Hướng dẫn được bệnh nhân, người nhà bệnh nhân tự chăm sóc, theo dõi khi mắc bệnh truyền nhiễm và cộng đồng biết cách phòng bệnh truyền nhiễm phù hợp.
7. Nhận thức được vai trò của người điều dưỡng trong công tác chăm sóc bệnh nhân truyền nhiễm.
8. Rèn luyện được thái độ học tập nghiêm túc, cẩn thận để phát huy tốt vai trò của người điều dưỡng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

NỘI DUNG HỌC PHẦN

STT	Tên bài	Trang
1	Đại cương về bệnh truyền nhiễm	3
2	Chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus	12

3	Chăm sóc bệnh nhân thương hàn	20
4	Chăm sóc bệnh nhân tả	28
5	Chăm sóc bệnh nhân lý trực khuẩn	34
6	Chăm sóc bệnh nhân lý a míp	39
7	Chăm sóc bệnh nhân Tay - Chân - Miệng	43
8	Chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu	49
9	Chăm sóc bệnh nhân quai bị	55
10	Chăm sóc bệnh nhân bạch hầu	60
11	Chăm sóc bệnh nhân ho gà	65
12	Chăm sóc bệnh nhân sởi	69
13	Chăm sóc bệnh nhân cúm	74
14	Chăm sóc bệnh nhân cúm typ A	77
15	Chăm sóc bệnh nhân thủy đậu	88
16	Chăm sóc bệnh nhân uốn ván	91
17	Chăm sóc bệnh nhân dại	100
18	Chăm sóc bệnh nhân dengue xuất huyết	105
19	Chăm sóc bệnh nhân sốt rét	115
20	Chăm sóc bệnh nhân viêm não nhật bản	124
21	Chăm sóc bệnh nhân Nhiễm HIV/AIDS	130
22	Chăm sóc bệnh nhân dịch hạch	137
23	Chăm sóc bệnh nhân lao phổi	143
Tổng số		149

ĐÁNH GIÁ

- Hình thức thi: Trắc nghiệm
- Thang điểm: 10
- Cách tính điểm:
 - + Điểm thường xuyên: 01 bài kiểm tra – hệ số 1
 - + Điểm KT định kỳ: 01 bài kiểm tra bằng hình thức tự luận – Hệ số 2
 - + Thi kết thúc học phần: thi trắc nghiệm trọng số 70%

Bài 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được vị trí, tầm quan trọng và lịch sử nghiên cứu môn học truyền nhiễm.*
- 2. Kể được các khái niệm, tính chất, đường lây của bệnh truyền nhiễm.*
- 3. Trình bày được ảnh hưởng của các yếu tố ngoại cảnh và phân loại được bệnh truyền nhiễm.*
- 4. Trình bày được tính chất chung của các bệnh do virus.*
- 5. Kể được diễn biến dịch tễ, chẩn đoán và các nguyên tắc điều trị bệnh truyền nhiễm.*

NỘI DUNG

1. Lịch sử nghiên cứu môn học

1.1. Vị trí, tầm quan trọng

Trước kia, bệnh truyền nhiễm được xếp chung vào các bệnh nội khoa. Từ nửa đầu thế kỷ 19, nó được tách ra thành một chuyên khoa độc lập.

Bệnh truyền nhiễm đa số là những bệnh thường gặp ở các nước trên thế giới. Tuy từng vùng địa lý, khí hậu, tùy trình độ dân trí và điều kiện sống của mỗi vùng mà tỷ lệ mắc bệnh và cơ cấu các bệnh khác nhau (vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, vùng có kinh tế xã hội nghèo nàn lạc hậu thì tỷ lệ mắc bệnh cao và có nhiều bệnh truyền nhiễm hơn).

Bệnh truyền nhiễm đều có khả năng lây từ người bệnh sang người lành, nhiều bệnh phát triển thành dịch (thậm chí là đại dịch). Do vậy số lượng bệnh nhân truyền nhiễm rất đông và số lượng tử vong cũng lớn.

Ngày nay, nhờ sự phát triển của khoa học nói chung và y học nói riêng, nhiều bệnh truyền nhiễm được đẩy lùi, có những bệnh vĩnh viễn bị xóa bỏ (như bệnh đậu mùa...). Tuy vậy một số bệnh còn là mối đe dọa cho nhân loại như: bệnh sốt rét, viêm gan vi rút, nhiễm HIV...

Việt Nam là nước nhiệt đới, điều kiện sống còn thấp, nhiều tập quán sinh hoạt lạc hậu. Vì vậy bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ cao, nhiều vụ dịch xảy ra quanh năm (như sốt rét, Dengue xuất huyết)

1.2. Sơ lược lịch sử nghiên cứu

Từ cổ xưa, thời Hypocrate bệnh truyền nhiễm đã được người ta biết với tên gọi là “bệnh dịch” để nói lên tính chất nặng và phát triển rộng của bệnh. Thời đó cho rằng bệnh có liên quan đến những “khí độc”. Vào thế kỷ 16 bắt đầu ra đời khái niệm “lây” thay cho quan niệm “khí độc”. Học thuyết về sự lây bệnh từ người bệnh sang người lành được D.S.Samoilovitra đề xuất vào 1 chuyên ngành riêng biệt. Tiếp sau là sự phát triển kính hiển vi đã tìm ra những vi khuẩn (mầm bệnh) mà các bác học đi đầu là Pastereur, R.Koch... Từ khi kính hiển vi điện tử ra đời, có thể phóng đại gấp hàng chục, trăm nghìn lần đã giúp cho việc tìm ra virus.

2. Các khái niệm

2.1. Định nghĩa

Bệnh truyền nhiễm do một vi sinh vật (vi khuẩn, Rickettsia, virus) hoặc ký sinh trùng gây nên, có khả năng lây truyền từ người bệnh sang người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp (qua nước, thức ăn, vật dụng, côn trùng).

Nhiễm khuẩn không nhất thiết là có bệnh, tuy vậy những người lành mang mầm bệnh vẫn sẵn sàng lây truyền bệnh cho người khác khi gặp điều kiện thuận lợi.

2.2. Hiện tượng nhiễm khuẩn

Hiện tượng nhiễm khuẩn bắt đầu khi vi sinh vật xâm nhập vào cơ thể vật chủ. Trong trường hợp vật chủ bị mắc bệnh nhiễm khuẩn thì diễn biến của bệnh rất phong phú.

- Xếp theo tiến triển của bệnh có thể tối cấp, cấp diễn, mạn tính.
- Xếp theo biểu hiện lâm sàng có thể điển hình, có thể không điển hình
- Xếp theo mức độ của bệnh có thể nhẹ, thể trung bình, thể nặng.

2.3. Bệnh sơ nhiễm: Là nhiễm khuẩn tiên phát, tức là khi cơ thể nhiễm vi khuẩn lần đầu.

Ví dụ: Sốt rét tiên phát

2.4. Bệnh tái nhiễm: Là mắc lại bệnh đó, do nhiễm lại mầm bệnh (mà trước kia đã mắc) thêm lần nữa.

Ví dụ: Bệnh cúm

2.5. Bệnh tái phát: Là khi bệnh đã ngừng phát triển một thời gian nhưng mầm bệnh cũ chưa bị tiêu diệt hẳn lại hoạt động trở lại.

Ví dụ: Sốt rét tái phát, thương hàn tái phát

2.6. Bội nhiễm: Là bệnh truyền nhiễm đang tiến triển, chưa khỏi lại xuất hiện mầm bệnh nữa nhờ điều kiện thuận lợi đó mà xâm nhập gây bệnh nặng thêm.

Tóm lại: Sự phát triển nhiễm khuẩn là kết quả của sự tác động tương hỗ mầm bệnh với cơ thể vật chủ trong những điều kiện nhất định của ngoại cảnh.

3. Tính chất của bệnh truyền nhiễm

3.1. Tính đặc hiệu

Bệnh truyền nhiễm là bệnh do vi sinh vật gây ra (gọi là mầm bệnh). Mỗi một bệnh truyền nhiễm do một loại mầm bệnh gây nên.

Mầm bệnh được xác định bằng xét nghiệm trực tiếp: cấy bệnh phẩm (máu, phân, đờm, nước tiểu, v.v.) hay tiêm truyền các bệnh phẩm đó cho súc vật thí nghiệm hoặc gián tiếp bằng cách phát hiện các kháng thể đặc hiệu xuất hiện trong cơ thể như các phương pháp chẩn đoán huyết thanh hoặc tìm dị ứng bằng chứng nghiệm trên da.

Vì vậy mà lâm sàng bệnh truyền nhiễm bao giờ cũng phải gắn liền với vi khuẩn học và ký sinh trùng học.

3.2. Tính lây truyền

Bệnh lan truyền từ cơ thể này sang cơ thể khác một cách trực tiếp hoặc gián tiếp từ người sang người, động vật sang người.

Nếu ở trong một tập thể hoặc một địa phương có số lớp người không có miễn dịch đối với mầm bệnh đó thì sẽ xảy ra. Đó là đặc tính nguy hiểm nhất và quan trọng nhất về mặt xã hội của các bệnh truyền nhiễm.

3.3. Tính chu kỳ

Nói chung các bệnh truyền nhiễm đều phát triển có chu kỳ và trải qua 4 giai đoạn là: thời kỳ nung bệnh, thời kỳ khởi phát, thời kỳ toàn phát, sau cùng là thời kỳ lui bệnh.

3.3.1. Thời kỳ nung bệnh: Là giai đoạn từ lúc vi khuẩn mới vào cơ thể người cho tới khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên. Nói chung thời kỳ này hoàn toàn yên lặng không có triệu chứng gì, dài ngắn tùy theo từng bệnh. Có khi rất ngắn (1-3 ngày) như bệnh cúm, hoặc rất dài (6 tháng) như bệnh dại.

Thời kỳ này không có giá trị về lâm sàng, nhưng về dịch tễ học rất quan trọng:

- Có nhiều bệnh đã lây ngay từ thời kỳ nung bệnh, ví dụ như bệnh Quai bị do đó rất khó tránh.

- Biết được thời kỳ nung bệnh tối đa của một bệnh, ta có thể cách ly và theo dõi những người nghi bị lây trong thời gian đó trước khi cho trở lại sinh hoạt trong tập thể.

Chu kỳ là kết quả của quá trình ký sinh và phát triển của mầm bệnh trong cơ thể vật chủ đồng thời là kết quả các đáp ứng của cơ thể vật chủ đối với mầm bệnh.

3.3.2. Thời kỳ khởi phát

Là những triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện nhưng chưa phải là lúc bệnh nặng và rầm rộ nhất. Bệnh truyền nhiễm thường khởi phát theo hai kiểu: từ từ và đột ngột. Hầu hết các bệnh truyền nhiễm đều có sốt và một trong những triệu chứng khởi phát đầu tiên nhất cũng là sốt

3.3.3. Thời kỳ toàn phát

Là lúc bệnh phát triển rầm rộ nhất và thể hiện đầy đủ các triệu chứng nhất, đồng thời cũng là lúc bệnh nặng nhất. Các biến chứng cũng thường hay gặp trong thời kỳ này. Trong cùng một lúc có thể biểu hiện nhiều triệu chứng ở nhiều cơ quan khác nhau.

3.3.4. Thời kỳ lui bệnh

Do sức chống đỡ của cơ thể người bệnh tốt mặt khác do tác động của điều trị, mầm bệnh và các độc tố của chúng dần dần được loại trừ ra khỏi cơ thể. Người bệnh sẽ cảm thấy đỡ dần. Những triệu chứng của bệnh ở thời kỳ toàn phát cũng dần dần mất đi. Nếu không được can thiệp tốt và có hiệu lực, một số bệnh diễn biến kéo dài tái phát với những biến chứng và hậu quả nghiêm trọng. Sau khi mầm bệnh và độc tố của chúng bị loại trừ ra khỏi cơ thể người bệnh thì những cơ quan bị tổn thương dần dần bình phục và trở lại hoạt động hầu như bình thường, có thể có những rối loạn đáng kể. Bệnh nhân có thể ra viện về nghỉ ngơi hoặc tiếp tục lao động tùy theo khả năng bình phục.

Đôi khi chu kỳ bị thay đổi so sự phát triển của bệnh tối cấp, biến chứng đột ngột hoặc do dùng thuốc.

3.4. Tính miễn dịch đặc hiệu

Mầm bệnh vào cơ thể, cơ thể có miễn dịch mạnh và bền vững. Bệnh cúm, bệnh lỵ, bệnh sốt rét,... tạo miễn dịch yếu và tạm thời.

4. Phân loại bệnh truyền nhiễm

Có rất nhiều cách phân loại bệnh truyền nhiễm tùy theo những quan niệm, mục đích khác nhau. Trong lâm sàng người ta hay áp dụng cách phân loại bệnh theo đường lây để tiện cách ly, quản lý và đồng thời cũng tiện cho chăm sóc điều trị.

4.1. Bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa

Ví dụ: bệnh Lỵ, bệnh Thương hàn... mầm bệnh thường được bài tiết qua phân, chất nôn gây ô nhiễm thức ăn, nguồn nước từ đó xâm nhập vào miệng, dạ dày, ruột.

- Yếu tố trung gian truyền bệnh là ruồi, bát đũa, tay bẩn
- Thường phát sinh và thành dịch vào mùa hè.
- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:
 - + Vệ sinh ăn uống
 - + Quản lý phân nước rác và diệt ruồi
 - + Tiêm chủng đặc hiệu

4.2. Bệnh truyền nhiễm đường hô hấp

Ví dụ: bệnh cúm, bệnh bạch hầu.

- Bệnh thường phát triển vào mùa lạnh

- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: Cách ly bệnh nhân, nhỏ mũi, đeo khẩu trang, vaccin phòng bệnh.

4.3. Bệnh truyền nhiễm đường da và niêm mạc

Ví dụ: bệnh uốn ván, bệnh dại lây qua da và niêm mạc bị tổn thương. Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: cách ly bệnh nhân, điều trị sớm, cắt đứt đường lây, tiêm chủng phòng bệnh.

4.4. Bệnh truyền nhiễm đường máu

Do côn trùng trung gian mang mầm bệnh: ruồi

Ví dụ: bệnh sốt rét, bệnh sốt xuất huyết..

+ Côn trùng chân đốt thường hoạt động theo mùa trong những điều kiện nhất định của ngoại cảnh. Vì vậy bệnh truyền nhiễm dạng này cũng phát triển theo mùa và chỉ tồn tại trong những ổ thiên nhiên nhất định: sốt rét.

+ Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: Điều trị sớm cho cơ thể mắc bệnh, diệt côn trùng trung gian truyền bệnh, cải tạo hoàn cảnh, chống muỗi đốt

- Truyền máu và các chế phẩm của máu.

+ Biện pháp phòng chống cơ bản: An toàn trong truyền máu và các sản phẩm máu, vô trùng các dụng cụ y tế

Tóm lại: trên đây là 4 đường lây chính nhưng có bệnh không nhất thiết chỉ lây theo một đường mà có thể lây bằng nhiều đường khác nhau.

5. Ảnh hưởng của yếu tố ngoại cảnh đến mầm bệnh

Sự phát triển của mầm bệnh chịu ảnh hưởng trực tiếp của các yếu tố môi trường xung quanh như yếu tố vật lý, yếu tố hoá học, yếu tố sinh vật.

5.1. Ứng dụng những yếu tố vật lý trong thanh trùng

5.1.1. Phương pháp dùng hơi nóng

- Nước đun sôi

- Phương pháp Pasteur: Đun nóng 62°C trong 30 phút, hoặc 72°C trong 20 phút, hoặc 75°C trong 10 phút. Phương pháp này đủ để diệt các loại vi khuẩn không bào tử.

- Hơi nước nóng dưới áp suất cao: Phương pháp này được thực hiện trong các máy hấp ước.

- Hơi nóng nhiệt điện: Phương pháp này được thực hiện trong các máy hấp khô.

5.1.2. Phương pháp dùng bức xạ

- Tia phóng xạ

- Tia cực tím

5.2. Yếu tố hoá học

+ Các hóa chất có tác dụng giết vi khuẩn thì gọi là chất sát khuẩn. Các hoá chất có khả năng ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn gọi là chất chế khuẩn

+ Một hoá chất chế khuẩn có nồng độ lên cao thì lại là chất sát khuẩn.

- Chất tẩy uế: là chất có khả năng sát khuẩn mạnh nhưng độc hại cho cơ thể nên chỉ dùng để tẩy uế đồ vật..

- Chất khử khuẩn: là chất chống lại vi khuẩn mà không độc với cơ thể dùng để bôi ngoài da.

Tác dụng của các chất tẩy uế khử khuẩn phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Nồng độ của hoá chất

- Thời gian tiếp xúc

- Ảnh hưởng của nhiệt độ

- Số lượng của vi khuẩn và sức đề kháng của chúng

- + Một số hoá chất có tác dụng sát khuẩn thường được dùng
 - Axit và Bazơ, ví dụ: xà phòng, vôi bột nước vôi
 - Muối kim loại: Muối đồng, muối bạc, muối thủy ngân.
 - Các hợp chất của nhóm Halogen: Hợp chất Flo, hợp chất Iot, hợp chất Clo.
 - Các Phenol với nồng độ 5% để trong 24h giết được những bào tử có sức đề kháng cao.
- Với nồng độ 1% để trong 15 phút có thể giết hết các vi khuẩn đang phát triển.
 - Cồn (rượu): Có tác dụng sát khuẩn nhẹ. Đối với rượu Etylic, tác dụng sát khuẩn thay đổi tùy theo nồng độ, cao nhất là 70° và sau đó thì tác dụng giảm, cồn nguyên chất (100%) không có tác dụng diệt khuẩn.
 - Andehyt: Rất độc với tế bào vi khuẩn. Mạnh nhất của nhóm này là Foocmol.
 - Các loại thuốc nhuộm

5.3. Yếu tố sinh học

Trong quá trình tồn tại của vi sinh vật, nếu chúng phải sống chung trong môi trường với sinh vật khác thì có thể bị cạnh tranh, bị tiêu diệt, hoặc song song tồn tại.

5.3.1. Các chất đối kháng hay là Bacteriexin

Một số vi khuẩn như Ecoli, trực khuẩn mủ xanh, tụ cầu, Bacillus, Mycobacteries... Khi phát triển thì tổng hợp những chất đối kháng đối với các vi khuẩn cùng loại hoặc các vi khuẩn thuộc loại lân cận. Chất đối kháng có tên chung là Bacteriexin.

5.3.2. Một số vi khuẩn khi phát triển tổng hợp ra một số chất làm thuận lợi vi khuẩn khác phát triển

Các hiện tượng đối kháng hoặc hiện tượng cộng sinh thường gặp ở các vi khuẩn gây bệnh cũng như ở các vi khuẩn hoạt sinh. Hiện tượng đối kháng đã giúp ta khai thác được từ vi khuẩn một số thuốc kháng sinh mà hiện nay các thuốc này đã được sử dụng rộng rãi.

6. Tính chất chung của các bệnh do virus

Hiện nay các virus gây bệnh ngày càng nhiều. Nguyên nhân vì các tiến bộ về kỹ thuật để chẩn đoán sự mất thăng bằng giữa các vi khuẩn và kháng sinh diệt được vi khuẩn, nhưng vẫn bất lực với virus.

6.1. Về giải phẫu bệnh

6.1.1. Sự xuất hiện các vi thể trong tế bào

Ví dụ: Vi thể Negri trong bệnh chó dại.

6.1.2. Sinh tế bào và hoại tế bào: Các tế bào bị nhiễm virus có 2 phản ứng:

- Trước hết bị kích thích và tăng sinh rồi sau bị huỷ hoại như: Các nốt phỏng của đậu mùa, các tổn thương trong phổi như cúm.
- Hai quá trình trong đó không nhất thiết phải đi đôi với nhau. Có khi chỉ có quá trình huỷ hoại tế bào như ở trong bệnh bại liệt, các chứng viêm não, hoặc chỉ có quá trình tăng sinh như trong các hạch cơ.

6.1.3. Sự biến hoá thành sẹo: Quá trình hoại tế bào đưa tới sự thành sẹo

Nếu sẹo ở trên thượng bì không gây tác hại gì quan trọng

Di chứng nặng nề nếu sẹo trong các tế bào quan trọng như tế bào thần kinh trong bệnh bại liệt.

6.2. Về triệu chứng lâm sàng

- Mỗi bệnh virus có biểu hiện lâm sàng khác nhau, đặc biệt. Ví dụ: Bệnh bại liệt thì bao giờ cũng có bại liệt, bệnh viêm gan bao giờ cũng tổn thương gan.
- Vì không gây mủ nên không có sự di bệnh, trong công thức bạch cầu thấy bạch cầu không bình thường hoặc giảm.

6.3. Các biến diễn

Bệnh do virus, bệnh nhân hoặc tử vong hoặc khỏi, nói chung không chuyển sang mạn tính.

Các virus vào tế bào gây tăng sinh và huỷ hoại tế bào. Nếu các tế bào đó quyết định sự sống (như trường hợp bệnh dại) bệnh nhân sẽ tử vong. Nếu tế bào đó không quyết định cho sự sống còn, các virus dần dần bị tiêu diệt, bệnh nhân sẽ có thể có miễn dịch.

6.4. Các di chứng

Các di chứng thường do sẹo gây ra. Di chứng nghiêm trọng hay không tùy nơi thành sẹo.

- Nếu là ngoài da thì sẹo chỉ ảnh hưởng về mỹ quan (như rỗ tổ ong của bệnh đậu mùa)
- Nếu là tế bào thần kinh thì thật nghiêm trọng. Đó là sự bại liệt vĩnh viễn gây tàn tật của bệnh bại liệt. Biến chứng của loạn tâm thần làm điên loạn, gây dại sau các chứng não viêm.

7. Diễn biến dịch tễ

Bệnh truyền nhiễm thường dễ phát thành dịch với các đặc điểm:

- Khả năng lan truyền và số người mắc bệnh cao
- Xảy ra cùng một lúc ở nhiều nơi
- Người ta thường phân chia:
 - + Dịch tản phát, xảy ra lẻ tẻ (ví dụ bệnh bại liệt)
 - + Dịch lưu hành địa phương (ví dụ bệnh sốt rét)
 - + Dịch bùng nổ, đại dịch (ví dụ dịch tả, dịch hạch)

8. Căn cứ chẩn đoán và phương hướng điều trị

8.1. Căn cứ chẩn đoán: Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm thường dựa vào những căn cứ sau:

8.1.1. Dịch tễ quyết định bởi: Nguồn bệnh, đường lây bệnh và khối cảm thụ bệnh

- Khai thác những người cùng sống đã có ai mắc bệnh tương tự chưa, nhất là việc tiếp xúc với những bệnh nhân có căn bệnh đã được chẩn đoán.
- Khu vực sống hoặc đến công tác có ổ dịch lưu hành gì (sốt rét, dịch hạch...) mùa phát bệnh.

Yếu tố dịch tễ chỉ là yếu tố tham khảo, gợi ý hướng chẩn đoán.

8.1.2. Lâm sàng

Dựa vào những triệu chứng lâm sàng nổi bật và đặc trưng cho từng bệnh.

Đây là căn cứ có ý nghĩa khoa học và trong thực tế, lâm sàng đôi khi là quyết định.

8.1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm không đặc hiệu:

Công thức máu, tốc độ lắng máu, xét nghiệm nước tiểu và các xét nghiệm chức phận có liên quan.

- Xét nghiệm đặc hiệu:

Yếu tố quyết định chẩn đoán, xác định được mầm bệnh hoặc các dấu ấn của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể)

8.2. Phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm.

8.2.1. Điều trị đặc hiệu:

- Diệt mầm bệnh (vi sinh vật, ký sinh trùng)
- Thuốc diệt mầm bệnh thường là các kháng sinh, hoá dược hoặc thảo dược.
- Điều trị đặc hiệu quyết định làm khỏi bệnh triệt để.

8.2.2. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

Tác động trên quá trình sinh bệnh nhằm ngăn cản hoặc điều chỉnh những rối loạn bệnh lý.

Hiện nay là biện pháp duy nhất giúp những người qua khỏi các bệnh do virus, vì hiện tại chưa có thuốc có tác dụng thực sự diệt virus.

8.2.3. Điều trị triệu chứng

Nhằm làm giảm các rối loạn của cơ thể do bệnh gây nên giúp cho người bệnh dễ chịu hơn và được coi là biện pháp điều trị hỗ trợ rất cần thiết.

9. Đặc điểm chăm sóc bệnh truyền nhiễm

- Chăm sóc bệnh nhân truyền nhiễm:

+ Phục vụ các nhu cầu của người bệnh, giúp việc điều trị đạt kết quả tốt. Trong một số bệnh truyền nhiễm chăm sóc quyết định kết quả điều trị.

+ Nhằm mục đích phòng bệnh. Chất thải của bệnh nhân truyền nhiễm là nguồn lây bệnh rất nguy hiểm. Chăm sóc bảo đảm nguyên tắc cách ly người bệnh cắt đứt đường lây truyền để ngăn chặn sự truyền bệnh.

9.1. Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

Khoa truyền nhiễm là nơi phát hiện cách ly và điều trị bệnh nhân truyền nhiễm cho đến lúc khỏi hoàn toàn.

Khoa truyền nhiễm là một ổ vi trùng, siêu vi trùng rất nguy hiểm.

Khi có dịch những trường hợp nghi ngờ vẫn phải cho nhập viện, theo dõi, xác định chẩn đoán và sau đó có thể cho xuất viện ngay vì bệnh truyền nhiễm phần lớn là cấp tính cần cấp cứu và khó tiên lượng được trước.

Tổ chức biên chế và khối lượng công tác phức tạp hơn các khoa khác, không được tập trung sinh hoạt và không cho người nhà nuôi bệnh nhân trong khu điều trị.

9.2. Yêu cầu về lối làm việc

9.2.1. Về mặt điều trị

- Cơ sở tiếp nhận, cách ly và hồi sức cấp cứu
- Điều kiện chẩn đoán, xét nghiệm vi sinh phối hợp với đội vệ sinh phòng dịch.

9.2.2. Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm

- + Phòng bệnh, phòng dịch:
- Cách ly bệnh nhân.
- Ngăn ngừa sự lây chéo trong khoa và bệnh viện
- Kiểm tra bệnh nhân sạch trùng mới cho ra viện.
- Mặc đồng phục áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân.
- Không được mặc áo choàng ra khỏi bệnh viện.
- Bệnh nhân ở tại khoa đến khi xuất viện.
- Công nhân viên, bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ và tiêm chủng.

9.2.3. Chế độ báo dịch

- Kịp thời báo ngay khi có trường hợp nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm,
- Thủ tục áo từ khoa truyền nhiễm - Y vụ - trạm vệ sinh phòng dịch.
- Có sổ báo dịch ghi rõ họ tên, nghề nghiệp và địa chỉ chính xác.

9.2.4. Công tác chăm sóc bệnh nhân truyền nhiễm

Cách ly người bệnh truyền nhiễm:

+ Cách ly tại nhà:

Ví dụ: Bệnh sởi thường, bệnh thủy đậu không có biến chứng. Những bệnh này hạn chế tiếp xúc những người lành nhất là trẻ em. Cử một người chăm sóc đã được tiêm chủng hay đã mắc bệnh rồi.

+ Cách ly tại buồng bệnh.

* *Người bệnh nhiễm khuẩn thường có sốt*: Sốt là phản ứng bảo vệ của cơ thể, nếu sốt nhẹ không cần can thiệp. Tránh dùng tùy tiện các loại thuốc hạ nhiệt. Cần theo dõi tỷ mỉ nhất là trẻ em khi sốt cao thường dễ co giật, mê sảng. Khi hạ nhiệt cho bệnh nhân cần ưu tiên dùng phương pháp vật lý: cởi rộng quần áo, quạt nhẹ, chườm lạnh. Khi thân nhiệt hạ đột ngột bệnh nhân có thể lạnh phải ủ ấm cho bệnh nhân. Sau cơn sốt bệnh nhân thường toát mồ hôi, khát nước. Vì vậy, phải cho bệnh nhân uống đủ nước, lau người khô ráo và giữ yên tĩnh cho bệnh nhân ngủ.

* *Chú ý chăm sóc da và niêm mạc*.

* *Chú ý nuôi dưỡng bệnh nhân*: Cho bệnh nhân ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng, hợp khẩu vị trong giai đoạn cấp. Giai đoạn hồi phục, cho bệnh nhân ăn về chế độ bình thường dần dần. Bệnh nhân không nuốt được phải cho ăn qua sonde và truyền dịch.

* *Phải tiến hành tẩy uế thường xuyên và tẩy uế cuối cùng*.

+ Tẩy uế thường xuyên nhằm làm sạch và diệt mầm bệnh hàng ngày ở buồng bệnh:

- Lau sàn nhà, tường nhà, bàn ghế, giường bệnh hàng ngày bằng khăn ẩm dung dịch sát khuẩn như: Cloramin từ 1 đến 3%.

- Đồ vải ngâm vào dung dịch Cloramin 0,5% hoặc giặt xà phòng phơi nắng và là. Đồ vải cần khô cho hấp sấy.

- Đồ cao su, vải sơn, nylon: Rửa nước xà phòng rồi ngâm Sublime 1%

- Bô chậu: Rửa xà phòng rồi ngâm trong dung dịch Cresol từ 5% đến 10% hoặc nước xà phòng rồi gác lên giá cho khô. Thời gian ngâm từ 1 đến 2 giờ.

- Bệnh phẩm 1 phần + 2 phần thuốc sát khuẩn ngâm từ 1-6h hoặc có thể dùng Cloramin 1% - 2% hoặc Clorua vôi 0,5%

Chú ý: Diệt ruồi rệp, chấy rận, chuột..

+ Tẩy uế cuối cùng: tiến hành khi không có người bệnh như: Rửa tường, sàn nhà, giường bệnh, mở đèn cực tím nếu có.

LUỢNG GIÁ

1. Anh chị hãy trình bày tính chất của bệnh truyền nhiễm ?
2. Anh chị hãy trình bày phân loại bệnh truyền nhiễm ?
3. Anh chị hãy trình bày đặc điểm chăm sóc bệnh truyền nhiễm ?

Chọn ý đúng nhất cho các câu hỏi sau:

4. Trong các bệnh truyền nhiễm dưới đây, bệnh nào hay tái nhiễm:

- A. Thương hàn
- B. Sởi
- C. Cúm
- D. Uốn ván

5. Trong các bệnh dưới đây, bệnh nào hay tái phát;

- A. Thương hàn
- B. Sởi
- C. Cúm
- D. Uốn ván

6. Bệnh truyền nhiễm nào dưới đây lây theo đường máu:

- A. Viêm gan A
- B. Leptospirose
- C. Sốt xuất huyết
- D. Bạch cầu

Bài 2

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM GAN VIRUS

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh viêm gan virus.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus.

NỘI DUNG:

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh viêm gan virus là một bệnh truyền nhiễm do các virus viêm gan gây hoại tử tế bào gan cấp tính gây nên. Bệnh có tính tản phát khắp thế giới, ít khi bùng nổ thành dịch lớn.

1.2. Mầm bệnh

Cho tới nay ít nhất đã có 6 loại virus viêm gan được ghi nhận :

- HAV: (Hepatitis A virus): Virus viêm gan A là virus nhỏ, có cấu trúc ARN, dễ bị tiêu diệt bởi nhiệt độ 100 °C và một số hoá chất (Cloramin). Bệnh viêm gan A thường diễn biến lành tính, không chuyển thành mạn tính, không có tình trạng người lành mang virus.

- HBV: (Hepatitis B virus): Virus viêm gan B là virus có cấu trúc AND, có kháng nguyên bề mặt là HbsAg; kháng nguyên HbsAg xuất hiện sớm cùng lúc với HbcAg, là tác nhân gây viêm gan virus quan trọng nhất trong các viêm gan virus. HBV có sức đề kháng cao hơn HAV. Virus có thể tồn tại ở nhiệt độ buồng trong 6 tháng, ở nhiệt độ 100⁰ C trong 20 phút. Bệnh cảnh hay gây thể nặng, có thể trở thành viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư gan nguyên phát.

- HCV: (Hepatitis C virus): Viêm gan virus C có cấu trúc ARN, gây viêm gan cấp và hậu quả như viêm gan B.

- HDV: (Hepatitis D virus): Viêm gan virus D (còn gọi là virus Delta) là virus không hoàn chỉnh. HDV chỉ có phần nhân là ARN còn phần vỏ bọc là HbsAg của HBV, do vậy HDV muốn nhân lên phải có HbsAg để làm vỏ mới thành virus hoàn chỉnh, Chính vì thế mà không bao giờ HDV lại có thể độc lập gây bệnh được. Khi đồng bội nhiễm HBV và HDV dễ có nguy cơ thành viêm gan ác tính cao. Khi bội nhiễm HDV ở người nhiễm HBV sẽ có nguy cơ thành viêm gan mạn tính.

- HEV: (Hepatitis E virus): Viêm gan virus E là một virus chứa ARN, không có vỏ bọc, virus được bài tiết ra ngoài theo phân vào cuối thời kỳ ủ bệnh.

- Phụ nữ có thai, nhất là ba tháng cuối, nếu bị nhiễm HEV dễ có nguy cơ thành viêm gan ác tính, tử vong cao.

- HGV: (Hepatitis G virus): Virus viêm gan G là một thành viên thuộc họ Flavivirusdae, trong thành phần có 25% sự đồng nhất với HCV, nhưng vai trò gây bệnh chưa rõ ràng, thường trên 70% trường hợp HGV không có biểu hiện lâm sàng.

1.3. Dịch tễ

1.3.1. Nguồn bệnh

Bệnh nhân.

Người lành mang virus

1.3.2. Đường lây truyền

- Viêm gan A: Đường lây quan trọng là đường tiêu hoá. HAV được bài tiết ra phân 1-2 tuần trước khi vàng da và kéo dài đến 4 tuần. Phân bệnh nhân nhiễm vào nước, thức ăn. Bệnh phát triển ở những nơi có điều kiện sống thấp, thiếu vệ sinh.

- Viêm gan B: Bệnh lây truyền qua đường :

+ Máu: Truyền máu, dùng bơm kim tiêm không vô khuẩn, các thủ thuật y khoa không đảm bảo vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm,...)

+ Sinh dục

- Viêm gan C: Lây theo đường máu(do truyền máu, các sản phẩm của máu, kim tiêm chung của những người nghiện ma túy...)

- Viêm gan D: Lây theo đường máu của những người chích “xìke”, ma túy, truyền máu nhiều lần.

- Viêm gan E: Lây theo đường tiêu hoá, phần lớn do nguồn nước và thực phẩm virus được bài tiết qua phân ở cuối thời kỳ nung bệnh và ở những ngày đầu của thời kỳ vàng da.

- Viêm gan G: Lây theo đường máu cũng như các sản phẩm của máu, lây theo đường tiêm chích..

1.3.3. Cơ thể cảm thụ:

Mọi lứa tuổi và giới đều có thể bị viêm gan, tuy nhiên:

Đối với viêm gan virus A và E: lứa tuổi mắc nhiều là trẻ em và thanh thiếu niên, ở người lớn đa số miễn dịch bền vững nhưng không có miễn dịch chéo.

Đối với virus viêm gan B, D, C : Thường đa số gặp ở người lớn , một số trẻ em mắc là do truyền từ mẹ sang con. Đáp ứng miễn dịch với virus phụ thuộc vào từng cá thể. Một số trường hợp đáp ứng miễn dịch bảo vệ kém, do vậy virus tồn tại trong suốt đời.

Nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân, với máu và các chế phẩm máu, thường dễ nhiễm virus viêm gan. Hiện nay bệnh viêm gan virus được xếp vào nhóm bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm.

2. Cơ chế bệnh sinh

Đến nay đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về bệnh về viêm gan virus. Nhưng nhiều điểm trong cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được sáng tỏ. Tuy vậy quá trình sinh bệnh có thể chia ra các thời kỳ sau: Thời kỳ thâm nhập của virus: Với virus A và E thâm nhập vào theo đường tiêu hoá; virus B,C,D và G thâm nhập theo đường máu.

Thời kỳ nhân lên của virus: Tại các tổ chức của đường tiêu hoá và sau đó là các hạch Lympho mạc treo, virus được nhân lên do tác động của virus đến các tổ chức này làm tăng tính thấm của tế bào, thoái hoá - hoại tử tổ chức và tạo ra những biến đổi không đặc hiệu, đặc biệt là hạch Lympho (trong hai thời kỳ trên chưa biểu hiện bằng triệu chứng bệnh lý).

Thời kỳ nhiễm virus huyết tiên phát (tương ứng với thời kỳ khởi phát trên lâm sàng). Virus thâm nhập và tất cả các cơ quan mà chủ yếu là gan. Quan trọng nhất trong thời kỳ này là virus gây tổn thương gan. Tổn thương gan biểu hiện ở 3 mặt: phân huỷ tế bào nhu mô gan, tổn thương tế bào trung điểm và ứ tắc mật. Trên lâm sàng thời kỳ này tương ứng với thời kỳ toàn phát của bệnh.

Thời kỳ nhiễm virus huyết thứ nhất: virus gan trở lại máu gây nên những đợt bột phát, hiện tượng nhiễm độc dị ứng, phát sinh biến chứng và dị ứng.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Viêm gan virus thể thông thường

Diễn biến thông thường 4-6 tuần

3.1.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Hoàn toàn yên lặng, thời gian dài, ngắn tùy theo căn nguyên.

Viêm gan A: trung bình 20-30 ngày (tối đa 45 ngày, tối thiểu 15 ngày)

Viêm gan B: trung bình 60-90 ngày (tối đa 180 ngày, tối thiểu 30 ngày)

Viêm gan C: Trung bình 50 ngày

Viêm gan D: Xảy ra hiện diện với viêm gan B

Viêm gan E: Nung bệnh ngắn, tương đương viêm gan A.

3.1.1.1. Thời kỳ khởi phát: (Từ 3-10 ngày)

- Sốt nhẹ 37^o5C – 38^oC hoặc không sốt.

- Rối loạn tiêu hoá:

+ Chán ăn là dấu hiệu đặc trưng nhất.

+ Đau bụng âm ỉ thượng vị, hạ sườn phải.

+ Nôn, buồn nôn, táo hoặc ỉa lỏng.

- Rối loạn thần kinh và toàn thân

+ Mệt mỏi rã rời cả về thể xác lẫn tinh thần

+ Đau mỏi khớp, nhức đầu, đau mình mẩy, mất ngủ.

- Nước tiểu ít và sẫm màu

3.1.1.3. Thời kỳ toàn phát: nổi bật là tức vùng gan, vàng da, vàng mắt, rối loạn tiêu hoá, mệt mỏi (trung bình 4 tuần, thể nhẹ 7-8 ngày).

- Bệnh nhân hết sốt, xuất hiện vàng da, vàng mắt. Sớm nhất là củng mạc mắt vàng.

Sau đó vàng da từ từ và tăng dần. Nếu vàng da đậm thì ngứa do ứ sắc tố mật.

- Nước tiểu ít và sẫm màu (<1,5 lít/ngày)

- Gan bình thường hoặc to mềm, ấn hơi ứ.

- Lách bình thường hoặc to (1/5 trường hợp lách to). Viêm gan có lách to thường tiên lượng dè dặt

- Rối loạn tiêu hoá đỡ hơn, xong vẫn còn chán ăn.

- Về toàn trạng, bệnh nhân vẫn mệt nhọc, mất ngủ.

3.1.1.4. Thời kỳ phục hồi

Bệnh nhân đi tiểu nhiều hơn (2-3 lít/ngày), nước tiểu trong dần, vàng da lui dần.

Bệnh nhân ăn ngon miệng, ngủ được, gan lách bình thường.

3.1.2. Các thể lâm sàng

Thể không vàng da: Trong một vụ dịch có tới 2/3 đến 3/4 số trường hợp viêm gan không vàng da. Thể này khó phát hiện, đôi khi dẫn đến xơ gan mà không biết.

Thể vàng da kéo dài (thể ứ mật): Triệu chứng vàng da nổi bật, kéo dài (từ 2 đến 4 tháng) kèm theo vàng da, phân thường bạc màu, ngứa do ứ mật. Diễn biến chậm, nhưng cũng hồi phục.

Viêm gan tối cấp: Bệnh thường tái phát nhiều lần, các tổn thương gan kéo dài >=6 tháng. Điều trị rất khó khăn, dễ dẫn đến xơ gan.

Phụ nữ có thai: xảy thai, thai chết lưu, viêm gan cấp sơ sinh.

3.2. Xét nghiệm

Các xét nghiệm huyết thanh học hiện nay đã và đang được áp dụng rộng rãi để xác định

Marker (giúp chẩn đoán nguyên nhân). Ví dụ như các Marker viêm gan B như HbsAg, HbcAg...

- Huyết học: Công thức máu, bạch cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Nước tiểu: Sắc tố mật (+), muối mật (+)
- Xét nghiệm chức năng gan.
 - + Hội chứng ứ mật: Bilirubin máu tăng thường gấp > 5 lần so với bình thường.
 - + Hội chứng huỷ hoại tế bào gan: men Transaminaza tăng cao cấp 5-10 lần bình thường, hay chủ yếu là SGPT tăng cao.
 - + Hội chứng viêm: Phản ứng lên bông Gross, MacLagan (+) ở thể trung bình và các thể nặng.
 - + Hội chứng suy gan: Tỷ lệ Prothrombin trong máu hạ, Cholesterol máu hạ.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị

Cũng như nhiều bệnh do virus khác, viêm gan virus cho tới nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu có hiệu quả. Tuy vậy một vài thuốc kháng sinh đã được áp dụng cho điều trị viêm gan B và C nhưng chưa được phổ biến và đang trong thời kỳ thăm dò. Do đó điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, ngăn ngừa và xử lý các biến chứng sớm và kịp thời:

Nằm nghỉ tuyệt đối tại giường trong thời kỳ khởi phát và toàn phát, sau đó hoạt động nhẹ nhàng, ở tư thế nằm, lượng máu qua gan sẽ tăng lên 25-30% so với tư thế đứng, giúp cho gan được tưới máu nhiều hơn. Chỉ nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch khi bệnh nhân nôn, ỉa chảy hoặc chán ăn tuyệt đối.

- Kiêng rượu, bia 6-12 tháng.
- Tránh dùng thuốc chuyển hoá trong gan như kháng sinh, an thần, thuốc tránh thai, thuốc có độc tính với gan hay gây phản ứng phụ (gây ứ mật)
- Sử dụng thuốc điều trị triệu chứng khi cần: lợi mật, truyền dịch, lợi tiểu khi có vàng da đậm, vitamin K khi có xuất huyết, các vitamin nhóm B,C thuốc có tác dụng bảo vệ tế bào gan, làm giảm men Transaminaza như: Fortec, Nissel
- Corticoid không sử dụng ở thể viêm gan cấp vì bệnh dễ tái phát và kéo dài. Chỉ sử dụng ở thể nặng, vàng da kéo dài (thể ứ mật), chán ăn tuyệt đối.

4.2. Phòng bệnh

** Những biện pháp phòng bệnh không đặc hiệu:*

Đối với virus viêm gan lây theo đường tiêu hoá (virus A,E) cần phải giữ gìn vệ sinh thực phẩm và nước uống. Quản lý khử trùng phân của bệnh nhân, tránh lây lan.

Đối với các virus viêm gan lây theo đường máu (virus B,C,D và G) cần phải đảm bảo khử trùng các dụng cụ tiêm truyền, phẫu thuật. Sử dụng máu và các chế phẩm của máu cần được kiểm tra chặt chẽ để loại trừ các virus viêm gan.

** Phòng bệnh đặc hiệu:*

- Đối với virus viêm gan A:
 - + Phòng bệnh cấp bằng Gammaglobulin miễn dịch
 - + Tiêm vaccin
- Đối với viêm gan B: Vaccin viêm gan đã được sử dụng khá rộng rãi và nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

Đối với viêm gan do virus khác, đang nghiên cứu sản xuất vaccin.

5. Chăm sóc

Điều dưỡng viên nhận định chăm sóc, thu nhập các dữ liệu bằng cách:

*** Hỏi:**

- Bệnh xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh.
- Liên quan dịch tễ với những người xung quanh
- Bệnh nhân có ngủ được không? có nôn không?
- Bệnh nhân có đau tức hạ sườn phải hay thượng vị không?
- Nước tiểu vàng xuất hiện từ bao giờ?

*** Khám**

- Quan sát da và nước tiểu, đánh giá mức độ vàng đậm hay vàng nhạt.
- Đo lượng nước tiểu 24h
- Khám gan to hay teo? ấn có thấy tức không?
- Phát hiện triệu chứng tiền hôn mê gan: Lú lẫn, lơ mơ, giãy giụa,...

*** Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm, chú ý các xét nghiệm chức năng gan như: Bilirubin, Transaminaza, Gross, Maclagan, sắc tố mật và muối mật.**

5.1. Chẩn đoán và chăm sóc

- Vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng do ứ mật.
- Mệt mỏi do suy giảm chức năng gan.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do chán ăn.
- Nguy cơ tiền hôn mê và hôn mê gan.
- Bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh viêm gan virus.

5.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng vàng da, vàng mắt nước tiểu vàng cho bệnh nhân.
- Làm giảm mệt mỏi cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Giảm nguy cơ biến chứng.
- Giáo dục sức khỏe.

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

***Làm hết tình trạng vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng**

- Theo dõi mức độ vàng da vàng mắt hàng ngày, giảm đi hay vàng đậm lên.
- Theo dõi màu sắc nước tiểu và đo lượng nước tiểu hàng ngày.
- Theo dõi gan to hay teo nhỏ? Bệnh nhân đau vùng gan âm ỉ hay đau quặn từng cơn
- Dùng thuốc Glucoza uống hay truyền, lợi mật, dùng thuốc bảo vệ chống sự hủy

hoại tế bào gan

- Theo dõi và làm xét nghiệm Bilirubin, Transaminaza, sắc tố mật

*** Làm giảm mệt mỏi cho bệnh nhân:**

- Đánh giá mức độ mệt mỏi của bệnh nhân, trường hợp nặng bệnh nhân mệt mỏi nhiều
- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi cả thể xác lẫn tinh thần. Tùy mức độ bệnh nhân nằm nghỉ tại giường hay đi lại nhẹ nhàng trong phòng hay nằm nghỉ tuyệt đối.

- Động viên bệnh nhân yên tâm điều trị, tránh lo lắng, bệnh nhân ngủ được cũng làm giảm một phần mệt mỏi cho bệnh nhân

***Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân:**

Khi bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa: Nôn, ỉa chảy hay táo bón, chán ăn,.. đều làm cho tình trạng hấp thu dinh dưỡng kém đi, cho nên người điều dưỡng cần quan tâm theo dõi sát, động viên cho bệnh nhân ăn, nên ăn làm nhiều bữa, chế biến thức ăn hợp khẩu vị, ăn nhiều đậm và hoa quả, không nên ăn thức ăn kích thích, rượu bia,...

Khi tình trạng bệnh nhân nặng, chán ăn nhiều thì nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

*** Giảm nguy cơ biến chứng:**

Để giảm nguy cơ biến chứng cho bệnh nhân, người điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng diễn biến của bệnh.

- Bệnh nhân viêm gan giai đoạn cấp cần điều trị tích cực, phát hiện sớm và kịp thời khi bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tri giác, dấu hiệu tiền hôn mê gan như lú lẫn, ngủ gà, hành vi bất thường

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn. Những trường hợp diễn biến nặng, bệnh nhân sốt cao lên, mạch mạch nhanh, huyết áp hạ, suy tuần hoàn, thờ mui axeton trong viêm gan tối cấp.

- Phát hiện kịp thời dấu hiệu phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng

- Để tránh tái phát cho bệnh nhân, không nên dùng Corticoid trong khi bệnh nhân ở giai đoạn cấp.

- Không nên dùng thuốc độc cho gan: kháng sinh, an thần, tránh thai

- Phụ nữ có thai mắc bệnh viêm gan virus cần phát hiện sớm và điều trị sớm để tránh sảy thai, xuất huyết khi đẻ

* *Giáo dục sức khỏe:*

Việc giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người nhà về viêm gan virus là nhằm trang bị cho họ những kiến thức để họ hiểu và an tâm, phối hợp điều trị tích cực.

- Giảng giải cho bệnh nhân hiểu thế nào là viêm virus (nguyên nhân, cách lây bệnh)

- Vai trò quan trọng của việc nghỉ ngơi và dinh dưỡng.

- Cách ngăn ngừa biến chứng viêm gan ác tính, viêm gan mạn, xơ gan

- Cách phòng bệnh và tránh lây lan cho người xung quanh.

- Cách tự chăm sóc sức khỏe tại nhà.

- + Sau khi ra viện: Luyện tập thường xuyên, tùy mức độ bệnh, ăn uống nâng cao thể trạng; trong trường hợp nặng, được miễn lao động và hoạt động thể thao trong vòng 3 tháng.

- + Kiểm tra định kỳ HBsAg 1-2 tháng/ 1 lần khi bệnh nhân bị viêm gan virus B. Nếu trên 6 tháng mà HbsAg (+), được coi như mang kháng nguyên mạn tính. Nên kiểm tra định kỳ men Transaminaza xem có tăng hay không?

- + Sau khi xuất viện một thời gian, thấy xuất hiện các triệu chứng của viêm gan, cần đi khám ngay.

5.5. Đánh giá

Thường xuyên đánh giá tình trạng mức độ của bệnh giảm đi hay tăng lên:

- Mức độ vàng da, vàng mắt.

- Nước tiểu tăng lên hay giảm đi?

- Chán ăn hay không?

- Có rối loạn tri giác hay không?

- Xét nghiệm thay đổi thể nào?

Nếu các triệu chứng lâm sàng vẫn tồn tại trên 6 tháng, bệnh nhân rơi vào mạn tính, dẫn đến xơ gan. Nếu diễn biến tốt, bệnh sẽ khỏi 90% sau 8 tuần.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) hãy trình bày nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân viêm gan virus ?

2. Anh (chị) hãy trình bày cách điều trị và phòng bệnh viêm gan virus.

3. Anh (chị) hãy trình bày nhận định, chẩn đoán chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus ?

Hãy chọn trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau:

- 4. Dấu hiệu đặc trưng nhất trong viêm gan virus là:**
- A. Sốt nhẹ
 - B. Mệt mỏi
 - C. Chán ăn
 - D. Nước tiểu vàng
- 5. Trong bệnh viêm gan virus, dấu hiệu báo động tiền hôn mê gan là;**
- A. Nước tiểu ít
 - B. Lú lẫn, ngủ gà
 - C. Vàng da đậm
 - D. Đau nhức vùng gan
- 6. Thời kỳ vàng da trong bệnh viêm gan do virus thường kéo dài:**
- A. 1 tuần
 - B. 2 tuần
 - C. 3 tuần
 - D. 4 tuần
- 7. Thời gian ủ bệnh của viêm gan virus A kéo dài:**
- A. 5-15 ngày
 - B. 45-180 ngày
 - C. > 180 ngày
 - D. 20-30 ngày
- 8. Dấu hiệu lâm sàng cần theo dõi nhất trong bệnh viêm gan virus thể thông thường:**
- A. Mức độ vàng da, vàng mắt.
 - B. Chán ăn
 - C. Mệt mỏi
 - D. Nước tiểu vàng
- 9. Việc chăm sóc quan trọng nhất cho bệnh nhân viêm gan virus là:**
- A. Nghỉ ngơi
 - B. Thuốc
 - C. Dinh dưỡng
 - D. Vệ sinh
- 10. Thuốc nào sau đây không nên dùng cho bệnh nhân viêm gan virus:**
- A. Đường Glucoza
 - B. Vitamin C
 - C. Nhân trần
 - D. Kháng sinh
- 11. Virus nào trong các virus viêm gan sau đây, không gây hậu quả viêm gan mạn tính, xơ gan**
- A. Virus viêm gan A
 - B. Virus viêm gan B
 - C. Virus viêm gan C
 - D. Virus viêm gan D
- 12. Đối với bệnh nhân viêm gan virus cấp, triệu chứng nào không có trong thời kỳ toàn phát**
- A. Sốt liên tục 39°C - 40°C
 - B. Vàng da, vàng mắt

C. Nước tiểu vàng

D. Chán ăn

13. Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus, theo điều dưỡng, việc làm nào là quan trọng nhất

A. Làm hết tình trạng vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng cho bệnh nhân

B. Làm giảm mệt mỏi cho bệnh nhân

C. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

D. Giảm nguy cơ biến chứng

Bài 3

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THƯƠNG HÀN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh thương hàn
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thương hàn

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Thương hàn là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây bằng đường tiêu hoá do trực khuẩn *Salmonella* (*S.typhi* và *S.paratyphi* A,B,C) gây nên. biểu hiện lâm sàng là hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân, kèm theo tổn thương bệnh lý đặc hiệu tại đường tiêu hoá.

1.2. Mầm bệnh

Là trực khuẩn thương hàn (*S.typhi*) và phó thương hàn (*S.paratyphi* A,B,C)

- *Salmonella* là trực khuẩn Gram (-), kích thích (1-3)x(0,5 – 0,7) Micromet, có lông, di động và có sức đề kháng cao ở ngoại cảnh. Trong canh trùng, trong đất, có thể sống được vài tháng; trong nước thường :2-3 tuần. Trong nước đá: 2-5 tháng. Trong phân: vài tuần.

- Trực khuẩn bị tiêu diệt ở 50°C/1h, ở 100°C/5phút và dễ chết bởi các chất khử khuẩn thông thường

- Trực khuẩn có 3 loại kháng nguyên

- + Kháng nguyên O: là kháng nguyên thân, bản chất là Lypopolysaccarit. Đây chính là nội độc tố của vi khuẩn.

- + Kháng nguyên H: là kháng nguyên lông, bản chất là protein

- + Kháng nguyên V: Là kháng nguyên vỏ, bản chất là polysaccarit. Kháng nguyên vi chỉ có ở 2 loài: *S.typhi* và *S.paratyphi* C. Kháng nguyên Vi cản trở quá trình thực bào và ngăn cản hoạt động của bổ thể.

1.3. Dịch tễ

1.3.1. Nguồn bệnh: duy nhất là người, gồm có:

Bệnh nhân bài tiết vi khuẩn theo phân (là chủ yếu), ngoài ra còn theo đường nước tiểu, chất nôn. Trực khuẩn thải theo từng đợt. Thải qua phân ở tất cả các giai đoạn của bệnh, kể cả giai đoạn nung bệnh. Thải nhiều nhất là vào tuần 2-3 của bệnh.

Người mang khuẩn, bao gồm:

- + Người mang khuẩn sau khi khỏi bệnh. Bệnh nhân khỏi về lâm sàng, nhưng 3 -5% vẫn tiếp tục mang vi khuẩn sau vài tháng, năm (do vi khuẩn khu trú trong túi mật, đường ruột)

- + Người mang khuẩn không có biểu hiện lâm sàng. Đây chính là nguồn lây bệnh quan trọng.

1.3.2. Đường lây

Lây qua đường tiêu hoá, có 2 cách lây :

- Do ăn, uống phải thực phẩm, nước bị ô nhiễm vi khuẩn, không được nấu chín. Đường lây qua nước là đường lây quan trọng và dễ gây ra dịch lớn.

- Do tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, người mang bệnh qua chất thải, chân tay, đồ dùng... thường gây dịch nhỏ và tản phát

1.3.3. Cơ thể cảm thụ và miễn dịch

- Mọi lứa tuổi, mọi giới đều có thể mắc bệnh thương hàn, tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh thấp ở trẻ em dưới 2 tuổi.

- Miễn dịch: lâu bền sau khi mắc bệnh hoặc tiêm chủng. Không có miễn dịch chéo giữa các chủng.

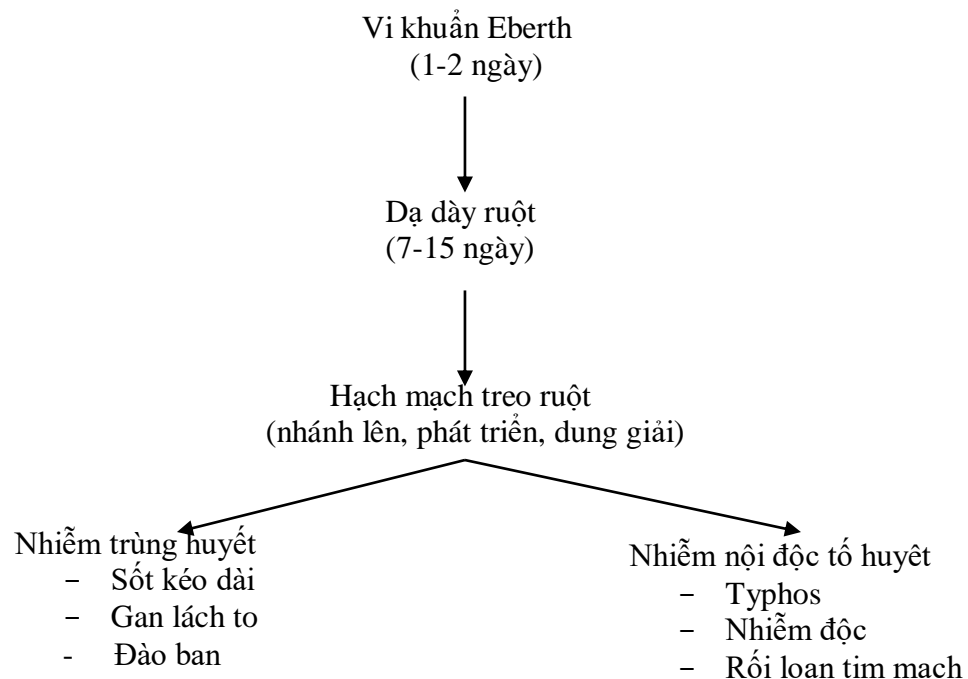
2. Cơ chế bệnh sinh

Theo Reilly, cơ chế gây bệnh thương hàn qua 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Vi khuẩn thương hàn qua đường tiêu hoá đến dạ dày. Tại đây một số vi khuẩn bị tiêu diệt bởi độ toan của dịch vị. Số còn lại xuống đến ruột non, sau 24-72h, chui qua niêm mạc ruột vào các hạch mạch treo, mảng Peyer theo đường bạch huyết và phát triển ở đó khoảng 15 ngày. Đó là thời kỳ nung bệnh.

Giai đoạn 2: Sau thời gian phát triển ở hạch mạch treo, vi khuẩn vào máu lần thứ nhất, ở đây vi khuẩn thương hàn chỉ tồn tại 24-72h không gây triệu chứng lâm sàng và bị các tế bào hệ võng nội mô tiêu diệt tại gan lách, tuỷ, xương... nhưng còn một số vi khuẩn đã lan truyền khắp cơ thể, tăng sinh tại túi mật và nhiều cơ quan khác rồi xâm nhập vào máu lần thứ 2 và bắt đầu gây ra triệu chứng lâm sàng - tương ứng với thời kỳ khởi phát.

Giai đoạn 3: Các vi khuẩn bị tiêu diệt giải phóng nội độc tố. Chính nội độc tố của vi khuẩn thương hàn đóng vai trò quyết định các dấu hiệu lâm sàng: li bì, rối loạn nhiệt độ, truy tìm mạch và một số tổn thương ở ruột..



Sơ đồ 3.1: Cơ chế gây bệnh thương hàn (theo Reilly)

Gần đây, một số công trình nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh (như Butler, Hoffman, Hornick...), vai trò gây bệnh nội độc tố rất ít. Nội độc tố kích hoạt phản ứng viêm tại những điểm khu trú của S.typhi: chỉ nhiệt tố được tăng tổng hợp và phóng ra. Các chất trung gian giải phóng ra các đại thực bào là yếu tố gây triệu chứng lâm sàng.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Từ 7 đến 15 ngày, thường yên lặng, không có triệu chứng gì.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: (khoảng 5-7 ngày)

- Sốt từ từ tăng dần theo hình bậc thang, có lúc gai rét. Từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7, nhiệt độ 39-40°C. Cùng với sốt, người bệnh thường nhức đầu, mất ngủ, chán ăn, buồn nôn, đau bụng, táo bón, cuối tuần xuất hiện ỉa lỏng.

- Khám thực thể: Lưỡi trắng bẩn, bụng chướng hơi, óc ách hố chậu phải (cuối tuần), gan to mập mé bờ sườn 30-50%

- Tim mạch: mạch phân ly với nhiệt độ.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát: (kéo dài 2 tuần)

Sốt là triệu chứng quan trọng và khẳng định nhất. Sốt cao liên tục 39-40°C, sốt nhiệt độ hình cao nguyên.

Nhiễm độc thần kinh: Nhức đầu, mất ngủ, ác mộng ù tai, nói ngọng run tay, bắt chuồn chuồn. Diễn hình là trạng thái Typhos (bệnh nhân nằm bất động, vẻ mặt vô cảm, thờ ơ tuy vẫn nhận biết được các kích thích từ môi trường xung quanh, mắt nhìn đờ đẫn. Nặng hơn, bệnh nhân li bì mê sảng, hôn mê (thường ít gặp)

Tiêu hoá:

+ Hình ảnh “lưỡi quay”: lưỡi khô, rìa lưỡi đỏ, giữa lưỡi phủ một lớp rêu màu trắng hoặc xám.

+ Đi ngoài phân lỏng sệt, màu vàng nâu khảm, khoảng 5-6 lần

+ Bụng chướng, đau nhẹ, lan toả vùng hố chậu phải, óc ách hố chậu phải.

+ Gan lách to dưới sườn 1-3 cm, mật độ mềm

- Tim mạch:

+ Mạch chậm tương đối so với nhiệt độ, gọi là mạch và nhiệt độ phân ly.

+ Tiếng tim mờ, huyết áp thấp

- Đào ban: là các ban dát nhỏ 2-3mm, màu hồng, vị trí mọc thường ở bụng, ngực, mạn sườn. Số lượng ban ít, khoảng chục nốt, xuất hiện trong khoảng từ ngày thứ 7-12 của bệnh.

- Viêm họng loét Duguet: Là một loét nông, đơn độc hình bầu dục dài 5-8mm, rộng 3-4mm, không đau thường gặp ở cột trụ trước của Amidal

- Hô hấp: Có thể gặp viêm phế quản, viêm phổi.

3.1.4. Thời kỳ lui bệnh: (thường một tuần)

Nhiệt độ hạ từ từ hoặc đột ngột, có thể dao động vài ngày rồi trở lại bình thường. Bệnh nhân đỡ mệt, ăn ngủ khá hơn, hết rối loạn tiêu hoá. Bệnh hồi phục dần.

3.2. Xét nghiệm:

- Huyết học: công thức máu thay đổi, số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm.

- Phân lập vi khuẩn:

+ Cây máu: Tốt nhất là cấy sớm tuần đầu, tỷ lệ (+) có thể đạt tới 90%

+ Cây tuỷ xương: tỷ lệ (+) cao từ 90-100%

+ Cây phân: Thực hiện tuần thứ 2, tỷ lệ (+) từ 20-30%

- Phản ứng huyết thanh:

+ Phản ứng Widal: Kỹ thuật này phải thực hiện 2 lần, cách nhau một tuần. Nếu giá kháng thể O đạt $\geq 1/200$ ngay từ lần đầu tiên hoặc hiệu giá kháng thể O lần 2 cao gấp 4 lần hiệu giá kháng thể O lần 1 có giá trị chẩn đoán xác định.

- + Các kỹ thuật khác như ELISA: Nhạy và đặc hiệu cao.

4. Biểu chứng

Các biểu chứng thường gặp:

- Xuất huyết tiêu hoá: (2-10%) thường ở tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh. Xuất huyết thường là nhỏ, liên tiếp một số ngày, phân màu bã cà phê lẫn với ít máu đỏ tươi; nặng hạ huyết áp, mạch nhanh, thân nhiệt hạ đột ngột.
- Thủng ruột: 3% thường ở tuần thứ 3, thứ 4 của bệnh. Thở điển hình. Đau bụng dữ dội, phản ứng thành bụng, mất nhu động ruột, có thể truy mạch, X-quang thấy liềm hơi dưới gan.
- Viêm cơ tim: 5-10% ở thời kỳ toàn phát: Tiếng tim mờ, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, rối loạn nhịp tim.
- Viêm não: 3-6% thể hiện dưới nhiều vẻ: viêm não thực vật, lan toả, thể thấp (con giật, liệt nửa người), ngoại tháp (liệt dung, múa giật múa vờn)... tiên lượng nặng, tử vong cao, di chứng nặng nề.
- Biểu chứng gan: viêm gan hoại tử như gặp trong viêm gan virus

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

* *Kháng sinh:*

Nguyên tắc chung: kháng sinh diệt khuẩn Gram (-)

Cụ thể: Bệnh càng nặng càng phải dùng liều thấp ban đầu

- Thường hàn không kháng thuốc: Chọn một số trong ba kháng sinh sau:

+ Cloramphenicol 30-50mg/kg/24h x 14 ngày

+ Ampixiline 50mg/kg/24h x 14 ngày

+ Cotrimoxazol (Bactrim, biseptol...) người lớn 4-6 viên/ngày x 14 ngày

- Thương hàn đã kháng thuốc :

+ Người bệnh ≥ 12 tuổi: dùng kháng sinh nhóm Fluoroquinolone, Ciprofloxacin, Ofloxacin.

+ Người bệnh < 12 tuổi và phụ nữ có thai: dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxone, Ceftaxime 50-75mg/kg/24h x 10 ngày.

* *Điều trị triệu chứng:*

- Sốt hạ nhiệt bằng Paracetamol, không dùng Salicylat

- Bù dịch điện giải bằng truyền tĩnh mạch khi cần thiết.

- Các sinh tố B,C

* *Điều trị biến chứng:*

Chảy máu tiêu hóa: chườm lạnh ổ bụng, sử dụng các thuốc co mạch, truyền máu trường hợp nặng.

- Thủng ruột: Can thiệp ngoại khoa.

- Viêm cơ tim: Giảm liều kháng sinh + Corticoid; các triệu chứng khác như: Nhiễm độc, mất dịch,...

5.2. Phòng bệnh

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường
- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện
- Phát hiện, điều trị người lành mang bệnh
- Dùng vacxin vùng trọng điểm của dịch

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định chăm sóc

Người điều dưỡng thu thập dữ liệu, thông tin bệnh nhân thương hàn bằng cách hỏi, quan sát và khám:

* *Hỏi:* Điều dưỡng viên hỏi thật chi tiết bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bệnh xuất hiện từ bao giờ, chú ý các triệu chứng.

+ Sốt, đau bụng, đặc điểm của phân, dấu hiệu li bì, đã biểu hiện biến chứng chưa: ỉa phân đen, da vàng

+ Xung quanh có ai mắc bệnh như bệnh nhân không?

* *Khám:*

+ Quan sát: Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc như vết bề ngoài, dấu hiệu li bì, thờ ơ ngoại cảnh, mê sảng, lưỡi bẩn?

+ Rối loạn tiêu hoá: Quan sát màu sắc phân, tính chất phân, số lần ở ngoài, xem có xuất huyết không?

+ Đo nhiệt độ và vẽ biểu đồ nhiệt độ.

+ Bắt mạch, đếm tần số và nhận xét. Nghe tiếng tim mờ không? Đo huyết áp.

+ Khám bụng chướng, dấu hiệu óc ách hố chậu phải.

+ Khám phổi: Đếm nhịp thở, phát hiện viêm phế quản.

+ Tìm dấu hiệu đào ban và loét họng

Xác định bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của bệnh, phát hiện các biến chứng: Xuất huyết tiêu hoá, thủng ruột, viêm gan, viêm não..?

* *Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi diễn biến bệnh*

+ Xét nghiệm huyết học: Làm công thức máu

+ Cây máu: Nên cấy sớm trong tuần đầu khi chưa dùng kháng sinh.

+ Cây phân

+ Phản ứng huyết thanh Widal

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Rối loạn tiêu hoá do ruột bị tổn thương nhiễm trùng

- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng, nhiễm độc

- Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hoá

- Bệnh nhân không biết cách phòng bệnh do thiếu kiến thức về bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng rối loạn tiêu hoá

- Hạ thân nhiệt và làm hết tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Giáo dục sức khỏe

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

* *Làm hết tình trạng rối loạn tiêu hoá:*

- Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, theo dõi số lần đi ngoài, số lượng phân, tính chất, màu sắc phân. Nếu bệnh nhân ỉa phân đen là xuất huyết tiêu hoá. Khi bệnh nhân táo bón: Không thụt tháo cho bệnh nhân

- Bệnh nhân đau bụng: Theo dõi mức độ đau bụng, chườm ấm cho bệnh nhân đỡ đau

- Theo dõi dấu hiệu bụng chướng: Nếu bệnh nhân đau bụng nhiều, bụng chướng căng, theo dõi thủng ruột, không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột

- Lấy mạch, đo huyết áp tùy tình trạng bệnh nhân, có thể 3h/1 lần, ngày 2 lần

- Đánh giá mức độ mất nước điện giải và mất máu khi bệnh nhân nôn và ỉa chảy nhiều và xuất huyết tiêu hoá. Thực hiện y lệnh bù dịch: Cho bệnh nhân uống Oresol, truyền

dịch đẳng trương hoặc truyền máu nếu cần. Chú ý theo dõi tốc độ truyền, phát hiện dấu hiệu doạ phù phổi cấp do truyền quá nhanh.

- Thực hiện y lệnh dùng kháng sinh
- Lấy máu làm xét nghiệm điện giải đồ
- Lấy phân gửi xét nghiệm vi trùng

** Hạ thân nhiệt và làm hết tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc:*

- Đo nhiệt độ ngày 3 lần
- Cởi bớt quần áo, nằm buông thoáng
- Khi bệnh nhân sốt cao: Chườm mát cho bệnh nhân hoặc dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol, không dùng Salicilate để hạ nhiệt vì có thể gây giảm kết dính tiểu cầu, kích thích ruột

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Môi khô lưỡi bẩn
- Theo dõi tri giác: li bì, mê sảng, khi bệnh nhân biểu hiện co giật, hôn mê: Theo dõi biến chứng viêm não

- Khi bệnh nhân nhiễm độc nặng: Thực hiện y lệnh dùng thuốc Corticoid, phải theo dõi sát, tránh xuất huyết tiêu hoá

- Bệnh nhân ngủ ít: Động viên bệnh nhân ngủ đúng giờ, tránh lo lắng, không yên tâm điều trị.

** Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân:*

Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân chế biến khẩu phần ăn phù hợp bệnh thương hàn, nhưng phải đảm bảo đủ dinh dưỡng, không ăn chất xơ cứng.

- Khi bệnh nhân sốt: Cho ăn sữa, súp, cháo, nước hoa quả
- Khi hết sốt: Cho ăn thức ăn đặc dần
- Sau khi hết sốt 7 ngày: cho ăn chế độ ăn bình thường. Lúc này ăn tăng đậm để bệnh nhân chóng hồi phục sức khỏe, khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước
- Động viên bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá: Phải ngừng ăn bằng đường miệng, chườm lạnh bụng. Theo dõi phân của bệnh nhân, nếu thấy phân trở lại bình thường, lại tiếp tục nuôi dưỡng theo trình tự từ lỏng đến đặc dần

- Bệnh nhân nặng: kết hợp nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch

** Giáo dục sức khoẻ*

Ngay sau khi vào viện, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng, cách phòng bệnh cho bệnh nhân và gia đình người bệnh:

- Giảng giải cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết được nguyên nhân gây bệnh, diễn biến lâm sàng và biết cách phòng những biến chứng có thể xảy ra

- Hướng dẫn cụ thể chế độ ăn cho bệnh nhân. Chú ý cho bệnh nhân ăn theo y lệnh, không được ăn theo ý thích của bệnh nhân.

- Đây là bệnh lây theo đường tiêu hoá, bởi vậy người nhà chăm sóc người bệnh phải tuân thủ quy định chống lây lan của bệnh

- Lau rửa vùng cùng cụt, hậu môn sau mỗi lần đi ngoài bằng xà phòng
- Công việc tắm rửa, thay quần áo, chần màn gối đệm, tiến hành theo lịch thường xuyên

- Bảo quản phân người bệnh chống lây lan
- Thay đổi tư thế cho người bệnh hoặc thay đệm thường bằng đệm chống loét khi người bệnh phải nằm bất động dài ngày (chảy máu tiêu hoá, viêm não)

- Không tự ý uống thuốc ngoài y lệnh và không tự ý tháo bỏ kim truyền, ống thông (nếu có).

- Khi bệnh nhân xuất viện: Làm xét nghiệm phân 3 lần âm tính cách nhau 8 ngày để kiểm tra sự mang vi khuẩn (vì vi khuẩn bài tiết ra phân không liên tục)
- Khi ra viện 10 ngày sốt lại, cần đến khám ngay

6.5. Đánh giá

Những kết quả mong muốn sau khi chăm sóc bệnh nhân thương hàn là:

- Bệnh nhân hết sốt
- Hết rối loạn tiêu hoá
- Ăn, ngủ tốt
- Không xảy ra biến chứng
- Bệnh nhân hiểu biết được các kiến thức để phòng bệnh

LƯỢNG GIÁ

Chọn đáp án đúng nhất trong các câu hỏi sau:

1. Biểu chứng hay gặp nhất trong bệnh thương hàn là:

- A. Thủng ruột
- B. Viêm cơ tim
- C. Xuất huyết tiêu hoá
- D. Viêm não

2. Theo điều dưỡng, kháng sinh hay dùng nhất để điều trị cho bệnh nhân thương hàn trên 12 tuổi là:

- A. Ampicilin
- B. Cloramphenicol
- C. Amoxilin
- D. Fluoroquinolon

3. Biện pháp phòng bệnh quan trọng nhất trong bệnh thương hàn là:

- A. Tiêm phòng vắc xin
- B. Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện
- C. Vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm
- D. Điều trị người lành mang mầm bệnh

4. Phân của bệnh nhân thương hàn có đặc điểm:

- A. Phân nhày máu
- B. Phân lỏng trắng, đục như nước vo gạo
- C. Phân sệt màu vàng nâu
- D. Phân lỏng, vàng nhiều bọt

5. Thời gian ủ bệnh của bệnh nhân thương hàn trung bình từ:

- A. 1-2 ngày
- B. 4-6 ngày
- C. 7- 15 ngày
- D. 1tháng

6. Bệnh thương hàn lây lan qua đường

- A. hô hấp
- B. Côn trùng truyền bệnh
- C. Tiêu hoá
- D. Da và niêm mạc

7. Dấu hiệu đào ban trong bệnh thương hàn thường xuyên xuất hiện từ ngày thứ:

- A. 1 đến ngày thứ 3

- B. 4 đến ngày thứ 6
 - C. 7 đến ngày thứ 12
 - D. 13 đến ngày thứ 15
- 8. Triệu chứng xuất hiện sớm nhất trong thời kỳ khởi phát của bệnh thương hàn là:**
- A. Rối loạn tiêu hoá
 - B. Rối loạn thần kinh
 - C. Mạch nhiệt phân ly
 - D. Sốt
- 9. Dấu hiệu cần theo dõi nhất trong quá trình chăm sóc bệnh nhân thương hàn là:**
- A. Mạch, nhiệt độ, huyết áp
 - B. Phân
 - C. Tinh thần
 - D. Da niêm mạc

Bài 4

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TẢ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh tả
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tả.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh tả là bệnh truyền nhiễm cấp tính do phẩy khuẩn tả *Vibrio Cholerae* gây ra, lây truyền bằng đường tiêu hoá. Bệnh có biểu hiện lâm sàng là ỉa lỏng và nôn nhiều lần, nhanh chóng dẫn đến mất nước và điện giải, trụy mạch, suy kiệt và tử vong nếu không được điều trị kịp thời

1.2. Mầm bệnh

- Các phẩy khuẩn tả hình que, hơi cong, Gram (-), sản sinh phát triển trên môi trường Pepton kiềm

- Phẩy khuẩn tả sống lâu trong môi trường lạnh (kem, nước đá....), nhưng dễ bị tiêu diệt bởi môi trường khô hanh, ánh sáng mặt trời, nhiệt độ 100°C, các chất khử trùng như Cloramin, Cresyl, vôi bột...

- Phẩy khuẩn tả có độc tố Enterotoxin bám lên màng niêm mạc ruột, có tác dụng kéo nước vào lòng ruột, gây nôn và ỉa chảy

1.3. Dịch tễ

1.3.1. Nguồn bệnh

- Nguồn bệnh đào thải vi khuẩn qua phân ngay từ thời kỳ nung bệnh, kéo dài 20 ngày, thậm chí 6 tháng sau khi khỏi bệnh,

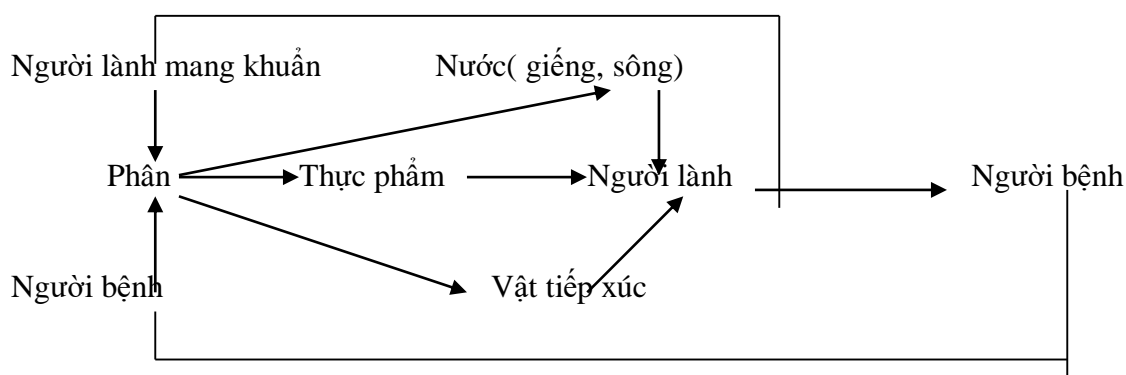
- Người làm mang trùng, thải vi khuẩn qua thận.

1.3.2. Phương thức truyền bệnh

- Vi khuẩn tồn tại khá lâu ở môi trường bên ngoài, nhiễm vào nước và các thực phẩm như cá, tôm, sò, ốc. từ đó xâm nhập vào người khác khi họ ăn những thức ăn nấu chín chưa kỹ.

- Lây trực tiếp từ bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi bệnh nhân.

- Ruồi là vật chủ trung gian quan trọng trong phương thức truyền dịch bệnh.



Sơ đồ 4.1: Quá trình lây bệnh tả

1.3.3. Cơ thể cảm thụ

Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh tả

2. Cơ chế bệnh sinh

Sau khi vượt qua hàng rào dạ dày, phẩy khuẩn tả sinh sản, phát triển tại ruột non và bài tiết ra độc tố Enterotoxin. Độc tố làm tăng hoạt tính men Andenylcyclase, sau đó hoạt hoá ATP vòng ở các tế bào niêm mạc ruột. Quá trình này làm thay đổi sự vận chuyển nước và điện giải qua màng tế bào. Kết quả một lượng lớn dịch đẳng trương vào lòng ruột (trong khi các tế bào niêm mạc ruột vẫn bình thường). Nếu lượng nước quá lớn vượt quá khả năng tái hấp thu của ruột già thì ỉa chảy, nôn xuất hiện, dẫn đến hậu quả rối loạn nước và điện giải toàn thân.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng thể điển hình

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Rất ngắn có thể là từ 4h đến tối đa là 5 ngày

3.1.2. Thời kỳ khởi phát

Bắt đầu đột ngột sôi bụng, đầy bụng và đi ngoài, lúc đầu có phân, sau đó chỉ toàn nước, bệnh nhân mệt lả. Chỉ vài giờ sau, chuyển sang thời kỳ toàn phát.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát: Gồm 3 dấu hiệu chính:

- Ỉa chảy: là dấu hiệu chủ yếu. Số lượng 10-20 lần/ ngày tới ỉa chảy liên tục không cầm, không đau bụng, không mất rặn, phân không máu, màu trắng đục như nước vo gạo, có nhiều hạt trắng xám, mùi tanh nồng. Trong 6-8h có thể mất 20 lít dịch theo phân

- Nôn : Thường xuất hiện sau ỉa chảy 1-2 lần, có trường hợp trước khi ỉa chảy hoặc không nôn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, sau đó nôn ra toàn nước trong hoặc màu vàng.

- Mất nước, mất điện giải : Do ỉa chảy và nôn. Thể trạng bệnh nhân suy sụp rõ, rất nhanh : da khô, nhãn nhoe, ngón tay nhăn như ngâm nước lâu, mắt trũng, niêm mạc khô, mắt lờ đờ, chuột rút rất đau ở bắp chân đùi bụng. Bệnh nhân đái ít rồi vô niệu, thân nhiệt giảm <36°C , huyết áp tụt rồi không đo được, mạch nhanh nhỏ, môi tái đầu chi lạnh, dầm dấp mồ hôi, trẻ em đôi kho co giật do hạ đường huyết, bụng chướng do hạ nhịp tim.

3.1.4. Tiến triển

- Bệnh nhân được bồi phụ nước và điện giải sớm và nhanh chóng thì da và niêm mạc hồng hào trở lại, người bệnh trở lại, người bệnh dễ chịu, mạch, huyết áp trở về ổn định, số lần nôn, ỉa chảy giảm dần, ngừng hẳn sau 1-2 ngày : thường 48-72h bệnh nhân khỏi

- Còn nếu không được điều trị, bệnh diễn biến nặng hoặc tử vong do trụy tim mạch hoặc do biến chứng.

3.2. Xét nghiệm

- Phân :
 - + Soi phân tìm thấy khuẩn tả di động
 - + Cây phân: cho kết quả sau 24h
 - Cô đặc máu: Hồng cầu, bạch cầu tăng, Hematocrit tăng
 - Rối loạn điện giải : Cl^- tăng ít, K^+ giảm, dự trữ kiềm giảm.
 - Suy thận Ure tăng, Creatinin tăng

4. Biến chứng

- Suy thận cấp
- Phù phổi cấp (do toan huyết kéo dài hoặc truyền quá nhiều)
- Giảm Kali huyết gây rối loạn nhịp tim
- Giảm đường huyết.

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

**Bồi phụ nước và điện giải:*

Cần làm sớm, khẩn trương, triệt để

Căn cứ vào độ mất nước chia làm 3 loại để xử trí:

- Độ 1: Mất nước khoảng 5% trọng lượng cơ thể: Toàn trạng bình thường, dấu hiệu mất nước kín đáo, mạch nhanh rõ, huyết áp bình. Cho bệnh nhân uống Oresol trung bình từ 5-20ml/h. Phải theo dõi dấu hiệu mất nước và số lượng nước tiểu để biết khi nào bù dịch đủ.

- Độ 2: Mất nước khoảng 6-8% trọng lượng cơ thể da mất độ căng bóng, người mệt hơi bứt dứt, khó chịu, mắt hơi trũng, mạch nhanh yếu, huyết áp hơi hạ, lượng nước tiểu giảm. Truyền dung dịch có điện giải + uống Oresol.

- Độ 3: Mất nước khoảng 10-12% trọng lượng cơ thể: mất sự đàn hồi của da, nếp véo da mất chậm, da tím tái, ở trẻ nhỏ thì thóp lâm mắt trũng sâu, người lơ đãng, mệt lả, có thể có rối loạn chi giác. Huyết áp tối đa $< 60\text{mmHg}$ hoặc huyết áp không đo được, mạch nhanh nhỏ, khó bắt, bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng. Phải truyền dịch nhanh chóng và có thể truyền 2 đường tĩnh mạch. Khi đã qua giai đoạn nguy kịch, nếu bệnh nhân còn tiếp tục nôn và ỉa chảy thì cho uống Oresol. Ngừng bù dịch khi bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn. Các loại dịch để bù nước và điện giải là

+ Dung dịch uống: Oresol, trường hợp không có sẵn Oresol thì có thể dùng nước cháo loãng pha với một ít muối cho bệnh nhân uống.

+ Các loại dịch truyền: Ringerlactat, NaCl 9‰, NaHCO_3 14‰ hoặc dung dịch Dhaka: trong 1lít dịch gồm có 5g NaCl 9‰, 4g NaHCO_3 14‰, 1g KCl...

** Kháng sinh:*

Kháng sinh dùng trong điều trị tả có tác dụng làm giảm khối lượng và thời gian ỉa chảy, rút ngắn thời gian thải phẩy khuẩn tả trong phân

- Chỉ dùng kháng sinh đường uống. Cho uống kháng sinh ngay sau khi hết nôn, có thể chọn một trong những kháng sinh sau:

+ Kháng sinh để điều trị tả tốt nhất cho người lớn, trừ phụ nữ có thai: Doxycillin uống liều duy nhất 300mg.

5.2. Phòng bệnh:

** Các biện pháp dự phòng chung:*

- Giáo dục cho cộng đồng về tầm quan trọng của rửa tay sạch. Vấn đề này đặc biệt quan trọng đối với người chế biến thực phẩm, người phục vụ bệnh nhân và trẻ em.

- Phòng chống ruồi bằng màn che phun hoá chất, diệt ruồi, bẫy ruồi,...

- Thu dọn và xử lý rác thải
- Xây dựng, duy trì nhà xí hợp vệ sinh
- Giữ gìn vệ sinh trong chế biến, quản lý và quản thực phẩm
- Tuân thủ các thủ tục kiểm tra và vệ sinh an toàn thực phẩm
- Gây miễn dịch chủ động bằng vacxin

** Khi có dịch tả:*

- Xử lý phân và chất thải đúng cách
- Khử khuẩn quần áo, chăn màn của bệnh nhân, phương tiện chuyên chở bệnh nhân bằng dung dịch Cloramin B1-2%, nước Javen 1-2% hoặc nước sôi
- Ngâm tay bằng dung dịch Cloramin hoặc rửa tay bằng các dung dịch khử khuẩn sau khi thăm khám, chăm sóc bệnh nhân
- Khi có dịch thông báo ngay cho cơ quan y tế
- Hạn chế đi lại

6. Chăm sóc:

6.1. Nhận định:

Phát hiện các triệu chứng bệnh bằng cách hỏi, quan sát và khám.

**Hỏi:*

Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân: Bệnh nhân xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh. Liên quan dịch tễ với những người xung quanh?

**Khám:*

- Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: Tỉnh hay lơ đãng, mắt hốc hác? Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc?
- Quan sát phân: Tính chất phân, số lần đi ngoài, số lượng phân, màu sắc của phân
- Đánh giá mức độ mất nước điện giải dựa vào dấu hiệu mạch, huyết áp, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, mắt, đo lượng nước tiểu, số lần nôn, màu sắc chất nôn
- Phát hiện biến chứng sớm: Sốc do mất nước điện giải nặng, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột,...
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:
 - + Thực hiện phân, soi, cấy
 - + Xét nghiệm công thức máu
 - + Điện giải đồ

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải
- Giảm khối lượng tuần hoàn do mất nước và điện giải
- Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm.
- Nguy cơ suy hô hấp do giảm thể tích tuần hoàn đột ngột
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng tiêu chảy
- Đảm bảo thông khí
- Thực hiện y lệnh
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân
- Giáo dục sức khỏe

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng tiêu chảy :
- + Theo dõi, đánh giá dấu hiệu mất nước

- + Theo dõi lượng dịch vào, ra
- + Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thủng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có đựng thuốc sát khuẩn.
- + Theo dõi số lần đi ngoài số lượng phân, tính chất phân
- + Bệnh nhân đi ngoài phân nhiều lần nên rất hậu môn có thể sa trực tràng, vì vậy bệnh nhân cần được ngâm rửa bằng nước ấm sau khi đi ngoài, dùng khăn bông mềm thấm khô, giữ sạch vùng hậu môn, vùng cùng cụt.
- + Lấy mạch huyết áp 3h/1lần
- + Đo lượng nước tiểu
- + Đánh giá mức độ mất nước và điện giải và mất máu. Bù dịch cho bệnh nhân, cho uống Oresol hay các dung dịch thay thế. Nếu bệnh nhân phải truyền dịch, chuẩn bị dịch truyền đẳng trương. Khi truyền dịch chú ý theo dõi tốc độ truyền. Phát hiện dấu hiệu dọa phù phổi cấp do truyền quá nhanh.
- + Thực hiện y lệnh dùng thuốc kháng sinh
- + Lấy phân gửi xét nghiệm
- Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân:
- + Nói rộng quần áo, nằm buồng thoáng
- + Chô bệnh nhân thở Oxy nếu bệnh nhân thở nhanh.
- + Theo dõi nhịp thở, dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái,...
- + Theo dõi rối loạn tri giác: Trẻ em: Li bì, lơ mơ, có thể co giật
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân: Hàng ngày động viên bệnh nhân ăn, đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ thành phần, tăng Protid. Khuyến khích bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu như súp, cháo. Đặc biệt trẻ em nên ăn nhiều lần, tránh suy dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe:
- + Ngay khi vào viện, cần hướng dẫn nội qui khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bằng thái độ dịu dàng.
- + Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng qui cách để tránh lây lan
- + Bệnh nhân cần tắm rửa và thay quần áo theo qui định
- + Khi xuất viện: Hướng dẫn phương pháp dự phòng, vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại gia đình.

6.5. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc và thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân.

Được đánh giá là chăm sóc tốt: Sau vài ngày bệnh nhân ăn ngủ tốt, đi ngoài phân thành khuôn.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh chị trình bày định nghĩa và mầm bệnh của bệnh tả ?
2. Anh chị trình bày và vẽ sơ đồ quá trình lây tả ?
3. Anh chị trình bày phòng bệnh tả ?
4. Anh chị trình bày nhận định và chuẩn đoán chăm sóc bệnh nhân tả ?

Chọn đáp án đúng nhất trong các câu hỏi sau:

5. Vật chủ trung gian trong phương thức lây truyền bệnh tả là:

- a) Ruồi
- b) Muỗi
- c) Muỗi Anophen

d) Muỗi Culex

6. Thời kỳ toàn phát của bệnh tả gồm các triệu chứng chính sau:

- a) Ía chảy, nôn, mất nước, điện giải
- b) Ía chảy, nôn,
- c) Mất nước, điện giải
- d) Nôn, mất nước, điện giải

7. Chẩn đoán chăm sóc bệnh nhân tả gồm, trừ:

- a) Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải
- b) Giảm khối lượng tuần hoàn do mất nước và điện giải
- c) Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm.
- d) Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng

8. Phòng bệnh tả tốt nhất là:

- a) Quản lý, xử trí nguồn phân nước thải
- b) Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh nguồn nước
- c) Phát hiện người mang trùng
- d) Khai thông cống rãnh

Bài 5

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LY TRỰC KHUẨN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng và cách điều trị Ly trực khuẩn
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh ly, trực khuẩn

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Ly trực khuẩn là bệnh truyền nhiễm gây dịch do các trực khuẩn *Shigella* lây qua đường tiêu hoá. Bệnh biểu hiện chủ yếu bằng sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân máu mủ và nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân.

1.2. Mầm bệnh

Shigella được chia thành 4 nhóm chính A,B,C,D như sau:

Nhóm A: *Shigella Dysenteriae*.

Nhóm B: *Shigella Flexneri*

Nhóm C: *Shigella Boydii*

Nhóm D: *Shigella Sonnei*

Ngày nay, 4 nhóm này được phân ra làm 4 týp huyết thanh. *Shigella Dysenteriae* có 10 týp huyết thanh, trong đó *Shigella Dysenteriae* 1 (còn được gọi là Shiga) hay gây dịch và tử vong cao hơn các týp khác

Các *Shigella* là trực khuẩn Gram (-), rễ mọc trên môi trường nuôi cấy thường qui và dễ bị tiêu diệt bởi các dung dịch sát khuẩn thông thường

1.3. Dịch tễ

Bệnh có mặt ở khắp mọi nơi trên thế giới, nhưng dễ dàng gây dịch ở các vùng có điều kiện môi trường và thực khuẩn kém

- Nguồn bệnh:

+ Người bệnh là nguồn quan trọng, thải vi khuẩn trong suốt thời gian mang bệnh và hồi phục (khoảng 6 tuần lễ)

+ Người lành mang mầm trùng.

- Đường lây:

+ Đường lây trực tiếp từ người sang người qua tay bẩn tiếp xúc với phân bệnh nhân.

+ Đường lây gián tiếp qua trung gian như đồ dùng chung, thực phẩm, nước, do ruồi nhặng truyền bệnh cũng thường xảy ra

- Cơ thể cảm thụ: mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh. trẻ em và người già khi mắc bệnh thì thường bị nặng hơn những người khác, do mất nước nhiễm độc.

2. Cơ chế bệnh sinh

Trực khuẩn qua da niêm mạc dạ dày, ruột non xuống tới đại tràng mới đột nhập vào niêm mạc đại tràng và gây bệnh. Trực khuẩn ly có thể xâm nhập tới hạch mạc treo đại tràng nhưng thường không tràn vào máu. Tại niêm mạc đồng thời giải phóng nội độc tố và cả ngoại độc tố (đối với *Shigella*). Độc tố tác động lên toàn thân gây hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, các triệu chứng tim mạch, tiết niệu... Tại chỗ, độc tố tác động lên thần kinh hệ

vận động, hệ cảm giác và hệ thực vật gây triệu chứng đau quặn, mót rặn, đi ỉa nhiều lần, phân có nhiều máu, mủ, gây rối loạn các chức năng của ruột, mất thăng bằng nước, điện giải và kiềm toan.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: Kéo dài 12-72 giờ (trung bình 1-5 ngày), không có triệu chứng gì.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: kéo dài 1-3 ngày, bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu như :

- Hội chứng nhiễm trùng: bệnh nhân sốt 39 - 40°C, buồn nôn, toàn thân mệt nhọc. trẻ nhỏ có thể co giật do sốt cao.

- Triệu chứng tiêu hoá: Đi ỉa lỏng hoặc phân toàn nước vàng kèm theo đau bụng, có thể dẫn đến mất nước và điện giải.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát: Bệnh cảnh lý đầy đủ với 2 hội chứng

- Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc nặng: môi khô lưỡi bẩn, hốc hác, suy sụp nhanh. Sốt cao 39 - 40°C giảm sau vài ngày.

- Hội chứng lý điển hình :

- + Đau quặn bụng dọc khung đại tràng từng cơn, rất khó chịu, thường hết đau sau mỗi lần đi ngoài.

- + Mót rặn ngày càng nhiều, làm người bệnh đi ngoài nhiều lần, có thể dẫn đến sa trực tràng ở người già suy kiệt.

- + Đại tiện phân nhày máu, đi nhiều lần (10-40lần/ngày) lượng phân càng ít dần.

- + Một số người bệnh biểu hiện mất nước và điện giải.

3.1.4. Thời kỳ lui bệnh: Bệnh thường hết sốt sau vài ngày, đỡ đau bụng và mót rặn, đi ngoài phân thành khuôn. Ăn uống biết ngon miệng, nếu được điều trị, khỏi sau 3-5 ngày.

3.2. Xét nghiệm

- Công thức máu: Bạch cầu thường tăng tới 15000/mm³, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

- Xét nghiệm phân: soi phân tươi (sau khi nhuộm xanh Methylen), thấy rất nhiều hồng cầu và bạch cầu đa nhân trung tính.

- Cấy phân trên môi trường SS, DCL...để phân lập được Shigella

- Soi trực tràng: niêm mạc hồng đều với loét chợt, nông lan toả.

4. Biến chứng: Thường ít khi xảy ra, ngay cả trong trường hợp không được điều trị, trừ người già và trẻ nhỏ.

- Biến chứng sớm :

- + Sốc do mất nước điện giải.

- + Thủng ruột già ở những người cơ địa suy kiệt

- + Sa trực tràng: Thường gặp ở người già

- Biến chứng muộn:

- + Suy dinh dưỡng phù nề toàn thân do mất chất đạm kéo dài

- + Viêm loét đại tràng.

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị:

- + Bồi hoàn nước và điện giải: Cần được thực hiện như các trường hợp tiêu chảy khác với dung dịch Oresol uống sớm hoặc truyền dịch nếu mất nước điện giải nặng

- + Kháng sinh:

Ampixilin 100mg/kg/24h

Cotrimoxazon 480mg x 1viên/10kg cân nặng-chia 2 lần

Ciprofloxacin 500mg x 2lần/ngày

- Điều trị triệu chứng: Không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như Atropin...vì làm kéo dài thời gian bệnh và chậm thải trừ vi trùng
- An thần nhẹ như Seduxen
- Vitamin nhóm B(B1, B2...)

5.2. Phòng bệnh

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, vệ sinh nước.
- Phát hiện cách ly người bệnh. Tẩy uế các chất thải, người nhiễm trùng nhẹ, nhất là nhân viên trong khâu chế biến thực phẩm.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định chăm sóc

Phát hiện các triệu chứng bệnh lý trực khuẩn bằng cách hỏi, quan sát và khám.

**Hỏi:*

Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân: Bệnh nhân xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh. Liên quan dịch tễ với những người xung quanh.

**Khám:*

- Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: Tỉnh hay lơ đãng, mắt hắc hác? Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc?
- Quan sát phân: Tính chất phân, số lần đi ngoài, số lượng phân
- Đánh giá mức độ mất nước điện giải dựa vào dấu hiệu mạch, huyết áp, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, mắt, đo lượng nước tiểu.
- Phát hiện biến chứng sớm: Sốc do mất nước điện giải nặng, sa trực tràng ở người già.
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:
 - + Thực hiện phân, soi, cấy.
 - + Soi trực tràng
 - + Xét nghiệm công thức máu

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải và đại tràng viêm
- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng nhiễm độc
- Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm.
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng tiêu chảy
- Hạ thân nhiệt cho bệnh nhân
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân
- Giáo dục sức khỏe

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng tiêu chảy :
 - + Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thủng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có đựng thuốc sát khuẩn.
 - + Theo dõi số lần đi ngoài số lượng phân, tính chất phân
 - + Bệnh nhân đi ngoài phân nhiều lần nên rất hậu môn có thể sa trực tràng, vì vậy bệnh nhân cần được ngâm rửa bằng nước ấm sau khi đi ngoài, dùng khăn bông mềm thấm khô, giữ sạch vùng hậu môn, vùng cùng cụt.

- + Lấy mạch huyết áp 3h/1lần
- + Đo lượng nước tiểu
- + Đánh giá mức độ mất nước và điện giải và mất máu. Bù dịch cho bệnh nhân, cho uống Oresol hay các dung dịch thay thế. Nếu bệnh nhân phải truyền dịch, chuẩn bị dịch truyền đẳng trương. Khi truyền dịch chú ý theo dõi tốc độ truyền. Phát hiện dấu hiệu doạ phù phổi cấp do truyền quá nhanh.
- + Thực hiện y lệnh dùng thuốc kháng sinh
- + Lấy phân gửi xét nghiệm
- Hạ thân nhiệt cho bệnh nhân:
 - + Nới rộng quần áo, nằm buông thoáng
 - + Khi bệnh nhân sốt cao, chườm mát cho bệnh nhân hoặc dùng các thuốc hạ nhiệt Paracetamol.
- + Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn.
- + Theo dõi rối loạn tri giác: Trẻ em: Li bì, lơ mơ, có thể co giật do sốt cao
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân: Hàng ngày động viên bệnh nhân ăn, đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ thành phần, tăng Protid. Khuyến khích bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu như súp, cháo. Đặc biệt trẻ em nên ăn nhiều lần, tránh suy dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe:
 - + Ngay khi vào viện, cần hướng dẫn nội qui khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bằng thái độ dịu dàng.
 - + Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng qui cách để tránh lây lan
 - + Bệnh nhân cần tắm rửa và thay quần áo theo qui định
 - + Khi xuất viện: Hướng dẫn phương pháp dự phòng, vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại gia đình.

6.5. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc và thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân.

Được đánh giá là chăm sóc tốt: Sau vài ngày bệnh nhân hết sốt, ăn ngủ tốt đi ngoài phân thành khuôn.

LƯỢNG GIÁ:

1. Anh chị trình bày định nghĩa và mầm bệnh của bệnh lỵ trực khuẩn ?
2. Anh chị trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh lỵ trực khuẩn ?
3. Anh chị trình bày phòng bệnh lỵ trực khuẩn ?
4. Anh chị trình bày nhận định và chuẩn đoán chăm sóc bệnh nhân lỵ trực khuẩn ?

Chọn một câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau:

5. Thời kỳ toàn phát bệnh lỵ trực khuẩn có các hội chứng điển hình sau:

- A. Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc nặng
- B. Hội chứng lỵ
- C. Cả 2 (A và B)
- D. Hội chứng thần kinh

6. Hiện nay điều trị bệnh lỵ trực khuẩn, có kháng sinh điều trị hiệu quả cao là:

- A. Ampicilin
- B. Cotrimoxazon
- C. Cloroxit
- D. Cả ba kháng sinh trên

7. Để duy trì chỉ số sinh tồn, chăm sóc tốt bệnh nhân bị ly trực khuẩn điều dưỡng viên cần phải kiểm tra ngay khi bệnh nhân đến viện.

- A. Bắt mạch, đo huyết áp
- B. Quan sát phân (màu sắc và số lượng)
- C. Vệ sinh thân thể, thay quần áo
- D. Vệ sinh khoa phòng

8 Thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ly trực khuẩn để bệnh nhân sớm được ra viện:

- A. Làm hết tiêu chảy
- B. Đảm bảo dinh dưỡng
- C. Hạ thân nhiệt khi sốt cao
- D. Cả (A,B và C)

9. Phòng bệnh ly tốt nhất là:

- A. Quản lý, xử trí nguồn phân nước thải
- B. Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh nguồn nước
- C. Phát hiện người mang trùng
- D. Khai thông cống rãnh

Bài 6

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LY AMIP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh ly Amip
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ly Amip

NỘI DUNG

1. Đại cương:

1.1. Định nghĩa: Bệnh ly Amip là một bệnh truyền nhiễm, lây bằng đường tiêu hoá do ký sinh trùng *Entamoeba Histolytica* gây ra, bệnh diễn biến cấp tính bằng hội chứng ly, dễ chuyển thành ly mạn tính và gây nhiều biến chứng nặng (áp se gan, áp se não, áp se phổi)

1.2. Mầm bệnh: Trong cơ thể *Entamoeba Histolytica* tồn tại dưới 3 dạng:

- Thể hoạt động ăn hồng cầu: Lớn, đường kính 20-40 Micromet di động và chứa nhiều hồng cầu, tìm thấy trong phân bệnh nhân ly cấp tính
- Thể không ăn hồng cầu: kích thước 10-12 Micromet, không chứa hồng cầu.
- Thể bào nang: Không di động, nhỏ kích thước 10-12 Micromet có vỏ bọc.

1.3. Dịch tễ

Bệnh thường gặp ở vùng nhiệt đới, khí hậu thuận tiện cho truyền bệnh, mặt khác do tình trạng vệ sinh ngoại cảnh thấp. Bệnh mang tính chất lưu hành địa phương nhưng đôi khi cũng phát tán thành dịch khi gặp điều kiện thuận lợi.

- Nguồn bệnh: Là người mang bào nang Amip (người bệnh, người vừa khỏi bệnh, người mang bào nang).

- Đường lây truyền bệnh:

+ Lây gián tiếp qua thức ăn, nước uống, côn trùng trung gian trong đó ruồi là trung gian truyền bệnh nguy hiểm.

+ Lây trực tiếp : Thường do tay bẩn, mang bào dính ở móng tay, từ đó đưa tay vào miệng khi cầm thức ăn để ăn.

- Cơ thể cảm thụ : Tuổi mắc bệnh nhiều nhất 20-30 tuổi. Trẻ dưới 5 tuổi ít mắc.

2. Cơ chế bệnh sinh

Amip có 2 chu kỳ phát triển :

- Ở người lành: Chu trình phát triển không gây bệnh, đảm bảo cho sự lây lan bệnh.

Amip sinh bằng phương thức nhân đôi, sẽ hoá nang khi điều kiện sinh sống không thuận lợi và được thải ra ngoài. Ký chủ mới ăn phải bào nang, đến ruột, bào nang 4 nhân thành 8 nhân, từ đó biến thành 8 amip. Chu trình tiếp tục cho đến khi có đủ điều kiện sinh bệnh thì amip bắt đầu ăn hồng cầu.

- Ở người bệnh: Nhờ tác động của enzyme tiêu Protein, amip xâm nhập vào niêm mạc ruột. Gây tổn thương ở manh tràng, đại tràng lên, đại tràng sigma, ruột thừa. Tổn thương đầu tiên là những lỗ loét nhỏ ở niêm mạc phía trên hẹp, bên dưới mở rộng, giữa các vết loét niêm mạc bình thường, sau đó các vết loét ăn sâu vào niêm mạc gây chảy máu tràn trọng. Một số trường hợp loét xuyên qua lớp cơ gây thủng ruột, hoặc gây áp xe tại chỗ.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. *Lỵ amip cấp tính*

Những ngày đầu bệnh nhân thường thấy đau bụng dưới và ỉa chảy ngày 5-7 lần/ngày

Sau đó chuyển sang hội chứng lỵ cấp tính: Đau quặn, mót rặn, đi ngoài phân nhày máu. Thường không sốt, sốt nhẹ khi có bội nhiễm. Số lần đi ngoài 5-10 lần/ngày, có thể lên tới 20-30 lần/ngày. Toàn thân không có biểu hiện gì đặc biệt. Nếu được điều trị đúng, bệnh sẽ khỏi sau 7-10 ngày. Ngược lại, chuyển sang lỵ mạn tính.

3.1.2. *Lỵ amip mạn tính*

Biểu hiện là một viêm đại tràng mạn. Bệnh nhân thỉnh thoảng, lại bị hội chứng lỵ hoặc ỉa chảy, nhất là khi ăn lạ. phân thường táo bón, cơ thể gầy yếu, hay rối loạn thần kinh thực vật, khó tính, dễ cáu gắt.

3.2. *Xét nghiệm*

- Soi phân là kỹ thuật quan trọng để tìm ký sinh trùng amip thể hoạt động (thể ăn hồng cầu)
- Soi trực tràng: ổ loét hình cốc áo nằm rải rác.
- X-quang ruột già: Phát hiện thủng ruột lồng ruột, hẹp lòng ruột già.

4. *Biến chứng*

- Thủng ruột
- Xuất huyết tiêu hoá
- Lồng ruột thường gặp nhất ở vùng manh tràng
- Viêm loét đại tràng sau lỵ amip
- Sa niêm mạc trực tràng

5. *Điều trị và dự phòng*

5.1. *Điều trị*

- Thuốc diệt amip :
 - + Diloxanide furoat
 - + Metronidazol
 - + Dehydroemetin
- Các thuốc khác: Kháng sinh phòng bội nhiễm: Cotrimoxazol, Ampicilin
- Các thuốc giãn cơ, chống co thắt: (papaverin, nospa, seduxen), có tác dụng chữa triệu chứng.
- Tháo mủ các ổ áp xe gan, áp xe phổi.

5.2. *Dự phòng*

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là vệ sinh ăn uống, tránh để lây nhiễm kén amip vào thức ăn, nước uống. Xử lý phân tuyệt đối không dùng phân tươi bón rau quả, khi dùng rau quả tươi phải rửa sạch, có thuốc sát trùng hoặc có thể xử lý bằng tia cực tím để diệt kén amip.
- Điều trị những người lành mang kén amip bằng Metronidazol.

6. *Chăm sóc*

6.1. *Nhận định chăm sóc*

Phát hiện các triệu chứng lỵ amip bằng cách hỏi, quan sát và khám.

* *Hỏi:* Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân: Bệnh xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh. Liên quan dịch tễ với những người xung quanh

* *Khám:*

- Quan sát bề ngoài tri giác: Tỉnh hay lơ đãng, mặt hốc hác? Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc.
- Quan sát phân: Tính chất phân, số lần đi ngoài, số lượng phân

- Đánh giá mức độ mất nước điện giải dựa vào dấu hiệu mạch, huyết áp, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, mắt, đo lượng nước tiểu.

- Phát hiện biến chứng sớm: Sốc do mất nước điện giải nặng, sa trực tràng ở người già, xuất huyết tiêu hoá, thủng ruột...

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:

- + Xét nghiệm phân: Soi, cấy

- + Soi trực tràng

- + Xét nghiệm công thức máu.

6.2. Chẩn đoán và chăm sóc

- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải bởi đại tràng viêm

- Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm

- Người nhà và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.

- Giáo dục sức khỏe

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm hết tình trạng tiêu chảy

- + Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thùng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có đựng thuốc sát khuẩn

- + Theo dõi số lần đi ngoài, số lượng phân, tính chất phân. Bệnh nhân đi ngoài nhiều lần nên rất hậu môn và có thể sa trực tràng, vì vậy bệnh nhân cần được ngâm rửa bằng nước ấm sau khi đi ngoài, dùng khăn bông mềm thấm khô rửa sạch vùng hậu môn, vùng cùng cụt. Lấy mạch huyết áp 3h/lần, đo lượng nước tiểu

- + Đánh giá mức độ mất nước và điện giải và mất máu. Bù dịch cho bệnh nhân, cho uống Oresol hay các dung dịch thay thế. Nếu bệnh nhân phải truyền dịch, chuẩn bị dịch truyền đẳng trương. Khi truyền chú ý theo dõi tốc độ truyền phát hiện đọa phù phổi cấp do truyền quá nhanh.

- + Lấy phân gửi xét nghiệm

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân : Hàng ngày động viên bệnh nhân ăn đảm bảo dinh dưỡng đủ thành phần, tăng protid. Khuyến khích bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, kiêng mỡ. Đặc biệt trẻ em nên ăn nhiều lần, tránh suy dinh dưỡng

- Giáo dục sức khỏe : Ngay khi vào viện, cần hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bằng thái độ ân cần, nhẹ nhàng.

- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng qui cách để tránh lây lan.

- Bệnh nhân cần tắm rửa và thay áo quần theo qui định

- Khi xuất viện: Hướng dẫn phương pháp dự phòng, vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại gia đình.

6.5. Đánh giá

- Đánh giá lại quá trình chăm sóc và thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân.

- Được đánh giá là chăm sóc tốt : Sau một tuần bệnh nhân ăn ngủ tốt, đi ngoài phân thành khuôn, không còn đau quặn mót rặn

LƯỢNG GIÁ:

1. Anh chị trình bày định nghĩa và mầm bệnh của bệnh lỵ amip ?

2. Anh chị trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh lỵ amip ?

3. Anh chị trình bày phòng bệnh lỵ amip ?

4. Anh chị trình bày nhận định và chuẩn đoán chăm sóc bệnh nhân ly amip ?

Chọn một câu trả lời đúng nhất trong các câu hỏi sau:

5. Ký sinh trùng Amip tồn tại trong cơ thể người:

- A. Hai thể (thể bào nang, thể nhỏ)
- B. Thể ăn hồng cầu
- C. Cả A và B
- D. Các xét nghiệm trên không ở trong cơ thể người

6. Xét nghiệm trong bệnh ly amip quan trọng nhất là:

- A. Soi phân tìm thể bào nang
- B. Soi phân tìm thể ăn hồng cầu
- C. Làm công thức máu
- D. Cả A và B

7. Biến chứng nào dưới đây không có trong bệnh ly amip:

- A. Xuất huyết dưới da
- B. Lòng ruột
- C. Sa niêm mạc trực tràng
- D. Thủng ruột

8. Việc nhận định chăm sóc điều dưỡng viên cần làm tốt công tác:

- A. Hỏi người nhà, hỏi bệnh nhân về diễn biến của bệnh
- B. Quan sát toàn trạng, quan sát phân của bệnh nhân
- C. Xem bệnh án để biết yêu cầu làm xét nghiệm, thuốc điều trị
- D. Cả A,B,C

9. Muốn khỏi ly amip, điều dưỡng viên phải lập KHCS đủ và chính xác:

- A. Làm hết tình trạng tiêu chảy
- B. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân
- C. Thực hiện đầy đủ mệnh lệnh và pháp lệnh điều trị
- D. Cả A,B,C

10. Thực hiện KHCS bệnh nhân ly amip việc cần làm trước là:

- A. Luôn kiểm tra dấu hiệu sinh tồn
- B. Theo dõi số lượng phân để đánh giá mức độ mất nước
- C. Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân
- D. Thực hiện đầy đủ mệnh lệnh điều trị

Bài 7

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TAY – CHÂN - MIỆNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và tác nhân gây bệnh Tay- Chân – Miệng.
2. Trình bày được đặc điểm dịch tễ, triệu chứng, biến chứng và biện pháp phòng bệnh Tay- Chân – Miệng.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Tay- Chân – Miệng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa:

Bệnh Tay – Chân – Miệng là bệnh do nhóm virus gây nên, bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi với các biểu hiện sốt (trên 37.5°C), biếng ăn, mệt mỏi, đau họng, loét miệng(vết loét đỏ hay bóng nước ở niêm mạc miệng, lợi lưỡi) hoặc bóng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, vùng mông, đầu gối.

1.2. Tác nhân gây bệnh và chẩn đoán

1.2.1. Tác nhân:

Bệnh Tay – Chân – Miệng do nhóm virus đường ruột gây nên. Tác nhân thường gặp nhất là Coxsackievirus A16, đôi khi do Enterovirus 71 và các virus ruột khác.

- Coxsackievirus A từ 2 đến A8,10, 12, 14, thường gặp A16.
- Coxsackievirus B từ B1, 2, 3, 5.
- Enterovirus 71, E68

1.2.2. Hình thái của virus gây bệnh

- Hình cầu, đường kính 27-30 nm.
- Lớp capsid gồm 60 tiểu đơn vị, không có lớp bao ngoài, bên trong chứa RNA, là thành phần di truyền. Virus nhân lên ở bào tương của tế bào bị nhiễm.

1.2.3. Khả năng tồn tại trong môi trường bên ngoài

- Virus bị đào thải ra ngoài cảnh từ phân, dịch hắt hơi, sổ mũi.
- Virus bị bất hoạt bởi nhiệt 56°C trong vòng 30 phút, tia cực tím, tia gamma.
- Bị bất hoạt bởi: Nước Javel 2%, Chlorine tự do. Không hoặc ít bị bất hoạt bởi các chất hòa tan lipid như: cồn, chloroform, phenol, Ether
- Ở nhiệt độ lạnh 40°C, virus sống được vài ba tuần.

1.3. Chẩn đoán bệnh

1.3.1. Lâm sàng

Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 10 tuổi với các dấu hiệu lâm sàng đầu tiên là sốt nhẹ đến 39°C, ăn kém, mệt mỏi và đau họng. Một đến hai ngày sau khi xuất hiện sốt trẻ bắt đầu đau miệng. Khám họng trẻ có thể phát hiện các chấm đỏ nhỏ sau đó biến thành bóng nước và thường tiến triển đến loét. Các tổn thương này có thể thấy ở lưỡi, lợi và bên trong má. Ban da xuất hiện trong vòng 1 đến 2 ngày với các tổn thương phẳng trên da hoặc có thể gồ lên, màu đỏ và một số hình thành bóng nước. Ban này không ngứa và thường mọc ở lòng bàn chân hoặc bàn tay. Như vậy ban điển hình thường mọc ở các vị trí tay, chân, miệng nên có tên là bệnh tay, chân, miệng. Tuy nhiên ban có thể mọc ở mông. Một số trường hợp ban chỉ xuất hiện ở miệng mà không thấy ở vị trí khác.

Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác.

Triệu chứng	Tay chân miệng	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex
Tuổi	< 10 tuổi	5-11 tuổi, người lớn	Tất cả	Tất cả
Vị trí ban	Lòng bàn tay, khuỷu tay, đầu gối, mông bụng, lòng bàn chân, tay, miệng.	Rải rác toàn thân, lan từ đầu xuống thân và tay chân.	Chỉ có một bên cơ thể	Từng chùm mụn nước nhỏ quanh miệng
Dạng ban	Đỏ+ mụn nước, sần, hồng ban, màu xám, hình bầu dục, khi lành không thành sẹo.	Mụn nước cũ xen lẫn mới, lốm ở giữa khi mới mọc, trong lẫn đục do bội nhiễm vi khuẩn.	Chùm mụn nước to nhỏ không đều, hạch cổ, nách, bẹn cùng bên nổi	Mụn nước sẽ vỡ, chảy dịch, đóng mảy và thành sẹo
Cảm giác	Không đau, không ngứa	Ngứa, đau nhức rất khó chịu	Ngứa, đau nhức rất khó chịu	Ngứa rất

1.3.2. Xét nghiệm

Loại bệnh phẩm:

- Phân, dịch ngoáy họng, dịch bong nước, dịch nốt loét, dịch não tủy là các bệnh phẩm để phân lập virus và thực hiện các xét nghiệm sinh học phân tử.
- Máu để làm phản ứng huyết thanh xác định hiệu giá kháng thể đặc hiệu.

Phương pháp xét nghiệm:

- Phân lập virus: Cây bệnh phẩm vào tế bào thận khỉ hoặc tế bào phôi người. Virus phá hủy tế bào.
- Xét nghiệm RT- PCR phát hiện ARN của virus.
- Phản ứng huyết thanh xác định hiệu giá kháng thể đặc hiệu bằng phản ứng trung hòa, miễn dịch huỳnh quang.

Dịch tế học:

coxsackie có thể gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau.: nhẹ như viêm họng, viêm kết mạc, phát ban và mụn nước ở tay, chân, miệng, bệnh tay, chân, miệng nặng như viêm họng, viêm miệng, viêm màng tim, viêm hệ thống thần kinh gây bại liệt. Bệnh thường gặp ở trẻ em 3 tuổi và rất ít thấy ở trẻ trên 5 tuổi. Một số điểm cần trong một đợt dịch bệnh, trẻ có thể bị mắc đi mắc lại nhiều lần cho đến khi được 5 tuổi mới có miễn dịch hoàn toàn.

Đây là một bệnh dễ lây. Đường lây truyền từ người này qua người khác do tiếp xúc với dịch tiết mũi họng, nước bọt, chất dịch từ các bong nước hoặc phân của người bệnh. Giai đoạn lây lan nhanh nhất là tuần đầu tiên bị bệnh. Bệnh tay, chân, miệng không phải là bệnh lây từ động vật sang người.

2. Các biện pháp phòng, chống dịch

Bệnh Tay- Chân- Miệng thuộc nhóm B trong luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

2.1. Các biện pháp dự phòng

- Tuyên truyền giáo dục rộng rãi trên các phương tiện thông tin đại chúng, nhất là ở các nhà trẻ mẫu giáo về tầm quan trọng của giữ gìn vệ sinh, như vệ sinh răng miệng, rửa tay trước, sau khi nấu ăn, chuẩn bị thức ăn, sau khi đi vệ sinh đặc biệt mỗi lần thay tả cho trẻ, ăn chín, uống sôi.

- Vệ sinh phòng dịch: Trẻ mắc bệnh không đến lớp đến khi hết loét miệng và các bọt nước. Khi có từ 2 trẻ trở lên trong một lớp bị mắc bệnh trong vòng 7 ngày thì cho lớp học nghỉ 10 ngày kể từ ngày khởi phát của ca bệnh cuối cùng.

- Khi trẻ đến lớp có sốt, loét miệng, bọt nước phải thông báo cho gia đình và cơ quan y tế. Vệ sinh dụng cụ học tập, đồ chơi và các dụng cụ khác bằng cloramin B 2% . Dụng cụ ăn uống như bát, thìa, cốc, ngâm, tráng nước sôi trước khi sử dụng

2.2. Biện pháp chống dịch

- Tổ chức: Báo cáo theo quy định. Một nơi được gọi là ổ dịch khi ghi nhận từ 2 ca lâm sàng trở lên (trong đó ít nhất 1 ca được phòng xét nghiệm xác định dương tính), trong thời gian 7 ngày.

- Các biện pháp chuyên môn:

Tại gia đình bệnh nhân:

+ Bệnh nhân phải được cách ly, đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người mắc bệnh.

+ Phân và chất thải của bệnh nhân phải được khử khuẩn bằng cloramin 2%, quần áo, chăn nằm dụng cụ của bệnh nhân phải được khử khuẩn bằng đun sôi, ngâm dung dịch.

+ Chăm sóc người bệnh: Thực hành vệ sinh cá nhân, đặc biệt rửa tay ngay sau khi thay tả cho trẻ, hạn chế hôn, sử dụng chung đồ dùng với trẻ mắc bệnh.

+ Khi trẻ có triệu chứng Tay – Chân – Miệng, không cho phép tham gia các hoạt động, gặp gỡ trẻ em khác đồng viên đến lớp ...

+ Theo dõi các biểu hiện sốt, loét miệng, mụn nước đối với các thành viên trong gia đình, đặc biệt là trẻ em để thông báo cho cơ quan y tế.

- Chưa có vacxin phòng bệnh.

- Tại các cơ sở điều trị:

+ Cán bộ y tế phải áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm

+ Rửa tay ngay bằng dung dịch sát khuẩn ngay sau khi tiếp xúc với dịch tiết và bài tiết của bệnh nhân dù có hay không mang găng tay.

+ Mang trang phục cá nhân khi làm những thủ thuật trên bệnh nhân có nguy cơ tạo giọt bắn tới niêm mạc.

2.3. Nguyên tắc điều trị

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

ĐỘ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol.

- Dẫn dò dấu hiệu nặng cần tái khám ngay: sốt cao, thở nhanh, khó thở, rung giật cơ, co giật, hôn mê, yếu liệt chi.

- Chỉ định nhập viện: Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp, sốt cao, nôn nhiều, nhà xa.

ĐỘ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện huyện hoặc tỉnh

- Điều trị như độ 1
 - Thở oxy khi có thở nhanh
 - Chống co giật.
 - Immunoglobulin(nếu có)
 - Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, 4- 6 giờ một lần
- ĐỘ 3:** Điều trị tại bệnh viện tỉnh hoặc huyện nếu có đủ điều kiện.

- Xử trí tương tự độ 2
- Chống phù não
- Chống hạ đường huyết, điều chỉnh rối loạn nước, điện giải
- Dobutamin được chỉ định khi có suy tim mạch

ĐỘ 4: Điều trị tại bệnh viện trung ương, tỉnh, huyện nếu có điều kiện

- Xử lý như độ 3.
- Điều trị biến chứng phù não, sốc, suy hô hấp, phù phổi cấp.
- Kháng sinh: chỉ dùng khi có bội nhiễm.

3. Chăm sóc

3.1. Nhận định chăm sóc

Người điều dưỡng thu thập dữ liệu từ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, bằng cách hỏi và khám:

* *Hỏi:* Người điều dưỡng hỏi thật chi tiết người nhà bệnh nhân. Lưu ý:

- Bệnh nhân sốt từ bao giờ? Ăn uống ra sao? Có đau đầu không, đau mỏi cơ, đau họng không?

- Liên quan dịch tễ: Xung quanh có ai mắc bệnh như bệnh nhân không, nếu trẻ đi nhà trẻ hoặc đi học thì ở lớp có cháu nào mắc bệnh không?

* *Khám:*

- Khám họng trẻ có thể phát hiện các chấm đỏ nhỏ hoặc bong nước hay vết loét ?

- Da lòng bàn tay, bàn chân, vùng mông có mụn nước không ? Đặc điểm mụn nước như thế nào ?

- Bệnh nhân tỉnh, vật vã hay li bì?

- Có biểu hiện suy hô hấp không? Đếm nhịp thở , kiểu thở.

- Da và đầu chi ấm hay lạnh? Đo nhiệt độ.

- Đo huyết áp, bắt mạch.

- Đo lượng nước tiểu.

- Phát hiện dấu hiệu tiền sốc và sốc.

- Phát hiện biến chứng: Biến chứng thân kinh, tim mạch, hô hấp, sốt cao, nôn nhiều

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm: Phân lập virus: Cấy bệnh phẩm vào tế bào thận khi hoặc tế bào phổi người. Virus phá hủy tế bào.

- Xét nghiệm RT- PCR phát hiện ARN của virus.

- Phản ứng huyết thanh xác định hiệu giá kháng thể đặc hiệu bằng phản ứng trung hòa, miễn dịch huỳnh quang.

- Các xét nghiệm khác: Điện giải đồ, công thức máu...%

3.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Sốt cao do tình trạng nhiễm virus.

- Mất nước, điện giải do sốt kéo dài.

- Dinh dưỡng không đảm bảo do ăn kém.

- Nguy cơ suy hô hấp do trụy mạch, thiếu oxy.

- Bệnh nhân lo lắng do thiếu kiến thức về bệnh.

3.3. *Lập kế hoạch chăm sóc*

- Làm giảm và hết tình trạng sốt.
- Bù nước, điện giải cho người bệnh.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh
- Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp.
- Giáo dục sức khỏe.

3.4. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

** Hạ sốt cho bệnh nhân:*

- Đặt bệnh nhân ở buồng thoáng mát, nơi rộng quần áo, mùa hè cho người bệnh nằm trong quạt bật số nhẹ.

- Hạ nhiệt bằng Paracetamol, khi nhiệt độ trẻ em $> 39^{\circ}\text{C}$ và người lớn 39°C : Không được chườm đá, nên chườm mát hoặc chườm ấm vào vùng nách, bẹn, trán, lau toàn thân.

- Không nên hạ sốt một cách tích cực vì hạ thân nhiệt đột ngột dễ gây biến chứng trụy mạch.

- Đo nhiệt độ bệnh nhân 2-3h/ 1 lần

- Khi bệnh nhân bị sốt có hạ nhiệt độ, thì phải ủ ấm cho bệnh nhân.

- Cần giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm khi bệnh nhân sốt cao hoặc tụt nhiệt độ.

** Bù nước, điện giải cho người bệnh*

Tùy thuộc vào mức độ mất nước mà có phác đồ bù nước điện giải cho trẻ

+ Kiểm tra lượng dịch đưa vào và dịch thải ra: Đánh giá sự bài xuất nước tiểu, đo lượng nước tiểu, chất nôn. Lượng dịch vào do truyền, do ăn uống. Chú ý theo dõi màu sắc nước tiểu.

- Cho trẻ uống ORS

- Truyền dung dịch đường tĩnh mạch.

** Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân:*

- Khi bệnh nhân sốt, cần nuôi dưỡng bệnh nhân bằng ăn lỏng, dễ tiêu như sữa, súp, nước trái cây. Cho bệnh nhân ăn ít một, ăn làm nhiều bữa. Khi hết sốt ăn chế độ ăn bình thường.

- Bệnh nhân nặng: Cho ăn qua ống thông dạ dày và nuôi dưỡng bằng truyền dịch.

** Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp:*

- Đếm nhịp thở 15 phút 1 lần, 30 phút /1 lần khi có sốt.

- Cho bệnh nhân thở oxy khi có sốt.

- Theo dõi: Nếu da, chi lạnh, tím môi là biểu hiện sốt.

- Thở máy khi bệnh nhân hôn mê.

- Khi bệnh nhân có tràn dịch màng phổi gây khó thở, phụ giúp bác sỹ chọc dịch màng phổi.

** Giáo dục sức khỏe:*

Khi mắc Tay Chân Miệng, người nhà và bệnh nhân rất lo lắng, người điều dưỡng cần luôn luôn ở bên cạnh để động viên an ủi bệnh nhân. Giải thích rõ về bệnh để bệnh nhân hiểu và an tâm, phối hợp điều trị tích cực cho chóng khỏi bệnh.

Phổ biến cách theo dõi và phòng chống bệnh cho bệnh nhân và người nhà cụ thể:

- Nói rõ nguyên nhân, cách lây truyền bệnh Tay Chân Miệng.

- Hướng dẫn người nhà biết và phát hiện dấu hiệu tiền sốt.

- Giải thích rõ tính chất nguy hiểm của Tay Chân Miệng có sốt, bởi nếu không cấp cứu kịp thời, dễ gây tử vong.

- Vai trò quan trọng của việc bù Oresol, truyền dịch hoặc truyền máu (nếu cần thiết).
- Biết cách phát hiện khi bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng bụng, màng tim, màng phổi...
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, mắt tai, vệ sinh da.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết cách phòng bệnh trong mùa mưa, theo dõi tất cả các trường hợp sốt, chuẩn đoán phát hiện sớm.

3.5.Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân với mục tiêu mong chờ có đạt được hay không? Được đánh giá là chăm sóc tốt khi nhiệt độ giảm, bệnh nhân hết nhức đầu, ăn uống ngon miệng, tiểu nhiều.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân gây bệnh của bệnh tay chân miệng?
2. Anh(chị) trình bày dấu hiệu lâm sàng và phân biệt tay chân miệng với các bệnh khác.
3. Anh(chị) trình bày nhận định, chuẩn đoán, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tay chân miệng ?

Anh chị chọn ý đúng nhất trong các câu hỏi sau:

4. Bệnh tay chân miệng thường gặp ở lứa tuổi nào:

- A. Người lớn
- B. Trẻ < 10 tuổi
- C. Trẻ < 5 tuổi
- D. Mọi lứa tuổi

5. Đặc điểm mọc mụn nước của bệnh tay chân miệng là:

- A. Mọc từ đầu đến chân.
- B. Mọc ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân.
- C. Mọc một bên cơ thể.
- D. Mọc quanh miệng.

6. Cảm giác của người bệnh tay chân miệng là:

- A. Không đau, không ngứa
- B. Ngứa, rất khó chịu
- C. Ngứa, rát
- D. Rát, đau nhức

7. Đặc điểm ban ở bệnh nhân tay chân miệng

- A. Mụn đỏ, mụn nước, sần, hồng ban, màu xám, hình bầu dục, khi lành không thành sẹo.
- B. Mụn nước cũ xen lẫn mới, lõm ở giữa khi mới mọc, trong lẫn đục do bội nhiễm vi khuẩn.
- C. Chùm mụn nước to nhỏ không đều, hạch cổ, nách, bẹn cùng bên nổi
- D. Mụn nước sẽ vỡ, chảy dịch, đóng mảy và thành sẹo

8. Đường lây truyền của bệnh tay chân miệng là:

- A. Qua đường máu
- B. Qua da, niêm mạc
- C. Qua đường tiêu hóa
- D. Qua đường hô hấp

Bài 8

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO MỦ DO NÃO MÔ CẦU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh viêm màng não mủ do não mô cầu
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Viêm màng não mủ do não mô cầu là một hiện tượng viêm của màng não với sự gia tăng của bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy do vi khuẩn sinh mủ *Neisseria Meningitidis* xâm nhập vào, ảnh hưởng đến màng nhện và màng nuôi từ tuỷ sống đến não. Bệnh cần được chẩn đoán sớm và điều trị đúng, hạn chế tử vong, biến chứng và di chứng

1.1. Mầm bệnh

- Não mô cầu. *Neisseria Meningitidis* thuộc họ *Neisseriaceae*, giống *Neisseria* là song cầu khuẩn hình hạt cà phê nằm trong tế bào, khi chết giải phóng ra nội độc tố, gây bệnh bằng nội độc tố

- Sức chịu đựng kém với tác động của lý hoá (50°C/5 phút 100°C/30 giây, tia cực tím diệt vi khuẩn trong các khoảnh khắc. Các thuốc khử trùng đều dễ diệt vi khuẩn)

- Vi khuẩn có kích thước 0.6 - 1.0 micromet, có vỏ Polysacarit, âm khí, không di động không tạo thành nha bào.

1.2. Dịch tễ

- Nguồn bệnh:

Nguồn bệnh duy nhất là người, có thể là bệnh nhân hoặc người mang vi khuẩn không triệu chứng. Cần chú ý những bệnh nhân không điển hình hoặc người mang khuẩn không triệu chứng là nguồn lây rất quan trọng về dịch tễ.

- Đường lây: lây bằng đường hô hấp.

- Cơ thể cảm thụ : Mọi người đều có thể mắc bệnh nhưng trẻ em chưa có kháng thể dễ mắc bệnh hơn.

- Sau khi mắc bệnh để lại miễn bền vững cùng typ huyết thanh (hoặc miễn dịch chéo trong cùng nhóm).

- Mùa bệnh : Miền Bắc Việt Nam thường gặp dịch vào các tháng 2,3,4, Miền Nam Việt Nam vào các tháng 5,6,7, nhưng cũng không nhất thiết phải theo mùa.

2. Cơ chế bệnh sinh

Não mô cầu bám vào niêm mạc đường hô hấp trên nhờ những lông, sau đó xâm nhập qua niêm mạc nhờ men Hyaluronidaza. Màng não cầu tiết ra men kháng IgA. Bình thường não mô cầu không bị thực bào, muốn thực bào phải Opsonin hoá. Nếu sức đề kháng cơ thể tốt, nhất là vòng bạch huyết quanh miệng không bị thương tổn do viêm nhiễm thì não mô cầu chỉ gây viêm mũi, họng hoặc thậm chí chỉ cư trú ở đó mà không gây bệnh.

Từ hõng, não mô cầu vượt qua hàng rào bạch huyết vào máu, rồi vượt hàng rào mạch máu – não để vào khoang não tủy. Trường hợp hãn hữu não mô cầu có thể từ mũi, hõng qua xương sàng (qua vùng khứ giác). Nhất là khi có chấn thương xương sàng để vào não.

Khi vi khuẩn vào máu sẽ gây nhiễm trùng, khi vào khoang não tủy sẽ gây viêm màng não. Ở màng não chúng gây viêm cả ba màng (màng cứng, màng nhện, màng nuôi), lúc đầu tiết ra dịch rỉ viêm, sau đó nhanh chóng thành mủ. Mủ đặc lại có thể bít tắc các lỗ thông dịch, gây tắc dịch não tủy và dẫn tới não nước. Dịch viêm có thể chèn ép vào các dây thần kinh II,III,IV,VI, gây ra mù và lác mắt.

Trong các mao quản, não mô cầu nằm trong tế bào nội mạc. Do vậy chúng có thể gây tắc và vỡ mạch, gây xuất huyết. Hoại tử tổ chức cũng do tắc mạch.

Phản ứng kháng nguyên - kháng thể - bổ thể, gây độc tế bào, huỷ hoại tế bào đồng thời gây đông máu rải rác nội mạch và gây những xuất huyết lớn. Khi nội độc tố giải phóng ra có thể dẫn đến sốc nội độc tố.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng (thể điển hình)

3.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: Từ 2 đến 7 ngày trên lâm sàng không có biểu hiện gì đặc biệt.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: Thường đột ngột sốt cao 39 - 40° C, nhức đầu nhiều, thường nôn vọt, có thể có viêm mũi hõng kèm theo, hội chứng não màng não thường chưa rõ, nhưng bệnh nhân đã có thể sợ ánh sáng, nằm tư thế thích hợp để chống đau nhức (nằm tư thế cò súng)

3.1.3. Thời kỳ toàn phát

Thể hiện 2 hội chứng điển hình:

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc: Bệnh nhân sốt cao 39 - 40°C môi khô lưỡi bẩn, mệt mỏi, đau nhức ở các cơ và khớp, viêm mũi hõng, có Hecpet quanh môi, cánh mũi trên da có một số nốt xuất huyết, hoặc các ban tím thưa thớt.

- Hội chứng màng não:

* Cơ năng: Người bệnh nhức đầu nhiều, nôn vọt, táo bón.

* Thực thể: Cổ cứng (+), Kernig (+), Bruzinski (+), vạch màng não (+), nằm tư thế cò súng.

Ở trẻ sinh và nhũ nhi ngoài các biểu hiện trên còn có dấu hiệu: Sốc nách (+), thóp phồng (+)

- Ngoài ra còn có thể gặp:

+ Tăng cảm giác: Đau mình mảy, ngại không cho thăm khám, sợ tiếng động

+ Rối loạn thần kinh giao cảm, mặt lúc đỏ lúc tái.

+ Có thể gặp triệu chứng mưng: liệt các dây thần kinh sọ như lác do liệt dây III và IV. Tinh thần: Lú lẫn, lơ mơ rồi hôn mê co giật.

3.1.4. Các thể lâm sàng khác: Ngoài thể điển hình còn có các thể bệnh sau:

- Thể viêm mũi hõng

- Thể nhiễm khuẩn huyết đơn thuần

- Thể nhiễm khuẩn kích phát

- Thể nhiễm màng não-não

3.2. Xét nghiệm

Công thức máu: Công thức bạch cầu tăng chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính

Chọc dò dịch não tủy: Đục mủ, áp lực tăng, tế bào tăng 100-1000/mm³ hơn 80% là bạch cầu đa nhân trung tính. Đường giảm, protein tăng, cấy dịch não tủy để phân lập vi khuẩn gây bệnh

Ngoài các xét nghiệm trên, có thể cấy mủ tai, cấy dịch nhầy ở họng, để tìm vi khuẩn gây bệnh

4. Biểu chứng

- Liệt các dây thần kinh II,III,IV,VII, dẫn tới mù điếc
- Viêm cơ tim, viêm màng tim
- Dây dịnh màng não (do dùng kháng sinh muộn)
 - + Nếu tắc nghẽn ở cao (ở lỗ Monro, lỗ Luschka, hoặc ống Sylvius) dẫn tới phân ly protein (tăng cao) và tế bào (bình thường) và cuối cùng là não nước.
- Ổ huyết quản: Bít tắc gây hoại tử, xuất huyết (đặc biệt khi có đông máu rải rác nội mạch)
- Những biến chứng gây tử vong sớm:
 - + Suy hô hấp do phù não nặng
 - + Truy tim mạch
 - + Chảy máu ồ ạt do đông máu rải rác nội mạch

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

* *Kháng sinh*: Vi khuẩn còn nhạy với nhiều loại kháng sinh:

- Penicilin: Liều lượng tùy theo thể bệnh
 - + Viêm màng não 200-400mg/ngày
 - + Viêm màng não-não > 400mg/ngày
- Có thể kết hợp với Clorocid: 50mg/kg (1-1,5g/ngày cho người lớn) hoặc Sulfadizin 200mg/kg

Để giúp cho Penicilin thấm vào màng não tốt hơn có thể dùng thêm Cafein. Corticoid sẽ làm hạn chế Penicilin ngấm vào dịch não tủy, do vậy chỉ dùng khi rất cần vào vài ba ngày đầu.

- Nếu kháng với Penicilin có thể dùng:
 - + Methicilin, Lincocin, Carbenicilin, Oxacilin
 - + Ampicilin: 200mg/kg/ngày
 - + Cephalosporin thế hệ III: 100-150mg/kg/ngày

Vấn đề đưa kháng sinh vào dịch não tủy phải rất cẩn trọng và chỉ dùng liều nhỏ.

* *Điều trị kết hợp*:

- Trợ tim mạch
- Chống co giật: Diazepam, Phenobarbital
- Ngăn ngừa biến chứng và điều trị biến chứng
- Đảm bảo lưu thông đường hô hấp
- Điều trị tích cực các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát (viêm tai xương chũm, viêm xoang...)

5.2. Phòng bệnh

Điều trị cách ly người bệnh

- Tìm người lành mang vi khuẩn: Ngoáy họng, cấy soi, cách ly tạm thời những người sốt trong vụ dịch
- Vệ sinh môi trường trong khu dân cư đảm bảo ánh sáng, thông gió
- Dùng kháng sinh dự phòng cho những người trong ổ dịch đi công tác và những người nơi khác tới ổ dịch. (Sulfamid; Tetracyclin, Clorocid)
- Vacxin: Hiện nay không dùng chiến lược tiêm chủng hàng loạt toàn quốc mà chỉ dùng những nơi có nguy cơ dịch (nơi có ca bệnh đầu tiên hoặc nơi có nguy cơ cao)

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

* *Hỏi:*

- Bệnh xuất hiện ngày thứ mấy, diễn biến của bệnh
- Liên quan dịch tễ với những người xung quanh
- Người bệnh có ngủ được không? có kích thích vật vã không?
- Có nôn không, mức độ nôn (nôn vọt)?
- Người bệnh có ăn được không?
- Nếu người bệnh đến trong tình trạng hôn mê: Hỏi (hôn mê từ bao giờ?)

* *Khám:*

- Quan sát thể trạng bệnh nhân (trung bình, yếu, mập)
- Quan sát môi, sắc mặt: Có tím tái không, móng tay móng chân có tím không?
- Tình trạng chung:
 - + Đo nhiệt độ
 - + Tri giác: Có rối loạn tri giác không? Có co giật không?
 - + Đánh giá mức độ hôn mê (nếu có)
 - + Mức độ mất nước để bù nước và điện giải
- Tình trạng hô hấp: Quan sát kiểu thở, đếm nhịp thở, tình trạng tăng tiết. Tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp trên, có làm giảm lưu thông đường hô hấp hay không?
- Tình trạng tuần hoàn: Mạch? Huyết áp?
- Tình trạng kích thích màng não và hội chứng màng não: Nhức đầu, nôn, cổ cứng, Kernig, Brudzinski, thóp phồng ở trẻ nhỏ. Dấu hiệu thần kinh khu trú?
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán và chỉ định thuốc chỉ định xét nghiệm, các yêu cầu theo dõi khác.
- Nhận định về dinh dưỡng, bệnh nhân có tự nuốt được hay phải cho ăn qua sonde dạ dày

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng
- Khó thở do tăng tiết
- Hôn mê do viêm màng não
- Không tự ăn được do hôn mê
- Nguy cơ loét do nằm lâu

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm hết nhiễm trùng, hạ thân nhiệt khi sốt cao
- Đảm bảo lưu thông đường hô hấp
- Đảm bảo cung cấp đủ chất dinh dưỡng
- Theo dõi và chăm sóc thần kinh
- Chăm sóc hệ thống các cơ quan

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm hết nhiễm trùng: Thực hiện mệnh lệnh thuốc kháng sinh đã ghi trong bệnh án đủ liều đúng giờ, đúng đường tiêm (chú ý thử kháng sinh trước khi tiêm cho bệnh nhân)
- Khi bệnh nhân sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ hạ thân nhiệt bằng Paracetamol kết hợp chườm mát
- Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đảm bảo thông thoáng đường hô hấp, hút đờm rãi khi tăng tiết, cho thở oxy khi có tím tái
- Duy trì tuần hoàn: Kiểm tra mạch huyết áp có thay đổi phải báo với bác sĩ điều trị ngay. Đảm bảo cung cấp đủ nước truyền dịch và thuốc để duy trì huyết áp theo y lệnh.

- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò và phụ chọc dò tuỷ sống khi bác sĩ yêu cầu, sau khi chọc do xong nhắc bệnh nhân nằm sấp tại chỗ 15 phút sau đó nằm ngửa đầu thấp 1-2 giờ.

- Chăm sóc thần kinh: Theo dõi, phát hiện sớm các diễn biến về thần kinh. Nếu bệnh nhân hôn mê; theo dõi về thời gian, tác dụng của thuốc. Theo dõi các rối loạn thần kinh thực vật, can thiệp kịp thời khi có tăng tiết

- Đảm bảo dinh dưỡng: Cho ăn tăng đậm, tăng quả tươi, bệnh nhân không tự ăn được thì: Cho ăn cháo lọc, hoặc súp, sữa, qua sonde (hiện nay sữa Ensure được coi là thức ăn đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân)

- Vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân: Thay quần áo cho bệnh nhân theo quy định. Vệ sinh thực phẩm ăn uống

- Chăm sóc hệ thống các cơ quan: Lau rửa răng, mũi, miệng thường xuyên. Tra thuốc nhỏ mắt khi có đau mắt. Lau, rửa giữ da khô, sạch. Trỏ người, kê điểm tỳ đè trá- Đọc kết quả xét nghiệm để biết và tiên lượng nặng nhẹ. Dẫn lưu nước tiểu trong 24h (nếu bệnh nhân bí tiểu). Đo lượng nước tiểu quan sát màu sắc. Các chất thải của bệnh nhân phải đổ đúng chỗ quy định

6.5. Đánh giá

Đánh giá quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc, đã đúng và đầy đủ các bước chưa? Bản kế hoạch chăm sóc được đánh giá là chăm sóc tốt khi bệnh nhân khỏi không để lại di chứng.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân, cơ chế bệnh sinh của viêm não mủ do não mô cầu ?
2. Anh(chị) trình bày dấu hiệu lâm sàng của viêm não mủ do não mô cầu ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, chuẩn đoán, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân của viêm não mủ do não mô cầu ?

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau:

1. Thời kỳ toàn phát bệnh nhân viêm màng não mủ não mô cầu có biểu hiện:

- A. Sốt cao, mạch nhanh
- B. Có nôn vọt
- C. Có hội chứng màng não
- D. cả A,B,C

2. Trẻ sơ sinh và nhũ nhi viêm màng não mủ do mô cầu có biểu hiện khác người lớn là:

- A. Vạch màng não dương tính
- B. Hội chứng nhiễm trùng
- C. Thóp phồng
- D. Liệt khu trú

3. Khi điều trị cho bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu, người điều dưỡng cần thực hiện sớm mệnh lệnh:

- A. Đo thân nhiệt ngay cho bệnh nhân
- B. Thực hiện kháng sinh sớm và đủ
- C. Vệ sinh thường xuyên cho bệnh nhân
- D. Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân

4. Sau khi chọc dò dịch não tuỷ cho bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu, phải nhắc bệnh nhân:

- A. Nằm ngửa đầu thấp 1-2h
 - B. Nằm nghiêng
 - C. Nằm ngửa có gối
 - D. Ngồi dậy sau 5p
- 5. Dịch não tủy của bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu có màu:**
- A. Màu vàng chanh
 - B. Màu trong
 - C. Màu đục
 - D. Màu đỏ
- 6. Chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ do mô cầu, quan trọng nhất là:**
- A. Đảm bảo đủ dinh dưỡng
 - B. Thực hiện mệnh lệnh kháng sinh sớm và đủ liều
 - C. Phòng nghỉ thoáng, vệ sinh tốt
 - D. Cả A,B,C
- 7. Bệnh nhân viêm màng não mủ do mô cầu có tăng tiết đờm rãi cần được xử trí ngay:**
- A. Hút đờm rãi làm lưu thông đường hô hấp
 - B. Duy trì mạch, huyết áp.
 - C. Cho thở oxy ngắt quãng
 - D. Vệ sinh mũi họng
- 8. Bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu có tăng tiết đờm rãi cần xử trí ngay :**
- A. Cho ăn súp ít một
 - B. Cho ăn qua sonde
 - C. Truyền đạm tĩnh mạch
 - D. Ăn tăng hoa quả
- 9. Loại bạch cầu hay gặp trong não tủy của bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu là:**
- A. Bạch cầu ưa acid
 - B. Bạch cầu Lympho
 - C. Bạch cầu đa nhân trung tính thái hoá
 - D. Bạch cầu mono
- 10. Để tránh loét cho bệnh nhân viêm màng não mủ do não mô cầu, điều dưỡng viên phải làm tốt việc:**
- A. Trỏ mình thường xuyên cho bệnh nhân
 - B. Cho nằm đệm nước chống loét
 - C. Vệ sinh hàng ngày phát hiện sớm vùng tỳ đè
 - D. Thay quần áo

Bài 9

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN QUAI BỊ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh quai bị.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân quai bị

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây dịch do virus quai bị gây sung, đau tuyến nước bọt, ngoài ra còn gây viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác.

1.2. Mầm bệnh

- Virus quai bị có cấu trúc ARN thuộc nhóm Paramyxovirus. Virus tồn tại khá lâu ngoài cơ thể: ở 15-20°C sống 50-90 ngày, tồn tại lâu ở nhiệt độ thấp, nhưng bị bất hoạt nhanh khi ra ánh nắng và trong điều kiện khô nóng.

- Các thuốc sát khuẩn thông thường tiêu diệt được chúng nhanh chóng.

1.3. Dịch tễ

+ Nguồn bệnh: Là những người đang mắc quai bị ở tất cả các thể.

+ Đường lây: Bệnh lây trực tiếp bằng đường hô hấp qua những giọt nước bọt nhỏ từ người bệnh bắn ra (khi ho, hắt hơi...).

Thời gian lây: Từ 7 ngày trước đến 7 ngày sau khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh.

+ Khởi cảm thụ: Bệnh quai bị thường gặp ở trẻ em từ 3 đến 15 tuổi (chủ yếu 5-9 tuổi) và thanh niên từ 18-20 tuổi, hiếm gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi, nam mắc nhiều hơn nữ.

+ Miễn dịch: Sau khi mắc bệnh, bệnh nhân có miễn dịch bền vững suốt đời.

2. Cơ chế bệnh sinh

Từ niêm mạc miệng, mũi, họng, kết mạc, virus đột nhập vào máu gây nhiễm virus huyết và gây nên các triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc ở thời kỳ đầu. Sau đó từ máu virus đột nhập vào các tuyến nước bọt (hay gặp nhất là tuyến nước bọt mang tai), tuyến sinh dục, tuyến thần kinh v.v...và phát triển gây nên triệu chứng viêm cục bộ ở các cơ quan này, sau đó virus được đào thải qua nước bọt. Đôi khi có thể từ tuyến nước bọt đột nhập vào máu gây tổn thương ở tuyến khác.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. *Lâm sàng thể điển hình mức độ vừa*: Là thể viêm tuyến mang tai (thể hay gặp nhất, chiếm 70% các thể khu trú rõ).

3.1.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình từ 18 đến 21 ngày, không có triệu chứng gì.

3.1.1.2. Thời kỳ khởi phát

Sốt 38-39°C, đau đầu, đau mồm toàn thân, ăn ngủ kém, cần tìm ba điểm đau của Rillet và Barthez đó là:

Điểm khớp thái dương hàm

Điểm mỏm xương chũm

Điểm góc hạc hàm dưới

Khi tìm được ba điểm đau trên có giá trị chẩn đoán sớm bệnh quai bị.

3.1.1.3. Thời kỳ toàn phát

Sau sốt 24-28 giờ xuất hiện viêm tuyến mang tai. Lúc đầu sưng một bên, sau 1-2 ngày sưng tiếp bên kia (thường sưng cả hai bên, ít gặp sưng chỉ một bên). Tuyến mang tai sưng to đôi khi làm mất rãnh trước và sau tai, có khi biến dạng mặt, mặt phình ra, cổ bạnh, cằm xệ.

Da vùng tuyến mang tai bị căng bóng, không đỏ, ấn không lâm, sờ không nóng, đau, nước bọt ít, quánh. Viêm đỏ lỗ ống Stenon (dấu hiệu Moson).

Các triệu chứng khác:

+ Đau hàm khi há miệng, khi nhai, nuốt, đau lan ra tai.

+ Họng viêm đỏ.

+ Sưng hạc góc hàm.

3.1.1.4. Thời kỳ lui bệnh

Bệnh tự khỏi trong vòng 10 ngày. Thường hết sốt sau 3-4 ngày, tuyến hết sưng trong vòng 8-10 ngày, hạc sưng kéo dài hơn tuyến một chút. Tuyến nước bọt không bao giờ hoá mủ (trừ khi bội nhiễm vi khuẩn) và cũng không bao giờ bị teo. Các triệu chứng khác cũng lui dần và khỏi hẳn.

3.1.2. Các tổn thương ngoài tuyến mang tai

+ Viêm tinh hoàn: Thường gặp ở lứa tuổi dậy thì, chiếm 20-30%. Xuất hiện vào ngày thứ 6-7 sau khi sưng tuyến mang tai, với các triệu chứng sốt cao 39°C-40°C, tinh hoàn sưng to, đau nhức da hơi bị đỏ và thường bị một bên, sau 4-5 ngày bệnh nhân hết sốt, sau hai tuần tinh hoàn mới hết sưng. Sau hai tháng mới đánh giá được tinh hoàn có teo hay không. Khoảng 30-40% bị teo. Nếu viêm teo cả hai bên tinh hoàn thì có thể gây vô sinh.

+ Tổn thương thần kinh: Viêm màng não: Chiếm 10-35% trẻ nhỏ, có thể xảy ra đơn độc hoặc sau viêm tuyến mang tai 3-10 ngày.

Triệu chứng lâm sàng: Sốt cao, nhức đầu, nôn, rối loạn ý thức, co giật, cổ cứng, Kernig (+). Nước não tuỷ trong, tăng áp lực và tăng bạch cầu đơn nhân viêm não: Chiếm 0,5%, có thể xảy ra đồng thời hoặc sau viêm tuyến mang tai 2-3 tuần. Biểu hiện lâm sàng: Sốt cao, nhức đầu, co giật, rối loạn hành vi, tác phong, có thể liệt. Các rối loạn ý thức và vận động trong tổn thương thần kinh do virus quai bị thường cuối cùng sẽ hồi phục, rất hiếm khi có di chứng vĩnh viễn.

+ Viêm tụy cấp: Chiếm 3-7%. Thường chỉ xảy ra ở người lớn, rất hiếm ở trẻ em. Bệnh thường xảy ra vào ngày thứ 4 đến ngày thứ 10 khi viêm tuyến mang tai đã đỡ với triệu chứng sốt trở lại, đau thượng vị, nôn, đầy bụng, ỉa lỏng. Biểu hiện thường gặp là thay đổi sinh hoá (Amylaza máu và nước tiểu tăng). Bệnh diễn ra lành tính, khỏi sau 1-2 tuần.

+ Tổn thương cơ quan khác:

- Quai bị và thai nghén: Nếu nhiễm bệnh ba tháng đầu của thời kỳ thai nghén, có khả năng bị dị dạng thai, sảy thai. Nếu mắc bệnh 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, có thể tăng khả năng thai chết lưu hoặc đẻ non.

- Viêm buồng trứng: 7% sau tuổi dậy thì, sốt và đau hạ vị.
- Viêm cơ tim.
- Viêm tuyến giáp ...

3.2. Xét nghiệm: Nhìn chung xét nghiệm là không cần thiết để chẩn đoán quai bị. Tuy nhiên, các xét nghiệm để chẩn đoán quai bị là:

- Amylaza máu, nước tiểu khi nghi ngờ viêm tụy
- Chỉ chọc dịch não tủy khi có hội chứng viêm màng não.

4. Điều trị và dự phòng

4.1. Điều trị: Không có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị triệu chứng. Nghỉ ngơi, hạ sốt, giảm đau bằng Paracetamol. Chống viêm bằng Corticoid đối với viêm tinh hoàn.

4.2. Dự phòng

Cách ly bệnh nhân ít nhất là 2 tuần. Người tiếp xúc với bệnh nhân cần phải đeo khẩu trang. Tiêm phòng vacxin có tác dụng bảo vệ 75-90%, miễn dịch ít nhất 17 năm.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định

* *Hỏi:*

Phát hiện triệu chứng bằng cách hỏi: Bị bệnh từ bao giờ? Dịch tể xung quanh. Quá trình sốt, sưng đau tuyến mang tai, có ăn được không, có bị nôn không?

* *Khám:*

Quan sát và thăm khám, nhất là những triệu chứng viêm tuyến nước bọt. Chú ý các dấu hiệu: Sưng tuyến nước bọt, sưng một bên hay hai bên, da vùng sưng.

- Đau tuyến nước bọt: Khám 3 điểm đau, đau liên quan đến nuốt?
- Khám lỗ ống Stenon xem có mủ chảy ra không?
- Sưng đau tinh hoàn, sưng đau một bên hay hai bên, đánh giá mức độ đau, sưng.
- Bệnh nhân nôn nhiều, đau thượng vị, biểu hiện viêm tụy cấp. Lấy mạch, đo huyết áp, phát hiện sốt.

- Tri giác: Li bì, co giật, rối loạn hành vi, tác phong, liệt.

Thực hiện đầy đủ xét nghiệm: Amylaza máu và nước tiểu trong trường hợp viêm cấp tụy.

- Dịch não tủy trong trường hợp viêm màng não.

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Bệnh nhân đau và khó chịu do viêm tuyến nước bọt.
- Dinh dưỡng kém do đau tuyến mang tai gây khó nuốt.
- Gia đình và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm nhiệt độ cho bệnh nhân.
- Làm giảm đau và khó chịu.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Giáo dục sức khỏe.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Giảm nhiệt độ cho bệnh nhân: Lấy nhiệt độ ngày 3 lần. Khi bệnh nhân sốt cao: chườm mát vùng trán cho bệnh nhân, dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol khi có sốt cao,...

- Làm giảm đau và khó chịu: Hàng ngày theo dõi mức độ đau và sưng tuyến mang tai, tinh hoàn (khi viêm tinh hoàn), đau thượng vị (viêm tụy).

+ Giảm đau áp dụng nhiệt trị liệu.

Chườm nóng có tác dụng tốt nhất giảm đau. Với bệnh nhân viêm tuyến mang tai: Chườm nóng vùng hàm, có thể dùng đậu xanh 30 gam tán nhỏ trộn với dầu đắp vào chỗ sưng hoặc mài hạt gạo ngâm rượu xoa vào chỗ sưng. Với bệnh nhân viêm tinh hoàn: Mặc quần áo lót chặt để treo tinh hoàn, chườm nóng với bệnh nhân viêm tụy: Chườm nóng vùng thượng vị.

+ Nghỉ ngơi có tác dụng giảm đau. Bệnh nhân phải nằm yên trong thời gian sốt và sưng tuyến, hạn chế đi lại trong khoảng 4-5 ngày đầu.

+ Dùng các thuốc giảm đau như Paracetamol hoặc Aspirin. Dùng thuốc chống viêm Corticoit cho bệnh nhân viêm tinh hoàn.

Khi dùng Aspirin và Corticoit cho bệnh nhân cần hướng dẫn kỹ cho bệnh nhân khi sử dụng vì nó có nhiều tác dụng phụ, gây kích ứng dạ dày, chảy máu dạ dày, vì vậy khi cho bệnh nhân uống nên khuyến uống cùng với sữa hoặc uống trong bữa ăn. Bệnh nhân đau nên thường không đảm bảo giấc ngủ. Người điều dưỡng nên động viên và khuyến bệnh nhân ngủ đúng giờ, tránh ồn ào ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân. Có thể dùng thuốc an thần nhẹ cho bệnh nhân.

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân: Bệnh nhân thường mệt mỏi, ăn kém do đau và khó nuốt. Người điều dưỡng cần hướng dẫn cho bệnh nhân chế biến thức ăn và chọn thức ăn. Nên ăn thức ăn lỏng dễ nuốt trong những ngày đầu. Ăn nhiều bữa đảm bảo đủ đạm và vitamin.

- Giáo dục sức khỏe: Ngay khi bệnh nhân mới vào viện, phải hướng dẫn nội qui khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị. Bệnh nhân phải nằm phòng cách ly.

Nên có buổi tư vấn về bệnh tật và tiến triển của bệnh để bệnh nhân biết cách giữ gìn, tránh lây lan cho những người xung quanh. Biết cách phát hiện tác dụng phụ của thuốc. Hướng dẫn cho bệnh nhân cách tự chăm sóc: Mặc quần áo, nghỉ ngơi, chườm nóng.

5.5. **Đánh giá**

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân có đạt với mục tiêu mong chờ không? Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu sau một tuần tuyến mang tai nhỏ dần, bớt đau, các triệu chứng đau bụng, khó nuốt giảm dần và từ từ khỏi.

LƯỢNG GIÁ

*** Phân biệt đúng sai từ câu 1 đến câu 6 bằng cách đánh dấu x vào cột A nếu là câu đúng và cột B nếu là câu sai:**

STT	Câu hỏi	A	B
1	Bệnh quai bị là bệnh do virrus gây nên		
2	Bệnh quai bị lây qua đường tiêu hoá		
3	Bệnh quai bị gặp nhiều ở lứa tuổi 5-9 tuổi		
4	Bệnh quai bị chỉ viêm tuyến mang tai không viêm tuyến khác		
5	Viêm tuyến nước bọt do virrus quai bị không bao giờ hoá mủ		
6	Bệnh nhân quai bị viêm tinh hoàn sẽ không có con		

*** Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 7 đến câu 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên.**

7. Chẩn đoán sớm bệnh quai bị khi tìm được triệu chứng sau:

- A. Sốt cao đột ngột, nhức đầu nhiều.
- B. Tìm thấy 3 điểm đau Rillet và Barthez
- C. Thấy tuyến nước bọt sưng đau
- D. Tăng tiết nước bọt

8. Điều trị bệnh quai bị chủ yếu là:

- A. Dùng kháng sinh sớm
- B. Điều trị triệu chứng
- C. Không có thuốc đặc hiệu
- D. Chống viêm bằng Corticoid

9. Chăm sóc bệnh nhân quai bị quan trọng nhất là:

- A. Thực hiện đầy đủ mệnh lệnh thuốc.
- B. Theo dõi sát diễn biến của bệnh nhân
- C. Đảm bảo nghỉ tĩnh, đảm bảo dinh dưỡng
- D. Cả A,B,C

10. Phòng bệnh quai bị cần làm tốt công tác sau:

- A. Không tập chung khi có dịch
- B. Ngoáy họng cây tìm người lành mang bệnh
- C. Tiêm vacxin định kỳ
- D. Cách ly sớm người bệnh

Bài 10

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BẠCH HẦU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân cách thức lây truyền bệnh bạch hầu.
2. Kể được các triệu chứng lâm sàng và biến chứng của bệnh.
3. Mô tả được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bạch hầu là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do Coryne Bacterium Diphtheriae gây nên. Tổn thương đầu tiên là một màng giả ở đường hô hấp trên, từ đây độc tố vi khuẩn gây tổn thương tại chỗ và toàn thân.

1.2. Mầm bệnh

- Do vi khuẩn bạch hầu gây nên (Coryne Bacterium Diphtheriae).
- Vi khuẩn là trực khuẩn Gram (+), có hình dùi trống hoặc quả tạ.
- Nhuộm soi thấy hình ảnh vi khuẩn bạch cầu xếp thành chữ V, M, ... có màu sắc tùy thuộc vào phương pháp nhuộm (Xem sách về vi sinh vật)
- Vi khuẩn tiết ra độc tố rất độc.

Ví dụ: 1 mg độc tố bạch hầu gây chết 1.000 chuột lang, mỗi con nặng 250g trong vòng 96 giờ.

- Sức đề kháng: Tốt, sống lâu ở màng giả và họng bệnh nhân.
 - + Điều kiện thiếu ánh sáng vi khuẩn tồn tại hàng tháng. Dưới ánh nắng mặt trời vi khuẩn chết sau vài giờ.
 - + Trên đồ chơi, quần áo, ... vi khuẩn có thể sống vài ngày.
 - + Vi khuẩn bị tiêu diệt ở 58°C trong vòng 10 phút.
 - + Dung dịch Phenol 1%, Sublime 1% diệt khuẩn trong 1 phút

1.3. Dịch tễ

- Nguồn lây:
 - + Chủ yếu là người bệnh
 - + Người lành mang trùng
- Đường lây: Theo đường hô hấp
 - + Lây trực tiếp là chủ yếu
 - + Lây gián tiếp thông qua đồ dùng, đồ chơi, quần áo có mang vi khuẩn bạch hầu.
- Khỏi cảm thụ: Hay gặp ở trẻ em nhất là từ 01 đến 9 tuổi. Nếu tiêm phòng khoảng 80% trẻ em được bảo vệ.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Bạch hầu họng thể thông thường

2.1.1. Ủ bệnh: Từ 2 đến 5 ngày.

2.1.2. Khởi phát: Bệnh thường bắt đầu từ từ với những dấu hiệu:

- + Sốt nhẹ 37°C đến 38°C
- + Mệt mỏi, kém chơi, kém ăn.

- + Da xanh, tái
- + Chảy nước mũi một bên hoặc hai bên
- + Sờ thấy hạch ở cổ nhỏ, di động không đau
- + Họng đỏ, Amidan đôi khi có điểm trắng mờ nhạt
- Nếu phát hiện ở giai đoạn này: Cho ngoáy họng tìm vi khuẩn, điều trị kịp thời kết quả điều trị cao.

2.1.3. Toàn phát:

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc.
 - + Sốt nhẹ 38°C đến 38.5°C nhưng mạch khá nhanh, huyết áp hơi hạ
 - + Hạch cổ cứng, sờ di động, không đau
 - + Mệt, nuốt đau, xanh xao.
 - + Đái ít, nước tiểu có Anbumin
- Hội chứng viêm họng trắng
 - + Lớp màng giả màu trắng thường 1 bên Amidan hoặc 2 bên, có thể lan trùm lưỡi gà và màn hầu.
 - + Đặc điểm của màng giả: Khá dai, dính chặt vào họng, khó bóc, nếu có bóc thì chảy máu, bỏ vào nước mạng giả không tan.

2.1.4. Tiến triển

- Điều trị sớm bệnh tiến triển tốt, màng giả rụng hết sau 24 đến 48 giờ
- Điều trị muộn màng giả lan rộng xuống thanh quản gây bạch hầu thanh quản hoặc diễn biến nặng gây bạch hầu ác tính, nguy cơ tử vong cao.

2.2. Bạch hầu thanh quản

Thường xảy ra sau bạch hầu họng, bệnh thường gặp ở trẻ em từ 2 đến 5 tuổi. Bệnh diễn biến qua 3 giai đoạn:

- + Giai đoạn khàn giọng, mất tiếng: Kéo dài không 1 đến 2 ngày, trẻ sốt nhẹ 38°C, mệt mỏi, giọng khàn và ho tiếng ông ổng đến ho khàn sau đó mất giọng, nói không ra tiếng.

- + Giai đoạn khó thở: Xuất hiện khó thở thanh quản.

* Chia độ:

Độ 1: Khó thở từng cơn, tăng khi bị kích thích

Độ 2: Khó thở liên tục, vật vã (mở khí quản tốt nhất)

Độ 3: Khó thở nhanh nông, tím tái, lơ mơ

- + Giai đoạn ngạt thở:

Trẻ lịm dần, bất động, mê man, tím tái có thể tử vong

2.3. Bạch hầu ác tính

- Bạch hầu ác tính tiên phát: Xuất hiện ngày thứ 1 hoặc 2 của bệnh
- Bạch hầu ác tính thứ phát: Xuất hiện ngày thứ 10 đến ngày thứ 15 của bệnh
- * Triệu chứng lâm sàng:
 - Hội chứng nhiễm độc nặng:
 - + Sốt cao, mệt lả, da xanh tái, nôn, nuốt đau
 - + Sốt huyết, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, xuất huyết nội tạng.
 - + Hạch cổ sưng to, dính với nhau thành một khối không di động làm cổ bạnh ra.
 - + Huyết áp hạ, mạch nhanh, tiếng tim mờ, nhịp tim nhanh, có nhịp ngựa phi, gan to đi tiểu ít, nước tiểu có Albumin, Urê máu cao.
 - Màng giả: Nạn tràn nhanh, màu sẫm, dễ chảy máu, hơi thở hôi
 - Diễn biến

- Diễn biến tối cấp sau 24 đến 36 giờ
 - + Tiến triển nhanh: Tử vong sau 5 đến 6 ngày do ngạt thở hoặc xuất huyết
 - + Tiến triển bán cấp:

Lúc đầu thuyên giảm đến ngày thứ 5, 6 bệnh nhân liệt màn hầu, ngày thứ 10,15 xuất hiện huyết nôn nhiều viêm cơ tim, bệnh nhân tử vong đột ngột do trụy mạch không hồi phục.

3. Biến chứng

3.1. Biến chứng tim mạch: Thường xuyên có trong bệnh bạch hầu

- Rối loạn tim mạch: Xuất hiện sớm trong những ngày đầu của bệnh. Thường mạch nhanh nếu nặng hơn mạch nhanh nhỏ yếu, huyết áp hạ dần dần đến trụy tim mạch, nguy cơ tử vong cao.

- Viêm cơ tim: có thể xuất hiện sớm vào những ngày đầu, thường xuất hiện vào tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh, rất dễ suy tim cấp, chết đột ngột.

3.2. Biến chứng thần kinh

Có thể xuất hiện sớm nhưng thường vào tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh

- Liệt màn hầu
- Liệt chi

2 dấu hiệu trên thường hồi phục sau vài tháng.

3.3. Biến chứng thận

Viêm cầu thận hoặc ống thận. Nếu nặng suy thận cấp, nguy cơ tử vong cao cho bệnh nhân.

4. Điều trị

Trung hòa độc tố càng sớm càng tốt bằng SAD:

+ Nhẹ: Từ 20.000 đến 30.000 đơn vị

+ Nặng: Từ 80.000 đến 100.000 đơn vị SAD tiêm một lần dưới da hoặc ½ liều cơ bắp khi tiêm cần thử phản ứng huyết thanh được pha loãng 1/1000 trong nước muối sinh lý, 0,1ml tiêm trong da, đọc kết quả sau 20 phút phản ứng dương tính là: Quầng đỏ hơn 10mm.

- Diệt vi khuẩn bằng kháng sinh:

+ Peniciline G 50.000 đến 100.000 UI/kg/ngày

+ Erythromyxin:

Trẻ em: 40mg/kg/ngày

Người lớn: 1,5g/ngày

- Điều trị hỗ trợ: Vitamin C, trợ tim mạch, an thần, Corticoid cho trường hợp nặng, mở khí quản.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định: Nhận định chăm sóc để thiết lập những thông tin cơ bản về tình trạng hiện tại của bệnh nhân.

- Hỏi bệnh thật chi tiết.

* *Chú ý:*

+ Ngày thứ bao nhiêu của bệnh ?

+ Diễn biến các triệu chứng lâm sàng từ khi có dấu hiệu đầu tiên, quan tâm đến dấu hiệu sốt nhẹ nhưng bệnh nhân mệt nhiều, quấy khóc, kém chơi.

+ Tình hình dịch tễ có liên quan đến bệnh nhân nhưng xung quanh có trẻ mắc bệnh bạch hầu không đã tiêm vacxin đầy đủ chưa ?

- Khám thực thể toàn bộ và tỉ mỉ.

- + Về tình trạng hô hấp: Đếm nhịp thở, kiểu thở, xác định khó thở thanh quản.
- Tình trạng tím tái, mức độ tăng tiết, ho...
- + Tình trạng tuần hoàn : Đếm mạch thường thấy mạch nhanh. Đo huyết áp, thường thấy huyết áp có giảm, nghe tiếng tim.
- + Tình trạng tiết niệu: Đái ít, vô niệu
- + Thần kinh: Mệt mỏi, bứt dứt, vật vã, liệt...
- + Khàn giọng, mất giọng
- + Tình trạng chung: Nhiệt độ, da xanh, tình trạng màng giả phát triển và màu sắc, xuất huyết...
- + Rối loạn các dấu hiệu sinh tồn do tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.
- + Đường dẫn khí bị cản trở do sự tăng tiết đờm dãi, giả mạc lan rộng...

Biến chứng nặng do phát hiện muộn, xử lý không kịp thời, chăm sóc kém ...

5.2. Kế hoạch chăm sóc

Dựa vào số liệu thu thập được qua nhận định có thể đưa ra kế hoạch sau:

- Chăm sóc cơ bản
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Bảo đảm không khí, chống suy hô hấp
- Theo dõi, ngăn ngừa biến chứng
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm và theo dõi kết quả xét nghiệm
- Theo dõi phát hiện dấu hiệu của bạch hầu thanh quản và bạch hầu ác tính.

5.3. Thực hiện kế hoạch

- Chăm sóc cơ bản
- + Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại buồng cách ly là rất quan trọng nhất là khi có biến chứng viêm cơ tim. Thời gian nghỉ ngơi tuyệt đối từ 2 đến 3 tuần hoặc có thể từ 40 đến 50 ngày trong phòng riêng, thoáng, sáng, yên tĩnh
- + Chế độ ăn: Ăn đủ chất, ăn lỏng trong giai đoạn cấp, ăn nhiều hoa quả, uống nhiều nước. Nếu bệnh nhân có liệt màn hầu cho bệnh nhân ăn ở mức độ sền sệt thì dễ nuốt hơn ăn lỏng, cho uống ít nước một. Nếu không nuốt được cho bệnh nhân ăn qua sonde.
- + Chế độ vệ sinh răng, miệng vào buổi sáng, tối và sau khi ăn. Vệ sinh thân thể tránh viêm loét.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:
- + Đếm mạch, đo huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần
- + Đo nhiệt độ 3 giờ/lần, khi bệnh nhân sốt cao thì diễn biến nặng phải xử trí.
- Bảo đảm thông khí:
- + Khi có dấu hiệu tăng tiết, lau và hút đờm rãi cho bệnh nhân.
- + Làm giảm khó thở cho bệnh nhân, cho bệnh nhân nằm đầu cao hoặc thở oxy.
- + Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để giúp bác sỹ khi có chỉ định mở khí quản và chăm sóc chỗ mở khí quản như chăm sóc vết thương.
- Theo dõi kết quả xét nghiệm:
- + Lấy bệnh phẩm ở họng làm xét nghiệm
- + Đo nước tiểu 24 giờ và xét nghiệm nước tiểu
- + Ghi điện tâm đồ
- Theo dõi ngăn ngừa biến chứng: Nhất là biến chứng tim mạch. Để bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối, hạn chế người vào thăm tránh ồn ào.
- Giáo dục sức khỏe: cung cấp những kiến thức để:
- + Bệnh nhân kết hợp với thầy thuốc tốt nhất để đạt hiệu quả cao trong điều trị

+ Bệnh bạch hầu nguy hiểm nhưng phòng ngừa được: Tiêm phòng, không tập trung đông trẻ nơi có dịch bệnh. Cách ly bệnh nhân ít nhất 21 ngày. Ngoáy họng xét nghiệm 3 lần âm tính mới cho bệnh nhân ra viện.

5.4. Đánh giá: Bệnh nhân bạch hầu đến trước 48 giờ và chưa có biến chứng. Nếu chăm sóc và điều trị tốt thì hiệu quả tốt. Nếu điều trị sớm (Dùng SAD và kháng sinh sớm) thì nguy cơ tử vong dưới 5%, nếu điều trị muộn vào ngày thứ 4 trở đi thì nguy cơ tử vong tăng 20 lần.

LUỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh bạch hầu ?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh bạch hầu ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, chuẩn đoán, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bạch hầu ?

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất, cho các câu sau đây.**

4. Sốt trong bệnh bạch hầu thể thông thường có đặc điểm.

- A. Dao động
- B. Sốt cơn
- C. Sốt cao
- D. Sốt nhẹ

5. Dấu hiệu sớm của bệnh bạch hầu, thanh quản là:

- A. Sốt cao
- B. Khó thở
- C. Giả mạc chuyển màu
- D. Khàn giọng

6. Bệnh bạch hầu họng thông thường có thời gian ủ bệnh là:

- A. 1 ngày đến 2 ngày
- B. 2 ngày đến 5 ngày
- C. 5 ngày đến 10 ngày
- D. 10 đến 12 ngày.

7. Dấu hiệu nào thể hiện bạch hầu ác tính:

- A. Da xanh
- B. Chảy nước mũi 2 bên
- C. cổ bạnh
- D. Sốt nhẹ.

Bài 11

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HO GÀ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh ho gà.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị ho gà.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Ho gà là bệnh truyền nhiễm cấp tính do trực khuẩn ho gà gây ra, bệnh nhân lây theo đường hô hấp. Biểu hiện trên lâm sàng bằng những cơn ho dữ dội đặc biệt.

1.2. Mầm bệnh: Bordetella-Gengou là vi khuẩn Gram (-) hai đầu nhọn hiếu khí nuôi cấy ở môi trường Bosdel- Gengou sau 24 giờ đã mọc, vi khuẩn kém chịu đựng với nhiệt độ: Dưới ánh sáng mặt trời vi khuẩn chết sau 1 giờ, ở nhiệt độ 35°C chết sau 30 phút.

1.3. Dịch tễ

+ Nguồn bệnh: là những bệnh nhân bị bệnh ho gà. Bệnh lây lan nhanh nhất trong tuần đầu của bệnh, khó có những biểu hiện viêm long đường hô hấp và những cơn ho đầu tiên.

+ Đường lây: bệnh ho gà lây bằng đường hô hấp do vi khuẩn có trong những giọt nước bắn ra từ mũi, miệng bệnh nhân khi ho, hắt hơi lây trực tiếp sang người lành.

+ Cơ thể cảm thụ: Mọi lứa tuổi, giới, dân tộc, vùng địa lý đều có thể bị ho gà nhưng chủ yếu là trẻ em 1-6 tuổi dễ bị hơn, trẻ càng ít tuổi bệnh càng nặng.

+ Miễn dịch: Sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững suốt đời.

2. Cơ chế bệnh sinh

Trực khuẩn ho gà vào biểu mô đường hô hấp, phát triển nhân lên, không xâm nhập vào mạch máu. Tại đây chúng ức chế sự hoạt động của các tế bào biểu mô, gây viêm cấp tính đường hô hấp và kích thích niêm mạc tăng tiết nhầy. Thương tổn xảy ra chủ yếu ở phế quản và các tiểu phế quản.

Độc tố của vi khuẩn một mặt kích thích trực tiếp vào các cảm thụ thần kinh của niêm mạc đường hô hấp gây ra các cơn ho điển hình, mặt khác tác động lên hệ thần kinh trung ương. Tại đây độc tố ảnh hưởng trực tiếp đến trung khu hô hấp ở hành tủy, gây ra những biểu hiện rối loạn hô hấp. Nếu nặng có thể ngừng thở. Độc tố còn có thể gây ra những ổ hưng phấn ở trung khu hô hấp, kết quả là tạo nên những cơn ho phản xạ kéo dài. Sự lan truyền của độc tố ở thần kinh trung ương có thể dẫn tới biểu hiện viêm não: (Một biến chứng nặng của ho gà).

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng: (Thể Lâm sàng điển hình)

3.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: 2 - 30 ngày (trung bình 5-12 ngày) hoàn toàn im lặng.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: (còn gọi là giai đoạn viêm long).

Thường từ 3-14 ngày với các biểu hiện:

- Sốt nhẹ, từ từ tăng dần.

- Các triệu chứng viêm long đường hô hấp: Ho khan, hắt hơi, chảy nước mũi, đau rát họng, dần dần chuyển thành cơn ho.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát: (Thời kỳ ho cơn)

Kéo dài 1-2 tuần. Xuất hiện những cơn ho gà điển hình, xảy ra bất chợt, vô cớ cả ngày và đêm, ho nhiều về đêm, ho cả khi trẻ đang ăn, đang chơi hoặc khi quấy khóc. Cơn ho điển hình diễn biến qua ba giai đoạn:

- Ho
- Thở rít ra
- Khạc đờm

Ho: Ho rũ rượi thành cơn, mỗi cơn từ 5-12 miếng ho, ho liên tiếp, càng về sau càng ho yếu và giảm dần, khi ho lưỡi bị đẩy ra ngoài, lâu dần loét dây hàm lưỡi (ở trẻ không có răng không có triệu chứng này). Ho nhiều làm trẻ thở yếu dần có lúc như ngừng thở, mặt tím tái, mắt đỏ, tinh mạc có nổi, chảy nước mắt, nước mũi.

Thở rít vào: Khi trẻ khạc đờm trắng, màu trong, dính như lòng trắng là lúc kết thúc một cơn ho. Trong đờm có trực khuẩn ho gà, tế bào biểu mô phế quản và bạch cầu Lympho.

Sau mỗi cơn ho trẻ bơ phờ mệt mỏi, có thể nôn vã mồ hôi, mạch nhanh, thở nhanh, kèm theo có thể thấy một số triệu chứng sau: Sốt hoặc không sốt, mặt và mi mắt nặng, loét dây hàm lưỡi. Nghe phổi có thể thấy một số ran phế quản.

3.1.4. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục

Kéo dài 2-4 tuần, số cơn ho giảm dần, thời gian mỗi cơn ho ngắn lại, cường độ ho giảm, khạc đờm ít, sau đó hết hẳn. Tình trạng toàn thân tốt dần lên, trẻ ăn được và vui chơi bình thường.

3.2. Xét nghiệm

- Công thức máu:

Hồng cầu bình thường

Bạch cầu tăng 20.000-50.000/nm³ 60-70% là Lympho bào.

- Ngoáy dịch trong họng để cấy phân lập trực khuẩn tỷ lệ (+) cao.

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng hô hấp: Chủ yếu là do bội nhiễm ở phổi, phế quản.

Trong cơn ho trẻ có thể ngạt thở, ngừng thở, viêm phổi do bội nhiễm, viêm phế quản khí phế thũng, tràn khí mạng phổi, xẹp phổi, giãn phế quản phổi.

4.2. Biến chứng thần kinh: Có thể viêm não do ho gà, hoặc xuất huyết não.

4.3. Biến chứng tiêu hoá: Có thể nôn nhiều gây mất nước và điện giải, viêm loét họng, loét hoặc đứt dây hàm lưỡi. Lòng ruột sa trực tràng.

4.4. Biến chứng ở các cơ quan khác:

Viêm tai giữa chảy máu dưới màng tiếp hợp.

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

* **Kháng sinh đặc hiệu:** Nên dùng một trong các loại sau:

Ampixilin 75-100mg/kg/ngày.

Erythromyxin 30-50mg/kg/ngày trong 7-10 ngày.

* **Điều trị triệu chứng:**

Làm giảm và cắt cơn ho bằng cách: Dùng thuốc kháng sinh Histamin hoặc Siro Phenergan 10-20 mg/ngày.

Seduxen 1-2mg/kg/ngày hoặc Gardenan 2-3mg/kg/ngày.

Khi có nôn nhiều: Dùng Primperan 0,5-1ml/ngày.

Khi có khó thở: Móc, hút, đờm dãi, cho thở oxy.

Trợ tim mạch: Coramin 0,25% x 20-30 giọt/ngày.

5.2. Phòng bệnh

Khi có dịch, cách ly sớm những trẻ bị bệnh. Tránh tập trung đông người. Tuyên truyền để các gia đình có con nhỏ đi tiêm phòng đúng quy định theo đúng chương trình tiêm phòng mở rộng.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định chăm sóc

* *Hỏi bệnh nhân* bị bệnh từ bao giờ, dịch tể xung quanh, bệnh nhân có ngủ được không, nôn nhiều hay ít, ăn được hay không, có quấy khóc nhiều không có biểu hiện đau đâu không?

* *Khám:*

- Hô hấp: Quan sát sắc mặt bệnh nhân môi bệnh nhân có tím không, đường hô hấp có lưu thông không, mức độ tăng tiết đờm rãi, đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở.

- Tuần hoàn: Bắt mạch, đo huyết áp.

- Tình trạng chung: Đo nhiệt độ, xem có xuất huyết không, tinh thần có tỉnh táo không. Cường độ cơn ho nặng hay nhẹ

- Tiêu hóa: Bệnh nhân có ăn được không, ăn có đủ dinh dưỡng không? Có nôn không, số lượng nôn, màu của chất nôn.

- Xem bệnh án để biết chuẩn đoán, chỉ định thuốc yêu cầu xét nghiệm khác để lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

6.2. Chuẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ tắc nghẽn đường hô hấp do tăng tiết đờm dãi.

- Nguy cơ thiếu hụt nước và điện giải do nôn nhiều.

- Nguy cơ bội nhiễm do ho bị viêm long và tăng tiết nhày.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do nôn nhiều.

- Người nhà và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm lưu thông đường hô hấp.

- Chống mất nước và điện giải.

- Làm hết tình trạng viêm nhiễm.

- Đảm bảo dinh dưỡng.

- Giáo dục sức khỏe.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm lưu thông đường hô hấp: Trước hết phải đảm bảo lưu thông đường hô hấp cho bệnh nhân nếu có tăng tiết nhiều, hút ngay đờm dãi. Trẻ nhỏ không tự khạc đờm dãi được điều dưỡng viên có thể dùng gạc sạch lấy đầu ngón tay móc đờm giúp trẻ. Cho thở oxy ngắt quãng khi cần thiết.

- Chống mất nước và điện giải: Đo huyết áp, bắt mạch cho bệnh nhân; Bù nước và điện giải khi bệnh nhân nôn nhiều, có biểu hiện mất nước.

- Làm hết tình trạng viêm nhiễm: Thực hiện mệnh lệnh thuốc theo y lệnh, đủ liều, đúng giờ.

- Đảm bảo dinh dưỡng: Hướng dẫn người nhà nấu cháo hoặc súp cho bệnh nhân, nếu bệnh nhân không tự ăn được phải cho ăn qua sonde (chú ý không cho trẻ ăn khi đang có cơn ho) khi ăn xong trẻ nôn hết phải cho ăn bù.

- Giáo dục sức khỏe: Giải thích về mức độ nặng nhẹ của bệnh cho người nhà và bệnh nhân hiểu, hướng dẫn vệ sinh thân thể cho bệnh nhân, vệ sinh khoa phòng. Chất nôn phải đổ đúng nơi quy định.

6.5. Đánh giá quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc: Kế hoạch được đánh giá là tốt khi bệnh nhân không bị biến chứng, ăn uống tốt thể lực không bị giảm sút.

LUYỆN GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh ho gà ?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh ho gà ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, chuẩn đoán, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho gà ?

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu sau:**

4. Biến chứng nào dưới đây không xảy ra trong bệnh ho gà:

- A. Biến chứng hô hấp.
- B. Biến chứng thần kinh.
- C. Biến chứng chảy máu dưới da.
- D. Biến chứng tiêu hóa.

5. Nhận định quan trọng trong bệnh ho gà là:

- A. Nhận định về tình trạng hô hấp.
- B. Nhận định về tuần hoàn.
- C. Nhận định về toàn trạng
- D. Cả A,B,C.

6. Khi thực hiện chế độ ăn cho bệnh nhân ho gà cần chú ý nhất là:

- A. Cho ăn đủ dinh dưỡng.
- B. Cho ăn từng ít một.
- C. Cho ăn bù khi bệnh nhân nôn hết.
- D. Không cho ăn khi đang cơn ho.

7. Bệnh nhân ho gà cần được điều trị sớm bằng:

- A. Hạ thân nhiệt kịp thời.
- B. Bù nước và điện giải.
- C. Dùng kháng sinh Histamin tổng hợp.
- D. Dùng kháng sinh đặc hiệu.

Bài 12

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SỞI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh sởi.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sởi.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus sởi gây nên, lây bằng đường hô hấp, dễ lây thành dịch, biểu hiện chính trên lâm sàng là tình trạng viêm long đường hô hấp, viêm long kết mạc mắt và tiêu hoá, sau đó phát ban đặc hiệu ngoài da. Bệnh thường gặp nhiều ở trẻ em.

1.1. Mầm bệnh

Virus sởi thuộc họ Paramyxoviridae, virus hình cầu, đường kính 120-250nm, sức chịu đựng yếu, dễ bị diệt bởi các chất khử trùng thông thường, ánh sáng mặt trời, sức nóng v.v... ở nhiệt độ 56°C bị tiêu diệt trong 30 phút.

1.2. Dịch tễ

Nguồn bệnh: Là trẻ bị bệnh. Bệnh lây từ 2-4 ngày trước khi phát bệnh cho đến 5-6 ngày từ khi mọc ban.

- Đường lây: Lây bằng đường hô hấp, lây trực tiếp khi trẻ hắt hơi, ho, nói chuyện.
 - Khỏi cảm thụ: Thường gặp ở trẻ từ 2-6 tuổi, trẻ dưới 6 tháng ít mắc bệnh vì có miễn dịch từ mẹ. Bệnh hay phát thành dịch, bệnh rải rác quanh năm tăng về mùa đông xuân.
- Miễn dịch sau khi khỏi bệnh là bền vững.

2. Cơ chế bệnh sinh

Virus sởi thâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp, tại đây, virus nhân lên ở tế bào biểu mô của đường hô hấp và ở các hạch bạch huyết lân cận. Sau đó virus vào máu. Thời kỳ này tương ứng với thời kỳ nung bệnh. Từ máu theo các bạch mạch, virus đến các phủ tạng (phổi, lách, hạch, da...) gây tổn thương các cơ quan và các triệu chứng lâm sàng thời kỳ toàn phát, ban ở da và niêm mạc chính là hiện tượng đào thải virus của cơ thể và phản ứng miễn dịch bệnh lý.

Từ khoảng ngày thứ hai – ba từ khi mọc ban, cơ thể sinh kháng thể. Kháng thể tăng lên thì virus bị loại bỏ khỏi máu, chuyển sang thời kỳ lui bệnh.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: 8-11 ngày

3.1.2. Thời kỳ phát (còn gọi là thời kỳ viêm xuất tiết):

Diễn ra 3-4 ngày với biểu hiện:

- Hội chứng nhiễm khuẩn:
- + Sốt nhẹ, sốt vừa, sau sốt cao, kèm theo mệt mỏi nhức đầu, đau cơ khớp.
- Hội chứng xuất tiết ở:

+ Mũi, họng, mắt: Chảy nước mắt, nước mũi, ho, viêm màng tiếp hợp, mắt có rỉ kèm nhèm, sưng nề mí mắt.

+ Ở thanh phế quản: Khàn tiếng, ho khan hoặc ho có đờm khô khè.

+ Ở tiêu hoá: có rối loạn tiêu hoá gây ỉa chảy hoặc phân lỏng. Khám miệng có dấu Koplik (là những chấm tròn nhỏ bằng đầu đinh gim màu trắng, nổi gờ lên niêm mạc hồng của miệng), nó tồn tại trong vòng 24-48 giờ, mất đi sau khi phát ban một ngày trên da (dấu Koplik là dấu đặc thù có giá trị chuẩn đoán sớm bệnh sởi).

3.1.3. Thời kỳ toàn phát (thời kỳ mọc ban)

Diễn ra 4-6 ngày, trước khi ban sởi mọc nhiệt độ tăng cao, ho tăng ban sởi xuất hiện. Ban là những chấm tròn màu hồng đào, hay màu đỏ đường kính từ 3-6mm mọc rải rác, hay thành đám, xen kẽ giữa chúng là da lành. Bề mặt ban mịn như nhung. Ban mọc thứ tự:

- Ngày thứ nhất bắt đầu mọc từ chân tóc lên hết da đầu, mặt cổ.

- Ngày thứ hai mọc tiếp tới ngực, lưng, hai cánh tay.

- Ngày thứ ba mọc tới bụng, mông đùi, chân, khi ban mọc tới chân trẻ hết sốt và ban bắt đầu bay.

3.1.4. Thời kỳ lui bệnh (giai đoạn ban bay)

Ban bay theo thứ tự từ mặt đến thân mình và chi, chỉ để lại các vết thâm có tróc da mỏng, mịn kiểu bụi phấn hay vảy cám. Những chỗ da thâm của ban bay và chỗ da bình thường tạo nên màu da loang lổ gọi là dấu hiệu “*Vằn da hổ*” đó là dấu hiệu đặc hiệu truy chẩn đoán. Bệnh nhân ăn uống được, toàn trạng hồi phục dần nếu không bị biến chứng.

3.2. Xét nghiệm

Công thức máu: Hồng cầu bình thường bạch cầu giảm nhẹ.

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng ở đường hô hấp

Viêm thanh quản: Giai đoạn muộn, diễn biến thường nặng: Sốt cao vọt lên, ho ông ông, khàn tiếng khó thở tím tái.

Viêm phế quản - phổi: Do bội nhiễm, thường xuất hiện muộn sau mọc ban. Biểu hiện nặng: Sốt cao khó thở, nghe phổi có ran phế quản, ran nổ. X quang có hình ảnh viêm phế quản, phế viêm.

4.2. Biến chứng thần kinh: Viêm não - màng não - tủy cấp

Là biến chứng nguy hiểm gây tử vong và di chứng cao.

4.3. Biến chứng đường tiêu hoá

Viêm niêm mạc miệng:

- Cam tẩu mã (noma): Do bội nhiễm xoắn khuẩn Vincent là một loại vi khuẩn hoại thư, gây loét niêm mạc miệng, lan sâu rộng vào xương hàm gây hoại tử niêm mạc, viêm xương, rụng răng, hơi thở hôi thối.

- Rối loạn tiêu hoá: Tiêu chảy cấp đưa đến mất nước và điện giải, tiêu chảy kéo dài đưa đến suy dinh dưỡng.

- Viêm ruột: Do bội nhiễm các loại vi khuẩn như Shigella, E.coli...

4.4. Một số triệu chứng khác

- Viêm loét giác mạc làm giảm thị lực.

- Viêm da có mủ đưa đến viêm cầu thận cấp.

5. Điều trị dự phòng

5.1. Điều trị

Hiện tại chưa có thuốc đặc trị cho bệnh sởi, chủ yếu điều trị triệu chứng, phát hiện biến chứng điều trị biến chứng.

Hạ sốt cho bệnh nhân sốt cao bằng Paracetamol, hoặc chườm mát.
An thần khi trẻ quấy khóc ít ngủ bằng Seduxen, Siro Phenecgan.
Sát trùng đường mũi họng.
Kháng sinh chỉ dùng khi có bội nhiễm.
Kháng sinh Histamin, Đimedron...

Các biện pháp hồi sức tùy theo triệu chứng của bệnh nhân: Hồi sức hô hấp khi có suy hô hấp (thở ôxy, hỗ trợ hô hấp...) hồi sức tim mạch.

5.2. Dự phòng: Vacxin sởi dùng cho trẻ 9 tháng tuổi có tác dụng bảo vệ cao là vacxin bắt buộc trong “Chương trình tiêm chủng mở rộng”.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định chăm sóc

** Hỏi:*

Bệnh nhân bị bệnh ngày thứ mấy? Dịch tễ xung quanh?

Tiêu hoá: Có ăn được không? Có bị rối loạn tiêu hoá không?

Hô hấp: Có ho không? nếu có (bị ho ngày thứ mấy). Nếu bệnh nhân đến muộn (đã có biến chứng, phải nói kỹ quá trình diễn biến của bệnh).

** Khám:*

- Toàn trạng: Quan sát toàn trạng, bắt mạch, đo nhiệt độ, huyết áp. Ban mọc ngày thứ mấy, hiện trạng ban lên da như thế nào?

- Hô hấp: Mức độ ho, sự tăng tiết, môi có tím không? Đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở.

- Tiêu hóa: Tính chất của phân, nếu tiêu chảy đánh giá: Số lượng màu sắc của phân, mức độ mất nước.

- Quan sát da cơ thể, mức độ viêm nếu có.

- Tiết niệu: Số lượng và màu sắc nước tiểu trong 24 giờ.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ suy hô hấp do viêm xuất tiết làm tắc nghẽn đường hô hấp.

- Tăng thân nhiệt do viêm nhiễm.

- Nguy cơ viêm da do vệ sinh kém.

- Nguy cơ mất nước do tiêu chảy cấp.

- Nguy cơ suy dinh dưỡng do tiêu chảy kéo dài.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo lưu thông hô hấp.

- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân.

- Làm tốt công tác vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.

- Chống mất nước và điện giải.

- Đảm bảo dinh dưỡng.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm thông thoáng đường hô hấp: Đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở nếu có tăng tiết: Hút đờm dãi, nếu có khó thở cho thở oxy ngắt quãng.

- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân: Khi thân nhiệt bệnh nhân tăng: Hạ nhiệt cho bệnh nhân bằng Paracetamol (theo y lệnh), chườm mát.

- Vệ sinh để phòng viêm da: Làm tốt công tác vệ sinh: Rửa cho bệnh nhân hàng ngày bằng nước sôi để nguội, sau đó lau khô ngay bằng khăn bông sạch, nếu có viêm da không được rửa cho bệnh nhân bằng nước xà phòng. Thực hiện thuốc theo y lệnh nhỏ mắt, mũi cho bệnh nhân bằng dung dịch Argiron 1%. Làm vệ sinh qua phòng hàng ngày, hướng dẫn

bệnh nhân và người nhà nơi đổ rác, đổ rác chất thải. Cắt móng tay cho bệnh nhân, tránh gãi làm xước da đưa đến viêm da. Nếu có bị nhiễm: Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh. Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ, quan sát màu sắc, nếu có đái đỏ, phải báo ngay với bác sĩ điều trị để đạt xét nghiệm xem bệnh nhân có bị viêm cầu thận cấp không.

- Chống mất nước và giải điện: Cho bệnh nhân uống Oresol ngày từ khi có sốt, hoặc uống nước cháo muối. Nếu huyết áp tụt: Thực hiện y lệnh truyền.

- Đảm bảo dinh dưỡng: Cho bệnh nhân ăn cháo thịt nạc, cháo khoai tây, cà rốt hoặc cháo đường. Nếu trẻ biếng ăn, phải thay đổi món ăn theo sở thích của trẻ, không có ăn thức ăn có chất tanh khi trẻ có rối loạn tiêu hóa.

- Đề nghị phòng cách ly thoáng, đủ ánh sáng, đủ phương tiện cấp cứu, tránh gió lùa.

6.5. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân. Kế hoạch chăm sóc được đánh giá là tốt khi bệnh nhân hồi phục không có tai biến sau sỏi, hoặc các biến chứng được chăm sóc kịp thời, sức khỏe bệnh nhân được phục hồi.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh sỏi ?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh ho gà ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho gà ?

Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 4: Biến chứng sau không có trong bệnh sỏi:

- A. Biến chứng ở hô hấp.
- B. Biến chứng ở thần kinh.
- C. Biến chứng viêm cơ tim.
- D. Biến chứng ở da và niêm mạc.

Câu 5: Điều trị bệnh sỏi chủ yếu là:

- A. Dùng kháng sinh đặc hiệu.
- B. Dùng kháng Histamin.
- C. Điều trị triệu chứng.
- D. Điều trị dự phòng.

Câu 6: Thời gian tiêm phòng sỏi tốt nhất cho trẻ là:

- A. Ngay từ khi mới sinh.
- B. Tháng thứ 9.
- C. Lúc trẻ được 1 tuổi.
- D. Tiêm cùng vacxin ho gà, bạch hầu, uốn ván.

Câu 7: Khi bệnh nhân bị biến chứng viêm da không được rửa cho bệnh nhân bằng:

- A. Nước đun sôi để nguội.
- B. Nước chè xanh để nguội.
- C. Nước xà phòng.
- D. Nước đun cây phòng dạ.

Câu 8: Khi trẻ bị biến chứng rối loạn tiêu hóa không cho ăn các thức ăn sau đây:

- A. Cháo cá.
- B. Súp khoai tây.
- C. Cháo đường.

D. Cháo thịt nạc.

Câu 9: Dấu hiệu nào sau đây có giá trị chuẩn đoán sớm bệnh sởi:

- A. Biểu hiện viêm họng.
- B. Dấu Koplik ở niêm mạc miệng.
- C. Ban đặc biệt trên da.
- D. Bệnh nhân sốt cao.

Bài 13

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÚM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, đặc điểm dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh cúm.
2. Trình bày được phương pháp lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh cúm.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính ở đường hô hấp do virus cúm (Influenzae), dễ phát thành dịch lớn. Bệnh thường lành tính nhưng cũng có thể có biến chứng nặng.

2. Nguyên nhân

Virus cúm thuộc họ Orthomyxo Virus, hình cầu, có 3 nhóm: A, B, C, giống nhau về tính chất sinh học nhưng khác nhau về tính kháng nguyên, không có miễn dịch chéo.

3. Dịch tễ học

- Nguồn bệnh: Người bệnh. Người lành mang virus.
- Đường lây: Theo đường hô hấp.
- Đặc điểm dịch: Thường gặp vào mùa đông-xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1 Giai đoạn ủ bệnh: 24 - 48 h

4.2. Giai đoạn khởi phát

- Sốt cao đột ngột 39 - 40°C kèm theo rét run.
- Mệt mỏi, nhức đầu, đau mình, ho khan.

4.3. Giai đoạn toàn phát

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao liên tục 39 - 40°C, mệt mỏi chán ăn, lưỡi bẩn, đại ít.

+ Hội chứng đau: Đau đầu dữ dội vùng trán và vùng trên hốc mắt, đau cơ toàn thân, đau vùng trên xương ức.

+ Hội chứng hô hấp: Hắt hơi, sổ mũi, đỏ mắt, chảy nước mắt, khô và rát họng.

4.4. Giai đoạn lui bệnh: Sau 2 - 5 ngày thì triệu chứng sốt giảm đi, ho và đau ngực giảm chậm hơn.

5. Biến chứng

- Bội nhiễm: Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, viêm tai giữa.
- Thần kinh: Viêm não.
- Tim mạch: Viêm cơ tim.
- Viêm cơ.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

- Quan sát da, móng chân, móng tay.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Theo dõi mạch, huyết áp: 30 phút / lần; 1h / lần; 3h / lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.

- Đo nhiệt độ.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, hô hấp và hội chứng đau.
- Ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết: Chẩn đoán, chỉ định thuốc, xét nghiệm yêu cầu dinh dưỡng và các yêu cầu theo dõi khác.

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan.
- Giáo dục sức khỏe.

6.3. Thực hiện kế hoạch

6.3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho thở ôxy nếu có suy hô hấp.
- Người bệnh có nhiều đờm dãi: Hút đờm dãi, đặt nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Người bệnh có khó thở: Thở oxy, bóp bóng Ambu(nếu bệnh nhân không tự thở được
- Đề phòng tụt lưỡi: Đặt Canuyn Mayo.
- Theo dõi sát nhịp thở thường xuyên tùy tình trạng người bệnh và tình trạng tăng tiết.
- Vỗ rung lòng ngực khi người bệnh có nhiều đờm dãi và hướng dẫn cho người bệnh cách ho hiệu quả để giải phóng đờm dãi

6.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay sau khi bệnh nhân vào viện và báo cáo ngay với bác sỹ khi có bất thường.
- Chuẩn bị dịch truyền, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp: 30 phút / lần; 1h / lần; 3 h / lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.

6.3.3. Thực hiện y lệnh

- Thuốc
- Xét nghiệm
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

6.3.4. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi ở tư thế cơ năng đến khi hết sốt.
- Giữ ấm cho người bệnh nhất là khi trời lạnh, tránh gió lùa.
- Chườm khi bệnh nhân sốt, tốt nhất là chườm ở trán, bẹn, nách và lau toàn thân bằng nước mát về mùa hè và hơi ấm vào mùa đông, nên chườm tích cực và chỉ dùng khi cần thiết.
- Vệ sinh da bằng nước ấm, , miệng súc bằng nước tỏi hàng ngày.
- Vệ sinh mũi mắt bằng dung dịch nước muối.
- Tẩy uế chất bài tiết bằng dung dịch khử khuẩn và đổ đúng nơi quy định.
- Nuôi dưỡng:
 - + Nếu người bệnh sốt cao cho ăn lỏng, dễ tiêu, chia làm nhiều bữa nhỏ, thức ăn giàu vitamin C.

- + Chế biến thức ăn hợp khẩu vị và thay đổi món để bệnh nhân không có cảm giác chán.
- + Ăn nhiều hoa quả tươi để bổ sung lượng vitamin cần thiết giúp cơ thể nâng cao sức đề kháng.
- + Tránh chất kích thích như : rượu, bia, thuốc lá...

6.3.5. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh(nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh bằng thái độ dịu dàng để người bệnh yên tâm điều trị.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Hạn chế tiếp xúc, tụ tập nơi đông người trong thời gian dịch bùng phát.
- Vệ sinh mũi họng bằng nước tỏi và nước muối
- Tránh bị nhiễm lạnh và làm việc quá sức.
- Chủng ngừa bằng Vacxin đa giá.

6.4. **Đánh giá:** Được đánh giá là chăm sóc tốt khi.

- Sốt giảm, bệnh nhân vã mồ hôi nhiều, đái nhiều, các dấu hiệu đau nhức, viêm họng đỡ dần và hết hẳn sau 7 - 10 ngày.
- Bệnh nhân hết mệt mỏi, ăn ngủ được
- Nếu người bệnh có biểu hiện nặng lên như: Sốt cao, suy hô hấp, trụy tim mạch, là tiên lượng xấu, dễ tử vong.

LƯỢNG GIÁ:

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, nguyên nhân của bệnh cúm?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh cúm ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cúm ?
4. Các biến chứng có thể xảy ra đối với bệnh nhân mắc bệnh cúm
 - A/ Bội nhiễm
 - B/
 - C/
 - D/ Viêm cơ
5. Khi nhận định bệnh nhân mắc bệnh cúm, cần xem bệnh án để biết:
 - A/.....
 - B/.....
 - C/ Xét nghiệm
 - D/ Dinh dưỡng
 - E/ Các yêu cầu theo dõi khác
6. Nguồn truyền nhiễm của bệnh cúm là:
 - A/.....
 - B/

Bài 14

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÚM TYP A

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm và đường lây truyền của bệnh.
2. Trình bày được triệu chứng và biện pháp chẩn đoán.
3. Trình bày được biện pháp điều trị bệnh.
4. Trình bày được đặc điểm của dịch cúm gà và vấn đề vệ sinh an toàn thực phẩm.
5. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cúm typ A.

NỘI DUNG

1. Một số thông tin cơ bản về tình hình bệnh cúm

1.1. Định nghĩa bệnh cúm

Là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp do Virus cúm gây nên. Bệnh cúm nguy hiểm do tỷ lệ mắc cao, lây lan nhanh, gây thành dịch và tỷ lệ biến chứng cao.

1.2. Tên gọi

- Bệnh cúm: Flu
- Dịch cúm: Influenza
- Virus cúm: Influenza Viruses

1.3. Virus cúm

Dựa vào cấu trúc kháng nguyên phân làm 3 typ: A, B, C. Cả 3 túyp virus cúm đều gây bệnh cho người trong đó cúm A và B đã có Vacxin phòng bệnh.

- Typ C gây bệnh tản phát và các vụ dịch nhỏ địa phương
- Typ B gây dịch khu vực
- Typ A gây dịch lan rộng và đại dịch

1.4. Virus cúm A

Được phân thành các phân túyp, dựa vào:

- Đặc tính kháng nguyên của Glucoprotein bề mặt.
- Yếu tố ngưng kết hồng cầu gà (H): có 15 H từ H1 đến H15.
- Men chuyển Neuraminidaza (N): có 9N từ N1 đến N9.

Các typ cúm A đang lưu hành gồm:

Ở người: Từ AH1 đến AH3 như: AH3N2, AH3N1, AH1N1: Đã gây đại dịch ở người

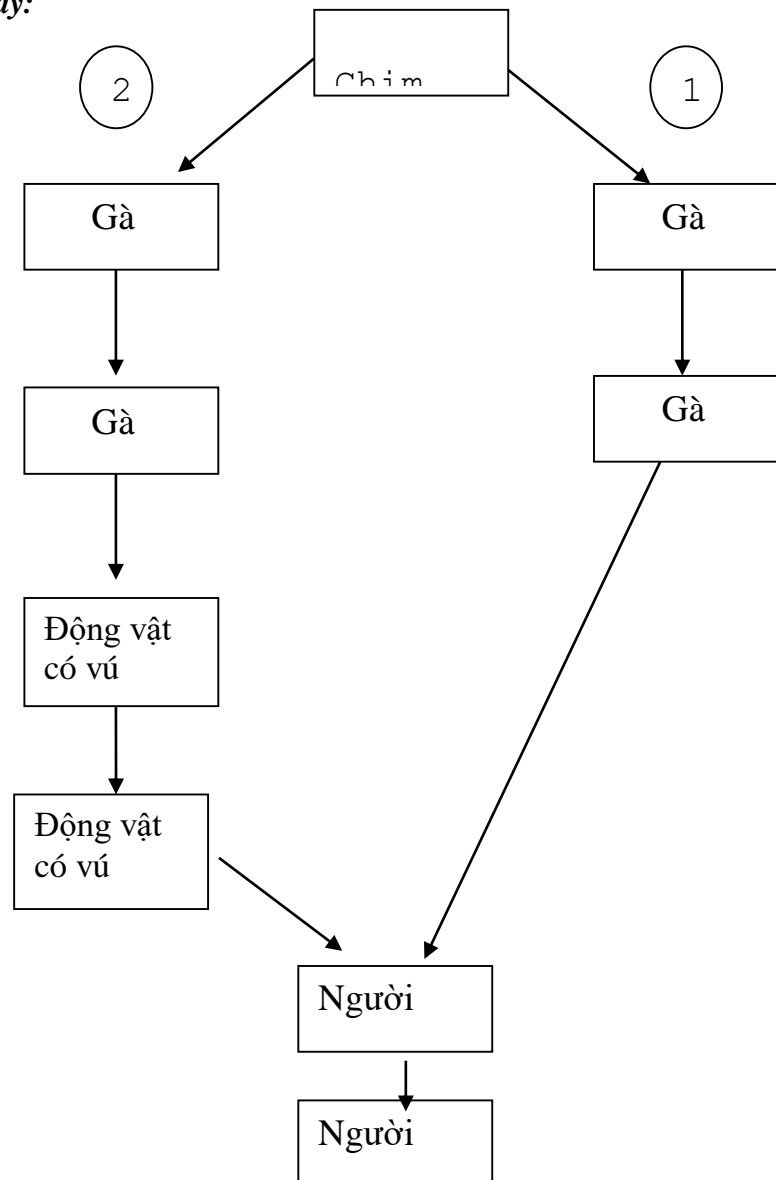
Ở gà, chim và gia cầm khác: Từ AH5 đến AH9

Virus cúm gà từ AH5 đến AH9 có thể gây bệnh ở người

CÁC TRƯỜNG HỢP CÚM GÀ GÂY BỆNH Ở NGƯỜI

Thời gian	Địa điểm	Typ virus	Mắc/chết	Ghi chú
1997	Hongkong	AH5N1	18/6	
1999	Hongkong	AH9N2	2/0	Trẻ em
5/2003	Newzeland	AH7N7	1/1	BS thú y
1/2003	Hongkong	AH9N2	2/1	Trẻ em
Đến 3/2/2004	Thailand	AH5N1	4/3	
Đến 3/2/2004	Vietnam	AH5N1	13/9	

1.5. Đường lây:



Sơ đồ 14.1: Sơ đồ đường lây bệnh cúm gà

2. Chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm viêm đường hô hấp cấp nặng do virus cúm

Virus cúm đã gây nhiều dịch cúm trên thế giới với tỷ lệ tử vong cao. Có 3 typ Virus cúm là A, B và C, trong đó Virus cúm A và B hay gây bệnh trên người. Các chủng Virus có thể thay đổi hàng năm.

Vụ dịch ở Hongkong năm 1997 gây tử vong cao là do virus typ A chủng H5N1. Ở nước ta gần đây đã có một số bệnh nhân nhập viện do virus cúm typ A chủng H5N1. Bệnh tiến triển nhanh, không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường và có tỷ lệ tử vong cao.

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Dịch tễ

Người bệnh sống ở vùng có nuôi gia súc, gia cầm bị bệnh hoặc có tiếp xúc với người bị cúm.

2.1.2. Lâm sàng

- Dấu hiệu nhiễm khuẩn: Sốt cao liên tục, có thể rét run.
- Triệu chứng về hô hấp:
 - + Ho: Thường ho khan, đôi khi có triệu chứng viêm long đường hô hấp.
 - + Đau ngực.
 - + Khó thở, tím tái, trường hợp nặng có suy hô hấp tiến triển nhanh.
 - + Nghe phổi có hoặc không có ran ẩm.
- Triệu chứng về tuần hoàn: Sốc tiến triển nhanh.
- Các triệu chứng khác:
 - + Đau đầu, đau cơ.
 - + Có thể có triệu chứng ỉa chảy, rối loạn ý thức.

2.1.3. Xét nghiệm

- Chụp phổi: Có hình ảnh viêm phổi sẽ tiến triển nhanh, đôi khi có tổn thương tập trung giống như viêm phổi thùy nhưng ranh giới không rõ.
- Công thức máu: Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính giảm.

2.2. Xử trí

2.2.1. Nguyên tắc chung

Khi được phát hiện bệnh nhân phải được nhập viện và cách ly.

2.2.2. Điều trị suy hô hấp

- Làm thông đường thở: Đặt bệnh nhân ở tư thế lưng và đầu cao, hút sạch đờm rãi.
- Cung cấp oxy.

2.2.3. Điều trị sốc

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải.
- Dùng Corticoid: Methylprednisolone: 3-5mg/kg/ngày x 3-5 ngày tiêm tĩnh mạch.

2.2.4. Điều trị hỗ trợ

2.2.4.1. Hạ sốt: Cần cởi bớt quần áo, chườm mát. Dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ trên 38⁰5 bằng Paracetamol uống hoặc đặt hậu môn với liều 15mg/kg/lần x 4 lần/ngày.

2.2.4.2. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng và chăm sóc

- Dinh dưỡng:
 - + Bệnh nhân nhẹ cho ăn bằng đường miệng.
 - + Bệnh nhân nặng ăn qua sonde dạ dày và truyền tĩnh mạch.
- Chống loét.
- Chăm sóc hô hấp giúp bệnh nhân ho khạc: Vỗ rung vùng ngực.

2.2.5. Tiêu chuẩn ra viện

- Hết sốt 5 ngày mà không dùng kháng sinh.
- Toàn trạng tốt.
- Xét nghiệm máu, X.quang tim phổi trở về bình thường.

2.2.6. Điều trị thuốc

2.2.6.1. Thuốc kháng virus: Dùng một trong các loại thuốc sau:

- Oseltamivir (Tamiflu):
Trẻ em từ 1- 3 tuổi: Dưới 15kg: 30mg x 2 lần/ngày; 16-23kg: 45mg x 2lần/ ngày; 24 - 40kg: 60mg x 2lần/ngày x 5 ngày.
Người lớn và trẻ trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.
- Amantadine:
Từ 1- 9 tuổi: 5mg/kg/ngày x 5ngày, tối đa là 150mg/ngày.
Trên 9 tuổi: 100mg x 2lần/ngày x 5 ngày.
- Ribavin: Viên 400mg:
Dưới 9 tuổi: 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày.
Trên 9 tuổi: 2 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày.

2.2.6.2. Kháng sinh chống bội nhiễm

Dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 100mg/kg/ngày kết hợp với Amikacin 15mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch.

2.2.7. Phòng lây nhiễm

2.2.7.1. Nguyên tắc

Thực hiện các biện pháp cách ly và chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt. Mọi nhân viên y tế khi phát hiện người bệnh nghi ngờ đều phải chỉ dẫn người bệnh đến các cơ sở y tế được chỉ định tiếp nhận nguồn bệnh này để họ được khám, phân loại và cách ly nếu cần.

2.2.7.2. Tổ chức khu vực cách ly

- Hạn chế người ra vào khu vực cách ly.
- Trước cửa buồng bệnh để chậu nước Cloramin B 5% để rửa tay trước khi vào và sau khi ra và đặt tấm vải tẩm Cloramin B hoặc Formalin ở nền nhà trước cửa ra vào để mọi người phải đi qua tấm vải tẩm hóa chất này.

2.2.7.3. Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Phát hiện sớm và cách ly buồng riêng ngay cho những người nghi ngờ mắc bệnh dịch.
- Tất cả người bệnh phải đeo khẩu trang tiêu chuẩn. Người nghi ngờ phải đeo khẩu trang khi ở buồng bệnh cũng như khi ở ngoài buồng bệnh.
- Người nhà đến thăm người bệnh ngoài khu vực cách ly phải đeo khẩu trang.
- Cấm người nhà và khách đến thăm khu vực cách ly.

2.2.7.4. Phòng ngừa cho nhân viên y tế

- Phương tiện bảo hộ gồm: Khẩu trang loại N95, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng 1 lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng.
- Mỗi nhân viên ở khu vực cách ly khi bắt đầu ca làm việc phải được mang đầy đủ phương tiện bảo hộ trước khi tiếp xúc với người bệnh. Khi hết ca làm việc phải tháo bỏ các phương tiện phòng hộ vào thùng rác và xử lý như chất thải y tế nhiễm khuẩn và phải tắm thay quần áo trước khi ra khỏi nơi làm việc.
- Bệnh phẩm xét nghiệm: Phải đặt trong túi nilon hoặc hộp để vận chuyển đến phòng xét nghiệm.

- Giám sát: Lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị và nhân viên làm việc tại nơi có người bệnh. Những nhân viên có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm bệnh sẽ được khám, làm các xét nghiệm và theo dõi như người bệnh nghi ngờ bị cúm nặng.

- Thông báo về Trung tâm y tế dự phòng địa phương và Bộ y tế những trường hợp nghi ngờ mắc.

2.2.7.5. Xử lý dụng cụ y tế, đồ vải và dụng cụ cho người bệnh

- Dụng cụ y tế: Những dụng cụ dùng lại phải khử khuẩn ngay sau đó mới cọ rửa và tiệt khuẩn.

- Đồ vải: Ngâm đồ vải trong các dung dịch tẩy.

- Dụng cụ dùng cho người bệnh: Phải cọ rửa và tẩy uế bằng xà phòng và hoá chất khử khuẩn hàng ngày và mỗi khi bẩn.

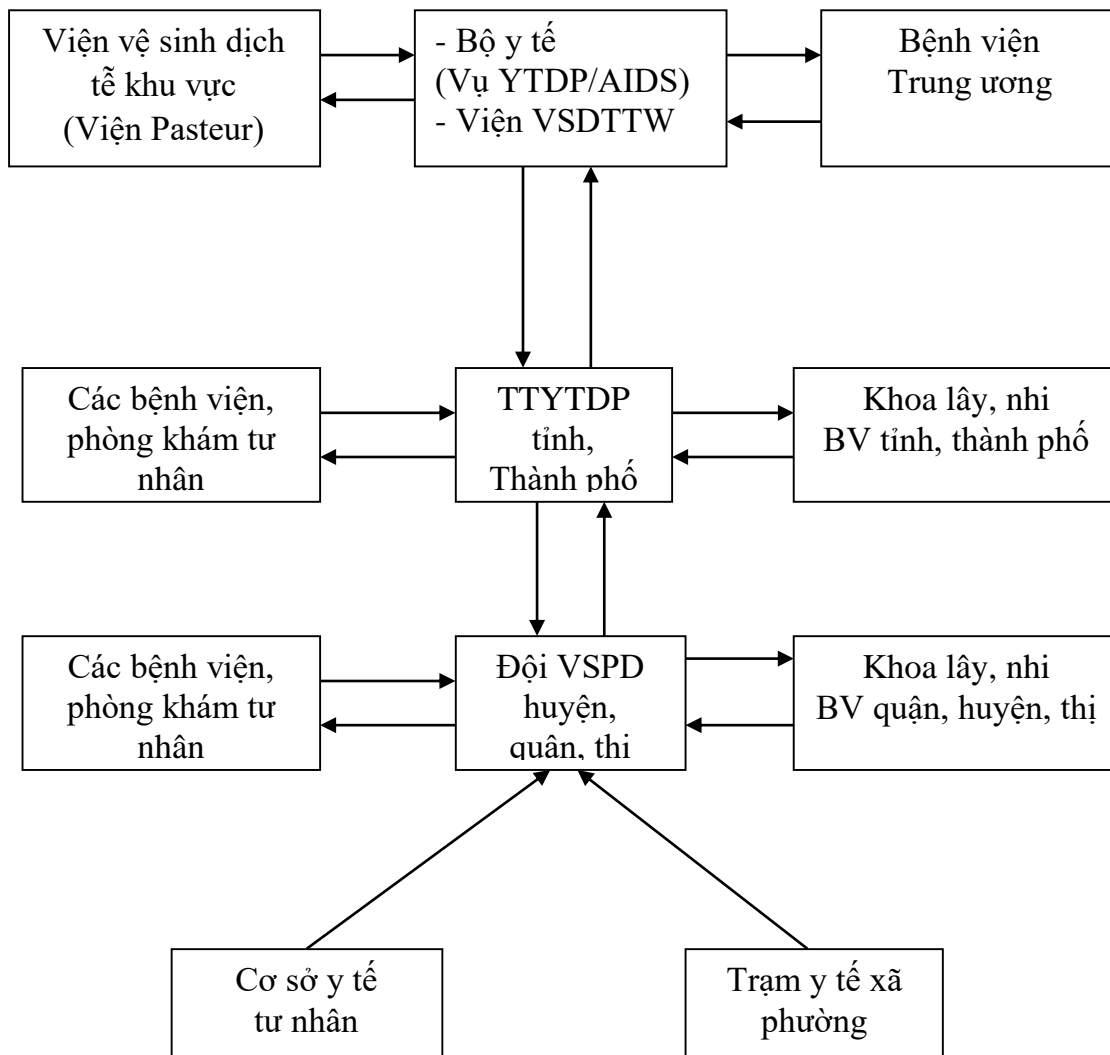
2.2.7.6. Các biện pháp phòng bệnh chung

- Vệ sinh cá nhân, nhỏ mũi, súc miệng - họng bằng các thuốc sát khuẩn.

- Uống Vitamin C.

2.2.7.7. *Vacxin phòng bệnh*: Hiện nay chưa có vacxin phòng bệnh đặc hiệu đối với virus cúm A chủng H5N1.

3. Giám sát dịch tễ học bệnh cúm



Sơ đồ 14.2: Giám sát dịch tễ học bệnh cúm

4. Dịch cúm gà và an toàn vệ sinh thực phẩm

4.1. Tác động của dịch cúm gà

- Thịt gà (vịt, ngan...) là một thực phẩm dùng phổ biến, món ăn đặc sản của nhân dân cả nước.
- Giá trị dinh dưỡng của thịt gà rất cao.
- Nhu cầu tiêu thụ: rất lớn, chỉ sau thịt lợn.
- Tác động đến tâm lý tiêu dùng của nhân dân: rất lo lắng.
- Giảm thu nhập người chăn nuôi.
- Giảm phát triển kinh tế các ngành nông nghiệp, công nghiệp, thương mại và du lịch...

4.2. Dịch cúm gà có lây sang người qua đường thực phẩm hay không

- Dịch cúm gà không lây sang người qua con đường thực phẩm.

Lý do:

- + Virus cúm lây truyền qua đường hô hấp.
- + Món thịt gà bao giờ cũng được nấu chín, trong khi sức đề kháng của virus cúm với nhiệt độ rất yếu: 70°C đã bị tiêu diệt.
- Có ý kiến cho rằng: thịt gà không làm lây lan virus cúm sang người qua con đường ăn uống, nhưng có thể gây bệnh cho người do tiếp xúc trực tiếp với gà ốm hoặc khi làm thịt gà.

Thịt gà chỉ nguy hiểm khi:

- + Thịt gà bị dịch bệnh, thịt gà chết.
- + Thịt gà ô nhiễm vi sinh vật, tẩm ướp hoá chất phụ gia.
- Cơ quan tiêu chuẩn thực phẩm Anh đã khuyến cáo: ăn thịt gà tại các khu vực bị ảnh hưởng vẫn an toàn bởi cúm gà lây nhiễm thông qua tiếp xúc với gia cầm sống nhiễm bệnh. Giáo sư: PENNINGTON (cố vấn của FSA) cũng đã xác định: người phải “hít” phải virus từ gia cầm bị bệnh mới có khả năng nhiễm bệnh. Do đó FSA khuyến cáo các du khách nên tránh đến các chợ gia cầm khi đi du lịch ở Châu Á.

4.3. Cơ chế lây lan dịch bệnh

Dịch bệnh muốn lây lan cần có cả 3 mắt xích sau đây

Nguồn bệnh → Đường lây → Khỏi cảm thụ

4.3.1. Nguồn bệnh: Gia cầm bị bệnh

Gia cầm bị bệnh, thải virus qua dịch tiết và phân

4.3.2. Đường lây: Đường hô hấp

Phương thức phát tán virus:

- + Tiếp xúc: hút phải virus từ gia cầm, bụi, không khí.
- + Trứng gà: do vỏ trứng dính phân có virus.
- + Bụi, gió: làm phát tán virus có ở trong bụi, lông gà ...
- + Lông gà, dụng cụ thiết bị nhốt, vận chuyển gà, chuồng trại... dính phân và dịch tiết của gà có virus.

+ Chim di cư nhiễm bệnh: thải virus qua phân xuống các vùng bay qua hoặc các vùng đậu xuống.

4.3.3. Sức cảm thụ: mọi người đều có thể bị bệnh?

- Chưa có vacxin phòng bệnh.
- Chưa có thuốc đặc hiệu.

4.4. Biện pháp phòng chống dịch bệnh:

4.4.1. Xử lý nguồn bệnh

- Xác định ổ dịch.
- Với ổ dịch cúm gà: tiêu huỷ triệt để toàn bộ gà, vịt, chim trong bán kính 3 km (thú y).
- Đối với dịch bệnh ở người: Phải cách ly, điều trị tại bệnh viện.

4.4.2. Xử lý đường lây

- Phun hoá chất, khử trùng tiêu độc chuồng trại, dụng cụ, thức ăn thừa của gà.
- Khử trùng không khí, ánh nắng, phun hoá chất.

4.4.3. Đối với khối cảm thụ

- Với gia cầm: Cầm buôn bán, di chuyển từ ổ dịch ra và từ ngoài vào vùng dịch.
- Với con người: Tránh tiếp xúc gia cầm, khi tiếp xúc phải có bảo hộ lao động, 6 thiết bị phải có:
 - + Khẩu trang
 - + Kính mắt
 - + Mũ
 - + Áo choàng
 - + Găng tay cao su
 - + Ủng cao su, sử dụng bảo hộ lao động khi tiếp xúc với gia cầm, dùng lại phải tẩy uế, khử trùng.

Tăng sức đề kháng của cơ thể: Vệ sinh cá nhân, sát trùng mũi họng, tăng cường dinh dưỡng, ăn uống.

Vaccine đặc hiệu (nếu có).

4.5. Biện pháp phối hợp của ngành VSATTP

4.5.1. Dưới sự chỉ đạo của chính quyền, phối hợp liên ngành trong công tác

- Kiểm dịch (trạm đầu mối):
 - + Phát hiện
 - + Ngăn chặn vận chuyển gia cầm
 - + Cách ly
- Kiểm tra (chợ, lưu thông):
 - + Phát hiện
 - + Ngăn chặn

4.5.2. Phối hợp chỉ đạo thu gom, tiêu huỷ gia cầm chết, đàn gà ốm, xử lý môi trường, tẩy uế chuồng trại (thú y)

4.5.3. Tuyên truyền giáo dục nhân dân

- Không quá lo âu, hoảng loạn.
- Vệ sinh, tẩy uế môi trường nhà cửa.
- Vệ sinh phòng chống bệnh lây truyền qua đường hô hấp, xử lý thanh khiết môi trường khu vực có dịch cúm gà và người bị bệnh cúm.
- Mỗi người tiêu dùng trở thành “người tiêu dùng thông thái”:
 - + Biết cách chọn gà sống, khoẻ mạnh (trong vùng an toàn): Gà chạy nhảy, đi lại bình thường. Mào đỏ, hậu môn bình thường. Lông, da mịn, sáng, lành, không bầm tím, ăn thóc và thức ăn khác bình thường. Mũi mồm không có dịch chảy.

Phát hiện, loại trừ gà ốm, cúm nếu: Gà khó thở, vươn cổ ra để thở. Lông gà xù, đầu, mào tím tái. Đi lại chậm, lảo đảo, đi vòng tròn. Dịch chảy ra từ mũi, mồm.

+ Biết chọn thịt gà “tươi”: Màu sắc tự nhiên từ trắng ngà đến vàng tươi. Da lành, không có vết bầm, bầm tím. Thịt gà vàng tươi, không có vết xuất huyết, tụ máu. Mùi vị bình thường, không có mùi hôi.

Phát hiện, loại trừ thịt gà bệnh: Thịt tím đỏ, xung huyết. Mào tím đỏ, có nhiều điểm vàng sẫm. Mùi hôi, tanh.

- Ăn thịt gia cầm, trứng chín kỹ, không ăn trứng sống, trứng trần, ốp lếp,...

4.6. Tổ chức thực hiện

- Có hướng dẫn cụ thể cho cơ sở theo quy định của nhà nước.
- Có biện pháp bao vây cách ly ổ dịch triệt để: công bố phạm vi ổ dịch.
- Quy định rõ chức năng các ban ngành trong việc chỉ đạo bao vây dập tắt dịch.
- Hỗ trợ kinh phí, vật tư hoá chất cho hoạt động chống dịch.

5. Xử lý vệ sinh môi trường phòng chống dịch cúm

Như chúng ta đã biết bệnh cúm là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do Virus gây nên hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

Xử lý môi trường khi có dịch cúm quan trọng nhất là công tác truyền thông cho mọi người cùng thực hiện theo những nội dung sau:

- Vệ sinh môi trường chung.
- Xử lý nguồn nước.
- Xử lý rác thải.
- Xử lý nguồn phân, xác súc vật chết.
- Xử lý dụng cụ y tế, đồ vải và dụng cụ cho người bệnh.
- Vận chuyển người bệnh.
- Xử lý bệnh nhân tử vong.
- Khử trùng không khí.
- Khử khuẩn bề mặt.
- Khử khuẩn phương tiện vận chuyển.

5.1. Vệ sinh môi trường

- Huy động lực lượng cộng đồng tổ chức tổng vệ sinh tại gia đình, đường làng, ngõ xóm (trong thời gian có dịch tổng vệ sinh hàng ngày, bán kính 3km tính từ tâm dịch).
- Khơi thông cống, rãnh, phát quang bụi rậm.

5.2. Xử lý nguồn nước

- Sử dụng các nguồn nước sạch, trong thời gian có dịch nên khử khuẩn nguồn nước bằng Cloramin B: từ 20-30g/1m³ nước.
- Nếu sử dụng nguồn nước máy nên tăng lượng Cloramin B gấp rưỡi khi bình thường.

5.3. Xử lý rác thải

- Rác sau khi thu gom phải được phân loại: rác vô cơ, rác hữu cơ
- Rác vô cơ như: Nilon, chai, lọ, sắt,...đề riêng để tái chế trước đó phải được khử trùng.
 - Rác hữu cơ như: Rau, hoa quả, thức ăn thừa... có thể dùng để chăn nuôi gia súc xong cần lưu ý thức ăn phải được đun sôi hoặc ngâm Cloramin B thời gian 30 phút, thức ăn còn lại không sử dụng phải cho vào túi nilon 02 lớp buộc chặt cổ túi đem đốt hoặc chôn sâu.
 - Các loại rác trên nhất thiết phải để trong túi nilon buộc kín hoặc để trong thùng có nắp đậy.

5.4. Xử lý phân, chất thải, xác súc vật chết

- Phân người phải được quản lý trong các nhà tiêu hợp vệ sinh: nếu nhà tiêu khô, nhà tiêu đào cải tiến hàng ngày phải cho thêm vôi bột. Nhà tiêu tự hoại, nhà tiêu dội nước phải cho thêm Cloramin B. Tuyệt đối không đi ngoài ra đồng, ao, hồ, sông, suối...

- Các chất thải bệnh nhân không được vứt bừa bãi mà phải khử trùng trước khi đem chôn lấp dưới đất, trên mặt hồ được trải một lớp vôi bột.
- Quần áo, khăn rửa mặt... trước khi giặt phải ngâm Cloramin B sau 30 phút sau đó mới giặt. Khi trời nắng nên mở cửa cho thoáng nhà, phơi quần, áo, chăn, màn ra trời nắng để diệt virus. Không nên ở, ngủ trong phòng điều hoà khi có dịch.
- Xác súc vật chết phải cho vào túi nilon buộc chặt cổ túi chôn sâu (đáy hồ trải nilon rắc vôi bột trên, dưới) tốt nhất là đem đốt.

5.5. Xử lý dụng cụ y tế, đồ vải và dụng cụ cho người bệnh

- Dụng cụ y tế: Những dụng cụ dùng lại phải khử khuẩn ngay sau đó mới chuyển về buồng cọ rửa và tiệt khuẩn theo quy định.
- Dụng cụ dùng cho người bệnh: phải cọ rửa, tẩy uế bằng xà phòng và hoá chất diệt khuẩn hàng ngày mỗi khi bán, mỗi người bệnh phải có dụng cụ phục vụ vệ sinh và dinh dưỡng riêng.

5.6. Vận chuyển người bệnh

Vận chuyển bệnh nhân bằng xe chuyên dùng. Sau khi vận chuyển người bệnh xong phải tiến hành tẩy trùng phương tiện bằng chất sát khuẩn thông thường.

5.7. Xử lý bệnh nhân tử vong

- Người bệnh phải được khám liệm tại chỗ theo quy định phòng chống dịch, phải khử khuẩn bằng hoá chất Cloramin B, Focmalin, chuyển người bệnh đến nơi chôn cất hay hỏa táng bằng xe riêng và đảm bảo đúng quy định đề phòng lây nhiễm.
- Bệnh nhân tử vong phải chôn cất trong vòng 24h, tốt nhất là hỏa táng.

5.8. Khử trùng không khí bị ô nhiễm

- Dùng hơi Focmalin: đun nóng Focmalin nồng độ 36-40% được pha loãng với tỷ lệ 1/1, liều dùng 8-10g/m³ không gian.
- Biện pháp đơn giản hơn là dùng khay men đựng dung dịch Focmalin được pha loãng với tỷ lệ như trên dùng đèn cồn hoặc ga đun cho dung dịch bay hơi. đóng chặt cửa cho dung dịch tiếp xúc tối thiểu 4h, sau đó dùng Amôniac khử mùi hoặc mở rộng cửa cho thoáng khí.
- Dùng dung dịch khử trùng hỗn hợp có hiệu năng cao và phổ tác dụng rộng của hãng Anios (Pháp) sử dụng ở dạng phun máy ULV (fontan).
- Có thể dùng đèn cực tím để khử trùng không khí trong buồng bệnh hoặc buồng cách ly.

5.9. Khử trùng bề mặt

Dùng dung dịch Cloramin B 5% (5g bột Cloramin B/ 1lít nước để lau hoặc phun lên bề mặt bị ô nhiễm (bao gồm nền nhà, tường, trang thiết bị, bồn rửa,...) hoặc dùng dibromit nồng độ 5 - 10g/lít để lau hoặc phun khử trùng (từ 150 - 300ml/m² tường đất, 100ml/m² tường gỗ, xi măng thời gian tiếp xúc 60 phút).

5.10. Khử khuẩn đối với phương tiện vận chuyển

Các phương tiện vận chuyển bệnh nhân như: máy bay, tàu hỏa, ô tô, tàu thuyền, cáng... Khi vận chuyển bệnh nhân xong phải được khử khuẩn bằng xông hơi Focmalin hoặc tia cực tím trong các khoang kín, sau đó lau hoặc phun bề mặt sàn, thành xe, ghế... sau 60 phút có thể rửa bằng nước sạch.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

- Quan sát da, móng chân, móng tay.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.

- Theo dõi mạch, huyết áp: 30 phút / lần; 1h / lần; 3h / lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.
- Đo nhiệt độ.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, hô hấp và hội chứng đau.
- Ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết: Chẩn đoán, chỉ định thuốc, xét nghiệm yêu cầu dinh dưỡng và các yêu cầu theo dõi khác.

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan.
- Giáo dục sức khỏe.

6.3. Thực hiện kế hoạch

6.3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Cho thở ôxy nếu có suy hô hấp.

6.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay sau khi bệnh nhân vào viện.
- Chuẩn bị dịch truyền, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp: 30 phút / lần; 1h / lần; 3 h / lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.

6.3.3. Theo dõi các biến chứng

- Bội nhiễm
- Tim mạch
- Thần kinh
- Viêm cơ

6.3.4. Thực hiện y lệnh

- Thuốc
- Xét nghiệm
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

6.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi đến khi hết sốt.
- Giữ ấm.
- Chườm lạnh khi bệnh nhân sốt cao.
- Vệ sinh da, mắt, mũi, miệng.
- Tẩy uế chất bài tiết.
- Nuôi dưỡng: Cho ăn lỏng, thức ăn giàu vitamin C.

6.3.6. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và người nhà bệnh nhân.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Hạn chế tụ tập đông người khi có dịch.
- Vệ sinh mũi họng.
- Tránh bị nhiễm lạnh và làm việc quá sức.

- Vac xin.

6.4. *Đánh giá:* Được đánh giá là chăm sóc tốt khi.

- Sốt giảm, bệnh nhân vã mồ hôi nhiều, đái nhiều, các dấu hiệu đau nhức, viêm họng đỡ dần và hết hẳn sau 7 - 10 ngày.
- Bệnh nhân hết mệt mỏi, ăn ngủ được

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày các typ cúm đang lưu hành hiện nay ?
2. Anh(chị) vẽ sơ đồ lây của bệnh cúm typ A ?
3. Anh (chị) trình bày cơ chế lây cúm A và biện pháp phòng chống cúm A ?
4. Anh (chị) trình bày xử lý môi trường để phòng bệnh cúm ?
5. Anh(chị) trình bày nhận định, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Cúm typ A ?

Bài 15

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THUỖ ĐẬU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh thủy đậu.
2. Trình bày được phương pháp lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh thủy đậu.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Bệnh Thủy Đậu là một bệnh truyền nhiễm cấp tính rất hay lây, có khả năng gây thành dịch, do 1 loại virus gây ra. Bệnh có biểu hiện là sốt, nổi phát ban kiểu bóng nước ở da và niêm mạc.

2. Nguyên nhân

Do virus Thủy Đậu gây nên, đây là loại ADN virus với sức đề kháng kém ở ngoại cảnh.

3. Dịch tễ học

3.1 Nguồn bệnh: Là người bệnh, bệnh lây mạnh từ thời kỳ bắt đầu phát ban cho tới 5 ngày sau khi mọc đợt ban cuối cùng.

3.2 Đường lây: Theo đường hô hấp.

3.3 Cảm thụ - miễn dịch

- Cảm thụ: Trẻ em có tính cảm thụ mạnh, tuổi cảm thụ mạnh nhất: 7 tháng đến 7 tuổi.
- Miễn dịch: Sau khi khỏi có miễn dịch bền vững.

3.4. Đặc điểm dịch: Bệnh tăng nhẹ vào mùa thu, đông xuân, hay gây dịch ở các tập thể trẻ em

4. Triệu chứng lâm sàng:

4.1. Giai đoạn ủ bệnh: 2 tuần

4.2. Giai đoạn khởi phát: 1 ngày, bệnh nhân có biểu hiện sốt nhẹ, chán ăn, nhức đầu, mệt mỏi.

4.3. Giai đoạn toàn phát: 6 - 8 ngày

- + Toàn thân: Sốt nhẹ hoặc không sốt
- + Mọc ban:
 - Đặc điểm của ban: Là những mụn nước rất nông trên mặt da với các kích thước khác nhau (nhỏ bằng đầu đinh ghim, to bằng hạt đậu).
 - Mụn nước chứa 1 chất dịch trong suốt, sau 24h thì hóa đục.
 - Ban mọc không theo thứ tự.
 - Vị trí ban mọc: Thường thấy ở da vùng mặt, vùng da có tóc, không thấy mọc ở da lòng bàn chân, bàn tay.
 - Các mụn nước xẹp nhanh sau 1 - 2 ngày, đóng vảy màu nâu và không để lại sẹo sau đó lại mọc tiếp đợt khác (như vậy trên cùng 1 mảng da có nhiều lứa tuổi ban thủy đậu khác nhau).

5. Biến chứng

- Viêm da mũ do bội nhiễm
- Viêm phổi
- Viêm não

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

- Quan sát da, móng chân, móng tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút / lần, 1h/ lần, 3h / lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.
- Tình trạng mọc ban: Vị trí và đặc điểm của ban.
- Theo dõi nhiệt độ.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán, chỉ định thuốc, xét nghiệm, yêu cầu dinh dưỡng và các yêu cầu theo dõi khác

6.2. Lập kế hoạch

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan
- Giáo dục sức khỏe

6.3. Thực hiện kế hoạch

- + Đảm bảo thông khí:
 - Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
 - Theo dõi nhịp thở tình trạng tăng tiết.
- + Theo dõi tuần hoàn:
 - Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp xúc với bệnh nhân và báo cáo bác sỹ.
 - Theo dõi sát mạch, huyết áp: 30 phút/ lần, 1h/ lần, 3h/lần tùy theo tình trạng bệnh nhân.
- + Theo dõi phòng ngừa các biến chứng:
 - Bội nhiễm gây viêm da mủ.
 - Viêm phổi.
 - Viêm não.
- + Thực hiện y lệnh:
 - Thuốc: Không dùng thuốc Aspirin để hạ sốt cho bệnh nhân là trẻ em.
 - Xét nghiệm.
 - Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- + Chăm sóc hệ thống cơ quan:
 - Chườm lạnh nếu bệnh nhân sốt cao.
 - Vệ sinh thân thể hàng ngày, cắt móng chân, móng tay.
 - Co giật: Giữ an toàn cho bệnh nhân, cho uống thuốc co giật.
 - Tại chỗ: lau rửa hàng ngày bằng thuốc tím pha loãng.
 - Nuôi dưỡng: Không nên kiêng cử thái quá. Cho bệnh nhân ăn các thức ăn giàu đạm, Vitamin.
- + Giáo dục sức khỏe:
 - Hướng dẫn nội qui khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và người nhà của họ.
 - Phát hiện, cách ly trẻ bị bệnh 9 ngày kể từ khi mọc ban.
 - Trẻ sơ sinh, phụ nữ có thai có nguy cơ mắc bệnh: Tiêm globulin, với liều 3 - 6 ml/tiêm bắp thịt

6.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt khi sau 1 tuần, hầu hết các ban thủy đậu đóng vảy và chuyển sang giai đoạn hồi phục, không xuất hiện các biến chứng gì.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày khái niệm, nguyên nhân, dịch tễ học của bệnh thủy đậu ?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh thủy đậu ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, chẩn đoán, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Thủy đậu ?

* Điền vào chỗ trống

4. Đặc điểm của ban thủy đậu
A/.....
B/.....
C/ Mụn nước chứa chất dịch trong suốt
5. Biến chứng của bệnh thủy đậu:
A/.....
B/.....
C/.....

Bài 16

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UỐN VÁN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh uốn ván.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân uốn ván.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh uốn ván là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do Clostridium Tetani gây nên. Trục khuẩn sinh sản tại chỗ và tiết ra ngoại độc tố làm tổn thương các nơ-ron vận động của thần kinh trung ương gây co cứng cơ vân và co giật toàn thân. Bệnh diễn biến khó lường trước được, tỷ lệ tử vong cao.

1.2. Mầm bệnh

Trục khuẩn Clostridium Tetani là một trục khuẩn Gram (+), yếm khí. Ở ngoài cơ thể trục khuẩn tồn tại dưới nha bào, phát tán ở không khí, đất, nước. Nha bào có sức đề kháng cao có thể sống nhiều năm ở dưới đất khô.

Ngoại độc tố là một Protein có độc tính cao. Thành phần Tetanospasmin quyết định tính gây độc và hướng thần kinh gây nên các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của bệnh uốn ván.

1.3. Dịch tễ

1.3.1. Nguồn bệnh: Nha bào uốn ván có trong đất, bụi phân, ở ngoại cảnh.

1.3.2. Đường lây:

Lây qua vết thương da và niêm mạc: Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thủ thuật chuyên môn không vô trùng. Thường gặp là những vết thương dập nát, bẩn, nhiều ngóc ngách vết bong niêm mạc, dễ để không vô trùng, chảy mủ tại...

- Vết loét da niêm trường diễn: Lỗ dò viêm xương, viêm tai kinh niên.
- Vết thương, phẫu thuật sản phụ khoa, điều trị gãy xương hở.
- Phá thai phạm pháp
- Không tìm thấy đường vào: 10-12%.

1.3.3. Khỏi cảm thụ

Bệnh uốn ván không có miễn dịch tự nhiên, nên tất cả những người chưa được tiêm vacxin uốn ván đều có thể bị bệnh.

Sau khi mắc bệnh uốn ván, không để lại miễn dịch, nhưng sau khi tiêm vacxin giải độc tố, uốn ván có miễn dịch 5 năm.

Bệnh hay gặp ở người nghèo, vùng nông thôn, miền núi, điều kiện vệ sinh và bảo hộ lao động kém, không có điều kiện tiêm phòng vacxin và SAT khi bị thương.

2. Cơ chế bệnh sinh

Độc tố uốn ván từ vết thương xâm nhập lên thần kinh trung ương bằng 2 con đường: Đường thần kinh hướng tâm và đường máu.

- Độc tố gắn vào các tế bào thần kinh ở các trung tâm vận động, tổ chức lưới, não cầu, hành não và tủy sống rồi chuyển qua các sinap tới tận cùng bản vận động của thần kinh

cơ. Ngăn cản giải phóng các chất hoá học trung gian có tác dụng ức chế hoạt động của noron thần kinh vận động Alpha và ở trước sừng tủy sống. Các noron này không kiểm soát được, sẽ gây co cứng cơ và các cơn co giật cứng. Cũng như vậy, do mất đi sự ức chế mà các noron giao cảm tiền hạch tăng lên. Làm nồng độ các Catecholamin trong máu, dẫn đến các triệu chứng cường giao cảm và rối loạn thần kinh thực vật.

- Độc tố uốn ván từ vết thương vào máu và lan rộng tới các tận cùng thần kinh. Thời gian di chuyển trong nội bào của độc tố là tương đương cho tất cả các dây thần kinh, do đó dây thần kinh ngắn sẽ bị ảnh hưởng trước và dây thần kinh dài sẽ ảnh hưởng sau. Điều này giải thích các triệu chứng co cứng cơ xuất hiện kế tiếp nhau, đầu tiên là cơ nhai, sau đến các cơ đầu mặt cổ, cơ thân mình và cuối cùng là các chi.

3. Triệu chứng

3.1. Mô tả thể uốn ván toàn thể

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Trung bình 7-14 ngày, ngắn nhất 48-72 giờ tính từ lúc bị thương đến lúc xuất hiện cứng hàm. Thời kỳ này hoàn toàn yên lặng, không có triệu chứng lâm sàng ngoài dấu hiệu viêm tấy vết thương (nếu có).

Thời kỳ này càng ngắn thì bệnh càng nặng.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát

Kéo dài từ 1 – 3 tuần với các biểu hiện:

*** Co cứng cơ toàn thân**

Co cứng toàn thân theo một trình tự nhất định, bắt đầu từ cơ nhai rồi đến các cơ mặt, cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cuối cùng là các cơ chi, tạo cho bệnh nhân ở tư thế “uốn ván”.

+ Co cứng các cơ ở mặt tạo nụ cười nhăn nhó “đau khổ”.

+ Co cứng các cơ ở cổ (làm nổi rõ cơ ức đòn chũm), cơ gáy (làm cổ uốn cong lên và cứng gáy (+)).

+ Co cứng các cơ lưng gây uốn cong lưng lên, đôi khi gập uốn cong lưng tôm hoặc uốn cong về một bên.

+ Co cứng cơ ngực, bụng, cơ hoành làm các múi cơ nổi rõ, di động theo nhịp thở kém, thở nông, sờ bụng cứng như gỗ.

+ Co cứng cơ chi: Tay thường ở tư thế gập, chân duỗi thẳng cứng.

+ Co cứng cơ họng và thanh quản gây khó nuốt, khó thở, khó nói, đau họng.

+ Co cứng cơ ở tầng sinh môn gây bí đái, táo bón.

*** Các cơn co giật cứng toàn thân:**

Trên nền co cứng cơ toàn thân liên tục xuất hiện các cơn co giật cứng toàn thân. Cơn co giật thường xuất hiện thường xuyên tự nhiên hoặc có kích thích như: Tiếng động, ánh sáng chiếu, khám xét, tiêm chích, hút đờm dãi...

Tính chất cơn co giật: Lúc đầu chỉ ở một vài nhóm cơ, sau lan tới tất cả các nhóm cơ. Thời gian một cơn từ vài giây đến vài phút hoặc hơn.

Số lượng cơn: Trong vòng 24h từ vài cơn tới hàng trăm cơn, có khi liên tiếp.

Cơn co giật rất mạnh, gây đau đớn cho bệnh nhân, làm bệnh nhân lo âu sợ hãi, trong khi bệnh nhân vẫn tỉnh táo, Trong cơn co giật, bệnh nhân có thể tím tái do suy hô hấp, vã mồ hôi, uốn cong người lên hoặc sang một bên, có thể gây các biến chứng trong cơn như: Đứt và rách cơ, gãy xương, co thắt họng, cứng cơ hoành và thanh quản, gây ngạt và tử vong đột ngột.

*** Các triệu chứng khác:**

- Do rối loạn thần kinh thực vật nên:

- + Sốt tăng dần lên 39⁰-40⁰ C hoặc hơn.
- + Mạch căng và nhanh, đôi khi loạn nhịp.
- + Huyết áp từng cơn hoặc liên tục, đôi khi cũng gặp nhịp tim chậm, huyết áp giảm và có thể ngừng tim đột ngột.
- + Tăng tiết đờm dãi, vã mồ hôi.
- Có tình trạng mất nước điện giải do sốt cao, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, ăn uống kém.
- Nhiễm toan: Do thiếu oxy dẫn đến chuyển hoá yếm khí gây toan máu.
- Thở nhanh, nếu suy hô hấp nặng có thể rối loạn nhịp thở, tím tái.

3.1.3. Tiến triển

- Tiến triển tốt: Từ ngày thứ 10 trở đi, các cơn giật giảm dần, mạch, nhiệt độ trở lại bình thường. Miệng há to dần. Các cơ bớt co cứng rồi mềm ra, sau hàng tháng hồi phục.
- Tiến triển xấu: Bệnh cảnh ngày càng nguy kịch, thuốc an thần không kiểm soát nổi các cơn co giật, có thể tử vong do suy hô hấp, ngừng tim trong cơn co giật kịch liệt.

3.2. Các thể lâm sàng khác

* *Uốn ván rốn*: Vết thương ở vùng đầu mặt, liệt dây thần kinh số 7 ngoại biên bên bị thương, cứng khít hàm, khó nuốt, hay bị co thắt thanh quản. Co cứng cơ và co giật có thể lan ra toàn thân.

* *Uốn ván nội tạng*: Uốn ván đi kèm theo các ổ nhiễm trùng ở sâu như: Viêm niêm mạc tử cung, sốt rau, mủ ổ bụng... Bệnh thường rất nặng, dễ tử vong.

* *Uốn ván rốn*: Do cắt rốn không vô trùng. Lâm sàng: Rốn ướt, rụng sớm (từ ngày thứ 4), bỏ bú, khóc bé rồi không khóc, mắt nhắm. Cơ bụng co cứng, tay nắm cứng, chân co cứng, sốt cao co giật, khó thở, tím tái, thính thoảng có cơn ngừng thở. Tỷ lệ tử vong cao.

4. Biện chứng

- Biện chứng hô hấp: Ngừng thở đột ngột, bội nhiễm phổi, nhiễm trùng vết mở khí quản, loét do nằm lâu ở một tư thế.

- Tai biến điều trị:

- + Sau khi mở khí quản, bệnh nhân không thở đường mũi được.
- + Tai biến huyết thanh kháng độc tố uốn ván xuất hiện từ ngày 5 - 6 trở đi sau tiêm SAT. Phát ban dị ứng, sốt cao, co giật tím tái, ngừng thở.
- + Liều an thần cao kéo dài có thể làm cho hôn mê sâu lâu hồi phục, đặc biệt ở người nhiều tuổi.

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

5.1.1. Xử lý vết thương

Mở rộng, cắt lọc lấy hết dị vật và rửa nước oxy già, để hở. Vệ sinh hàng ngày 1-2 lần tùy mức độ nhiễm trùng hoại tử vết thương. Phẫu thuật để loại bỏ các vết thương, ổ nhiễm trùng sâu (tử cung...) cần phải thận trọng và cân nhắc kỹ.

5.1.2. Thuốc

Trung hoà độc tố uốn ván: Huyết thanh kháng uốn ván (SAT) 10.000-20.000 đơn vị. Phải thử test trước khi tiêm vì đây là huyết thanh ngựa.

- Chống co giật và co cứng cơ.
- + Là biện pháp quan trọng nhất. Có nhiều loại thuốc có thể được dùng.
- + Thuốc ưa chuộng nhất: Diazepam (Valium, Sedusen) dùng đường uống (qua sonde dạ dày) hoặc đường tĩnh mạch 3-5mg/kg/24h. Thuốc được giải đều 24h, chia làm nhiều liều

nhỏ (uống, tiêm) xen kẽ cách nhau 3-4h. Liều một lần, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, liều 24h phụ thuộc vào mức độ co giật, co cứng và độ nhạy cảm với thuốc của bệnh nhân.

Hỗn hợp liệt hạch được dùng xen kẽ khi nhiều cơ co giật mạnh, kéo dài liên tục.

Chlopromazin 1mg/kg.

Dolacgan 1-2mg/kg.

Kháng sinh Histamin tổng hợp 1mg/kg.

Trộn lẫn tiêm bắp, mỗi lần từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/1 ngày và không kéo dài quá 1 tuần. Không được dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

+ Các thuốc giãn cơ (chế phẩm curare...) như Flaxedil phải dùng liều tối thiểu và cần phải hô hấp hỗ trợ.

5.1.3. Các chú ý trong điều trị uốn ván

- Chống suy hô hấp (hút đờm dãi, mở khí quản khi cần thiết)
- Bồi phụ nước điện giải, năng lượng đầy đủ.
- Chống nhiễm trùng bội nhiễm: Penixilin.
- Vitamin B1, B6 và C.
- Chống rối loạn thần kinh thực vật, khi mạch quá nhanh, dùng Propranolol viên.

5.2. Phòng bệnh

- Phòng bệnh chủ động
 - + Tiêm vaccin giải độc tố uốn ván Anatoxin (AT).
 - + Tiêm 3 mũi cách nhau một tháng.
 - + Sau đó cứ 5 năm, tiêm nhắc lại 1 mũi.
 - + Hiện nay ở nước ta, trong chương trình tiêm chủng mở rộng, đã tiêm phòng cho trẻ em và phụ nữ có thai. Các đối tượng khác nên tự nguyện.
- Phòng bệnh thụ động sau khi bị thương:
 - + Cắt, lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng.
 - + Dùng kháng sinh Penixilin.
 - + Tiêm SAT 1.500 đơn vị (1 ống)
 - + Phải tiêm kèm AT để có miễn dịch chủ động.
- Đề phòng uốn ván rốn
 - + Quản lý thai nghén, tránh đẻ rơi.
 - + Đỡ đẻ vô trùng.
 - + Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ khi mang thai.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định chăm sóc

Điều dưỡng viên tiến hành nhận định, chăm sóc bằng cách hỏi, quan sát và khám để phát hiện các dấu hiệu sau:

- Hỏi bệnh nhân bị vết thương từ bao giờ? Mỏi hàm, khó nhai, khó nuốt từ bao giờ? Các triệu chứng đau cơ khi cơ co cứng và co giật. Bệnh nhân đã lên cơ co giật chưa? Khi nào

- Khám:
 - + Quan sát: Thời gian, cường độ, tính chất cơn giật, số lần giật. Phát hiện dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật: Bệnh nhân tăng tiết đờm dãi, có vã mồ hôi không?
 - + Tìm đường vào, vết thương có mủ không.
 - + Triệu chứng cứng hàm.
 - + Triệu chứng co cứng cơ toàn thân.
 - + Triệu chứng co giật sau kích thích.

- + Tim mạch, đếm nhịp tim, đo huyết áp.
- + Hô hấp: Đếm nhịp thở, phát hiện triệu chứng co thắt họng, thanh quản, gây suy hô hấp.
- + Đo nhiệt độ bệnh nhân.
- Phát hiện các biến chứng: Hô hấp, tim mạch, bội nhiễm...
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ khi bệnh nhân phải mở khí quản.
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.

6.2. *Chẩn đoán, chăm sóc*

- Bệnh nhân đau mỗi cơ và khó chịu do co cứng cơ và co giật.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do không ăn được vì cứng hàm.
- Nguy cơ suy hô hấp do cơn co giật kéo dài và tắc nghẽn đờm dãi.
- Nguy cơ trụy tim mạch do thiếu oxy cơ tim và tắc nghẽn đờm dãi.
- Nguy cơ bội nhiễm do nằm lâu.
- Bệnh nhân lo lắng do thiếu hiểu biết về bệnh.

6.3. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

** Làm giảm đau mỗi cơ và khó chịu cho bệnh nhân:*

Bệnh nhân khi co cứng cơ và co giật thì rất đau và khó chịu, vì vậy cần phải làm mềm cơ và chống co giật cho bệnh nhân.

Do đó, bệnh nhân phải nằm buồng riêng, yên tĩnh, tránh kích thích, tiếng động, ánh sáng, hạn chế thăm khám không cần thiết, đảm bảo giấc ngủ cho bệnh nhân.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần cho bệnh nhân: Seduxen, Valium. Dùng thuốc viên và thuốc tiêm xen kẽ. Nên tiêm thuốc bằng đường tĩnh mạch hơn tiêm bắp.

- Thực hiện dùng thuốc đúng giờ theo y lệnh của bác sỹ.

- Theo dõi giấc ngủ của bệnh nhân để biết đáp ứng của bệnh nhân khi dùng thuốc an thần.

- Khi bệnh nhân co giật nên tìm nguyên nhân gây ra co giật: Va chạm, tiếng động, thiếu nước điện giải, tắc nghẽn đường thở, tai biến huyết thanh... để có hướng xử trí.

- Khi bệnh nhân bí đái: Có thể chườm ấm vùng bàng quang hay đặt ống thông tiểu cho bệnh nhân.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc chống co thắt cơ trơn, thuốc nhuận tràng khi táo bón.

** Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân:*

Vì cứng hàm, nên việc nhai nuốt của bệnh nhân rất khó khăn không tự ăn được. Để đảm bảo dinh dưỡng 3.000 calo/ngày phải đặt ống thông dạ dày cho bệnh nhân (Trước khi đặt phải tiêm thuốc an thần, giải thích cho bệnh nhân, thao tác nhẹ nhàng, thuần thục).

Qua ống thông bơm thuốc, bơm thức ăn, bơm nước cho bệnh nhân.

Các loại thức ăn: Súp nghiền, cháo lọc, sữa bột dinh dưỡng Ensure, Isocal...

Hàng ngày theo dõi mức há miệng của bệnh nhân. Khi bệnh nhân có khả năng tự ăn được thì rút ống thông.

** Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp:*

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên, để phòng hít phải chất nôn và chất xuất tiết.

- Đặt Canuyn Mayo để phòng tụt lưỡi, hút đờm dãi tăng tiết nhiều.

- Đếm nhịp thở khi bệnh nhân khó thở, tím tái cho thở oxy ngắt quãng.

- Nếu bệnh nhân phải mở khí quản, điều dưỡng viên phải chuẩn bị dụng cụ, phụ giúp bác sỹ mở khí quản.

- Theo dõi chảy máu tại vết mổ sau khi mở khí quản.

- Hút đờm rãi qua mũi hoặc canuyn. Làm loãng đờm bằng rỏ giọt dung dịch Natricatbonat 1% hoặc Chymotrypsin.
- Làm ẩm không khí thở bằng cách tắm ướt tấm gạc phủ trên canuyn.
- Thay ống trong của canuyn ngày 2 lần để tránh tắc đờm gây suy hô hấp.
- Khi bệnh nhân hết co giật, ho khạc tốt thì, ít đờm rãi, giảm co cứng cơ, tự thở được thì rút canuyn. Rút càng sớm càng tốt vì để càng lâu, bệnh nhân càng khó thở trở lại.
- Sau khi rút canuyn, phải theo dõi bệnh nhân sát liên tục 5-6 giờ liền, đề phòng từng cơn ngừng thở đột ngột có thể xảy ra vào khoảng giờ thứ 3-5 sau khi rút canuyn. Nếu rút canuyn lần đầu không được thì phải đặt lại.
- * *Chống suy tuần hoàn:*
 - Lấy mạch, đo huyết áp cho bệnh nhân.
 - Sẵn sàng cấp cứu ngừng tuần hoàn (chuẩn bị sẵn bóng ambu, thuốc Adrenalin, bơm kim tiêm dài)
 - Ngừng tim đột ngột: ép tim ngoài lồng ngực.
 - Khi bệnh nhân có nhịp tim nhanh, cần phải hạ nhịp tim bằng không chế cơn giật, đảm bảo thông khí, hạ nhiệt độ.
 - Chuẩn bị sẵn sàng dịch truyền đẳng trương để bù nước điện giải và dẫn thuốc
- * *Chống nhiễm trùng bội nhiễm:*
 - Buồng bệnh phải thoáng mát, sạch sẽ, yên tĩnh.
 - Đảm bảo vô trùng các thủ thuật chuyên môn như: Tiêm, bộc lộ tĩnh mạch, xử trí vết thương. Rửa tay, đi găng khi hút đờm.
 - Khi bệnh nhân sốt cao thì hạ nhiệt. Sau khi co giật, bệnh nhân vã mồ hôi, cần lau mồ hôi cho bệnh nhân.
 - Bệnh nhân nằm lâu dễ loét vùng tỳ đè, thỉnh thoảng xoay trở cho bệnh nhân, kê chỗ tỳ đè: Xương vùng cụt, vai, gót, chân, đầu. Nằm đệm nước. Tránh viêm phổi bằng cách vỗ rung lồng ngực.
 - Thay rửa vết thương, cắt lọc lấy dị vật, rửa bằng oxy già.
 - Vệ sinh, thay băng vết mổ khí quản 1-2 lần/ngày
 - Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên.
 - Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng cho bệnh nhân.
 - Cắt tóc, gội đầu cho bệnh nhân.
 - Vệ sinh cho bệnh nhân sau khi đại tiểu tiện.
 - Dụng cụ đựng nước tiểu phải rửa hàng ngày.
 - Thực hiện y lệnh dùng thuốc kháng sinh Penixilin.
- * *Giáo dục sức khỏe:*
 - Khi bị uốn ván bệnh nhân thường lo lắng sợ hãi. Người điều dưỡng cần bên cạnh để động viên. Giải thích rõ về bệnh tật và biến chứng có thể xảy ra để bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu, bớt đi sự lo lắng, sợ hãi và phối hợp điều trị tích cực để chóng khỏi bệnh.
 - Giai đoạn hồi phục kéo dài, nên hướng dẫn bệnh nhân luyện tập và vật lý trị liệu để tránh cứng khớp, co rút gân cơ.
 - Khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều bữa và đủ chất để hồi phục sức khỏe nhanh chóng.
 - Bệnh uốn ván không tạo được miễn dịch đủ sức bảo vệ lâu dài và tái phát sẽ xảy ra, nên sau khi khỏi bệnh, khuyến bệnh nhân tiêm giải độc tố, tiêm như đối với người bình thường chưa mắc bệnh.

6.5. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân với kế hoạch đã đặt ra. Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu từ ngày thứ 10 trở đi, các cơn co giật thưa dần và hết. Tình trạng co cũng giảm dần, miệng há rộng ra, phản xạ nuốt trở lại. Không xảy ra biến chứng.

LƯỢNG GIÁ

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất, cho các câu hỏi sau:**

Câu 1: Khi theo dõi bệnh nhân uốn ván, bệnh nhân cần được mở khí quản khi có dấu hiệu:

- A. Cứng hàm
- B. Co cứng cơ toàn thân
- C. Co thắt họng thanh quản
- D. Cơn co giật

Câu 2: Nguyên tắc quan trọng nhất trong điều trị uốn ván là:

- A. Xử lý vết thương
- B. Tiêm huyết thanh chống uốn ván
- C. Dùng thuốc chống co giật và co cứng
- D. Kháng sinh diệt vi khuẩn

Câu 3: Dấu hiệu quan trọng nhất trong quá trình chăm sóc bệnh nhân uốn ván là:

- A. Vết thương
- B. Cơn giật
- C. Nhịp thở
- D. Giấc ngủ

Câu 4: Triệu chứng xuất hiện đầu tiên trong bệnh uốn ván là:

- A. Co cứng cơ toàn thân
- B. Cứng hàm
- C. Cơn co giật
- D. Rối loạn thần kinh thực vật

Câu 5: Triệu chứng nào chứng tỏ bệnh uốn ván diễn biến nặng lên:

- A. Co cứng cơ toàn thân
- B. Cứng hàm
- C. Cơn co giật
- D. Rối loạn thần kinh thực vật

Câu 6: Hoạt động nào thích hợp nhất cho bệnh nhân uốn ván giai đoạn cấp:

- A. Nằm nghỉ tuyệt đối tại giường
- B. Dạy và dạo quanh càng nhiều càng tốt
- C. Ngồi dậy 1h vào buổi sáng
- D. Dậy và tự đi vệ sinh

Câu 7: Kháng sinh thích hợp nhất để điều trị uốn ván là:

- A. Streptomixin
- B. Penixilin
- C. Gentamicin
- D. Tetraxylin

Câu 8: Biện pháp chăm sóc quan trọng nhất sau khi mở khí quản phổi cho bệnh nhân uốn ván là:

- A. Hút đờm dãi
- B. Làm ẩm không khí thở vào

- C. Làm loãng đờm
- D. Vệ sinh vết mổ

Câu 9: Biến chứng hay gặp nhất trong bệnh uốn ván là:

- A. Biến chứng tim mạch
- B. Biến chứng hô hấp
- C. Biến chứng bội nhiễm
- D. Biến chứng tiêu hóa

Câu 10: Dấu hiệu cần theo dõi nhất sau khi mở khí quản cho bệnh nhân uốn ván là:

- A. Nhịp thở
- B. Chảy máu vết mổ
- C. Tăng tiết đờm nhãi
- D. Co cơ giật

Câu 11: Trong các tình huống sau, tình huống nào không gây uốn ván:

- A. Tai nạn giao thông
- B. Nạo phá thai phạm pháp
- C. Dụng cụ phẫu thuật không vô trùng
- D. Ăn uống không hợp vệ sinh

Câu 12: Đặc điểm co giật trong uốn ván là:

- A. Co giật một chi
- B. Co giật nửa người
- C. Co giật toàn thân
- D. co giật hai chi trên

Câu 13: Co cứng cơ toàn thân trong bệnh uốn ván theo trình tự bắt đầu từ:

- A. Cơ mặt
- B. Cơ nhai
- C. Cơ lưng
- D. Cơ bụng

Câu 14: Điều trị bệnh uốn ván cần phải:

- A. Cần nhắc xem có cần uống thuốc chống co giật và co cứng cơ cho bệnh nhân không?
- B. Cần nhắc xem có nên bù nước và điện giải cho bệnh nhân không?
- C. Rửa vết thương hàng ngày cho bệnh nhân.
- D. Tiến hành hút đờm dãi và mở khí quản.

Câu 15: Thời kỳ ủ bệnh của bệnh nhân uốn ván tính từ khi bị(1)... đến lúc xuất hiện...(2)...

- A. Vết thương
- B. Đau cơ
- C. Co cứng cơ toàn thân
- D. Cứng hàm
- E. Rối loạn thần kinh thực vật

Câu 16: Sau khi rút canyn cho bệnh nhân uốn ván theo dõi liên tục...(1)... giờ liền để đề phòng ngừng thở đột ngột có thể xảy ra vào giờ thứ....(2)...

- A. 1-2
- B. 3-5
- C. 5-6
- D. 7-9

Bài 17

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẠI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh đại.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Đại.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh Đại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus đại gây ra, bệnh chủ yếu của súc vật (chó, mèo....) lây sang người qua đường da và niêm mạc. Biểu hiện lâm sàng của bệnh chủ yếu là trạng thái kích thích tâm thần vận động, hoặc một hội chứng kiểu Landy. Khi phát bệnh tử vong 100%.

1.2. Mầm bệnh

Virus đại thuộc họ Rhabdovirus, có cấu tạo ARN và có bao ngoài. Pasteur chia virus đại ra làm 2 loại:

- Virus phân lập từ các động vật bệnh đại được gọi là virus "đường phố" có thời gian ủ bệnh dài và động lực cao, gây bệnh đại ở súc vật và người.

- Virus cấy truyền nhiều lần qua não động vật phòng thí nghiệm (Thỏ) được gọi là virus cố định có thời gian ủ bệnh ngắn gây bại liệt cho động vật nên mất khả năng gây bệnh cho người. Loại Virus này dùng để sản xuất vaccin đại. Virus bất hoạt nhanh chóng bởi xà phòng, ete, còn lốt ở 60⁰ chết trong 5 phút, ở 100⁰C chết trong 1 phút. Tuy vậy ở nhiệt độ phòng virus có thể sống được từ 1-2 tuần. Vì vậy, đồ vật dính nước bọt chó đại, người bị đại được coi là nguy hiểm.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh: Là thú hoang đại (Chồn, cáo, dơi). Động vật nuôi như: chó, mèo, ngựa, bò, cừu...

- Đường lây: Qua vết cắn, vết cào xước da và niêm mạc.

- Khỏi cảm thụ: Tất cả mọi người đều có thể mắc bệnh khi bị súc vật đại cắn, bệnh tăng về mùa hè.

2. Cơ chế bệnh sinh

Từ vết thương (do bị cắn, cào, liếm) virus theo đường dây thần kinh ngoại vi lên não gây tổn thương các tế bào thần kinh trung ương, đặc biệt là vùng Amon, hành não. Rồi từ đây, virus cũng theo đường dây thần kinh tới tuyến nước bọt và tản ra khắp hệ thống thần kinh. Virus có trong nước bọt chó đại, 10 ngày trước khi phát bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng là do tình trạng não viêm (Encephalitis) do virus đại gây nên. Thời gian từ đột nhập đến khi phát bệnh phụ thuộc vào vị trí, số lượng, tính chất vết cắn và vào sức đề kháng của người bệnh.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Trung bình từ 20 - 60 ngày, có thể từ 10 ngày đến 1 năm, vết cắn càng gần đầu, mặt thời gian ủ bệnh càng ngắn.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: Triệu chứng phức tạp không rõ rệt:

Tại vết cắn: Có cảm giác ngứa, kiến bò, đau nhẹ ở vết cắn, người bệnh thay đổi tính nết, có thể buồn bã, lo lắng hoặc dễ bị kích động.

Triệu chứng ít gặp: Ho, ớn lạnh, tiêu chảy, tiêu khó.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát

3.1.3.1. Thể hưng dữ

Biểu hiện là một tình trạng kích thích tâm thần vận động là chủ yếu. Khi bệnh nhân trở nên hưng tợn, điên khùng, gây gổ đập phá lung tung, nhanh chóng tiến tới hôn mê và tử vong.

Khi thì ở trạng thái kích thích vận động là chủ yếu với biểu hiện: Co cứng, run rẩy tứ chi, co giật, co thắt họng và thanh khí quản, gây triệu chứng sợ nước. Khát không dám uống, chỉ nhìn thấy hoặc nghe thấy tiếng nước chảy cũng gây tăng co thắt họng và rất đau. Tình trạng co thắt này tăng lên mỗi khi có kích thích dù rất nhỏ vào các giác quan như: Luồng gió nhẹ, mùi vị ánh sáng... nét mặt luôn căng thẳng, hoảng hốt, mắt sáng và đỏ, tai thính, có thể tình trạng kích thích sinh dục. Sốt tăng dần, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, rối loạn tim mạch và hô hấp, xuất hiện nhiều ảo giác. Tất cả triệu chứng trên xuất hiện thành từng cơn, ngày càng dày hơn, mạnh hơn, bệnh nhân có lúc tỉnh táo. Các triệu chứng nặng dần lên và tử vong trung bình từ sau 3-5 ngày do ngừng hô hấp và ngừng tim.

3.1.3.2. Thể liệt

Ít gặp hơn thể trên., Thường gặp ở người bị chó dại cắn đã tiêm vaccin nhưng muộn. Thường không có triệu chứng sợ nước, sợ gió.

Lúc đầu có thể thấy đau nhiều ở vùng cột sống, sau đó xuất hiện hội chứng liệt theo kiểu Landry: Đầu tiên liệt chi dưới, sau đó rối loạn cơ vòng, rồi liệt chi trên. Khi tổn thương tới hành não, thì xuất hiện liệt thần kinh sọ, ngừng hô hấp và tuần hoàn. Tử vong sau 4-12 ngày.

3.2. Cận lâm sàng

Tìm hiểu thể Negri ở não.

4. Điều trị và dự phòng

4.1. Điều trị

** Điều trị tại chỗ vết thương khi bị súc vật cắn:*

Nặn cho chảy hết máu ở vết cắn, rửa bằng xà phòng ba lần liên dội nhiều nước, rửa bằng các thuốc sát khuẩn như: Ête, cồn Iốt ... tránh khâu vết thương sớm, trừ vết thương ở mặt, có thể tiêm phòng uốn ván và cho kháng sinh.

** Điều trị huyết thanh kháng Dại (Seum Anti Rabies):*

Chỉ dùng cho các trường hợp bị cắn nặng: Như vết cắn rộng, sâu, nhiều vết cắn, bị cắn ở đầu mặt cổ, bởi một con vật biểu hiện dại.

Yêu cầu: Tiêm càng sớm sau khi bị cắn càng có hiệu quả tốt, tiêm trước khi tiêm vaccin.

Cách tiêm: Có 2 loại huyết thanh kháng Dại:

- Huyết thanh kháng Dại khác chủng lấy từ ngựa đã miễn dịch cao. Tiêm miễn dịch một lần duy nhất là 20UI/kg nặng có thể tiêm quanh vết cắn. Để tránh tai biến sốc phản vệ có thể tiêm theo phương pháp Besredka và dùng thuốc kháng Histamin tổng hợp và chỉ tiêm ở các trung tâm chống dại.

Globulin miễn dịch, đồng chủng, đặc hiệu kháng dại. tiêm bắp, vị trí ở mông một liều duy nhất là 20UI/kg nặng. Ưu điểm: Không có tai biến, chịu đựng tốt, nhưng có nhược điểm là giá thuốc cao.

** Tiêm vaccin:*

+ Chỉ định tiêm: Khi bị liếm, trên da có vết thương, bị cào, cắn bởi xúc vật bị dại hoặc nghi ngờ bị dại mà con vật đã bị giết chết (mà không có điều kiện xét nghiệm để khẳng định bị dại hay không) hoặc đã trốn mất hoặc bị động vật hoang dã cắn.

Khi xúc vật có vẻ khỏe mạnh cắn, phải theo dõi xúc vật trong vòng 10 ngày nếu có bất kỳ biểu hiện ốm hoặc thay đổi tính tình cần phải tiêm ngay. Còn nếu khỏe mạnh thì không cần tiêm.

+ Cách tiêm vaccin fuenzalida: tiêm 6 mũi trong da cách nhau 1 ngày với liều 0,2ml/mũi cho người lớn, 0,1ml/mũi cho trẻ em. Trong quá trình tiêm thuốc: nghỉ ngơi, ngủ sớm, kiêng bia rượu. Vaccin này có thể gây ra tai biến.

- Dị ứng: Tại nơi tiêm sưng, ngứa.

- Toàn thân sốt, phát ban, điều trị bằng thuốc kháng Histamin.

** Điều trị bệnh nhân khi đã lên cơn Dại:* Hiện nay chưa có thuốc gì cứu sống bệnh nhân khi đã lên cơn, chỉ điều trị triệu chứng: an thần, để bệnh nhân nghỉ ngơi yên tĩnh, riêng biệt.

4.2. Biện pháp dự phòng riêng

- Quản lý chó: Cầm thả chó ra ngoài đường tự do, phải tiêm phòng cho chó từ lúc chó được ba tháng tuổi, Nếu chó ra đường phải đeo dây mõm, có dây xích, có người dắt, gia súc bị chó dại cắn cần giết chết ngay.

- Tiêm vaccin phòng dại bắt buộc cho gia súc, đặc biệt là chó mèo. Tiêm vaccin phòng dại cho một số người có nghề nghiệp phải tiếp xúc nhiều với súc vật như: Thú y, chăn nuôi gia súc (chó, mèo ...) chuyên nghiệp

5. Nhận định chăm sóc

** Hỏi:* Bệnh nhân bị chó cắn từ bao giờ? Sợ nước, sợ gió, sợ ánh sáng từ lúc nào?

** Khám:*

Hô hấp: Đánh giá sự tăng tiết?

Tuần hoàn: Bắt mạch, đo huyết áp.

Tình trạng chung: Với thể hung dữ: Bệnh nhân hay nhìn chộm, mắt long lanh hay khạc nhổ lung tung, khi lên cơn bệnh nhân đau đớn, vùng vẫy, cắn xé, xùi bọt mép, trong cơn bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo.

Ở thể liệt: Dị cảm với vết cắn, đau chi bị cắn, tiết tiền triển lan lên chi trên, sau đó liệt mặt, cổ, liệt các cơ hô hấp.

Xem bệnh án để biết: Chẩn đoán, thuốc điều trị, xét nghiệm và các chỉ định khác.

Dinh dưỡng: Hỏi xem bệnh nhân có ăn được không, để đánh giá tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng.

5.1. Chẩn đoán chăm sóc:

Nguy cơ thiếu hụt oxy do bị co thắt thanh quản, phế quản.

Thiếu hụt dinh dưỡng do khó nuốt.

Bệnh nhân lo lắng về bệnh.

Người nhà và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh

5.2. Lập kế hoạch chăm sóc

Làm thông thoáng đường hô hấp

Đảm bảo dinh dưỡng

An thần cho bệnh nhân khi bệnh nhân co cơn vật vã

Giáo dục sức khỏe

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Khi bệnh nhân có kích thích vật vã có thể dùng an thần bằng seduxen, Valium cho nghỉ tại phòng kín gió, tránh để các dụng cụ sắc nhọn hoặc dễ vỡ, tránh bệnh nhân đập phá khi lên cơn đại.

- Làm thông thoáng đường hô hấp: Cho thở oxy khi có tím tái, hút đờm dãi khi tăng tiết nhiều.

- Đảm bảo dinh dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch khi bệnh nhân không ăn được. Lấy nhiệt độ, đo huyết áp ngày 1 lần. Vệ sinh thân thể thay quần áo cho người bệnh hàng ngày. Vệ sinh phòng ở cho bệnh nhân.

Động viên an ủi người bệnh, chia sẻ an ủi người nhà bệnh nhân để cùng bệnh nhân chăm sóc chu đáo.

- Giáo dục sức khỏe: Hướng dẫn người nhà cách phòng và xử lý khi bị chó cắn. Nếu gia đình có nuôi chó phải tiêm phòng theo quy định. Không thả chó ra đường tự do. Nếu chó cắn người, phải nhốt chó để theo dõi từ 10-15 ngày. Nếu chó có biểu hiện ốm, phải cho người bị chó cắn đi tiêm phòng ngay.

5.4. Đánh giá: Đánh giá lại quá trình chăm sóc, được đánh giá là tốt khi bệnh nhân được chăm sóc tận tình chu đáo, không xảy ra tai biến trong quá trình chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ của bệnh đại?

2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng, của bệnh đại?

3. Anh(chị) trình bày các biện pháp phòng bệnh đại ?

4. Anh(chị) trình bày nhận định, chẩn đoán chăm sóc, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Đại ?

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu sau:**

5. Thời gian ủ bệnh trung bình của bệnh Đại:

- A. Từ 3-5 ngày
- B. Từ 6-8 ngày
- C. Từ 10-15 ngày
- D. Từ 20-60 ngày

6. Biểu hiện Đại trên lâm sàng ở giai đoạn toàn phát có các thể:

- A. Thể hung dữ
- B. Thể liệt
- C. Cả hai thể A và B
- D. Thể ẩn

7. Vacxin, huyết thanh nào dưới đây được dùng để tiêm phòng bệnh đại cho người bị chó cắn:

- A. Vacxinsall
- B. Fuenzalida
- C. SAT
- D. SAD

8. Biện pháp quan trọng nhất khi bị chó cắn là: A. Xử lý kỹ vết thương

B. Nhốt chó theo dõi từ 10-15 ngày.

C. Cho bệnh nhân đi tiêm phòng ngay.

D. Theo dõi vết cắn

Bài 18

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN DENGUE XUẤT HUYẾT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách phòng bệnh Dengue xuất huyết.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân dengue xuất huyết.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Dengue xuất huyết (DXH) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra và muỗi Aedes Aegypti là trung gian truyền bệnh. Bệnh có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sốt cấp diễn và xuất huyết với nhiều dạng khác nhau. Những thể nặng có sốc do giảm khối lượng máu lưu hành.

1.2. Mầm bệnh

Virus Dengue thuộc nhóm Arbovirus, có 4 tuýp huyết thanh: D_I, D_{II}, D_{III}, D_{IV} đã được xác định. Các typ này có miễn dịch chéo nhưng không bền vững, cho nên có thể mắc 2 lần dengue xuất huyết với 2 tuýp virus Dengue. Lần thứ 2 mắc bệnh thường nặng hơn.

1.3. Dịch tễ

1.3.1. Nguồn bệnh

Là bệnh nhân cần chú ý những người mắc bệnh thể nhẹ, ít được quản lý nên là nguồn bệnh quan trọng. Ngoài người ra khỏi hoang dại cũng là nguồn chứa mầm bệnh trong tự nhiên.

1.3.2. Đường lây truyền

Bệnh dengue xuất huyết lây bằng đường máu, do muỗi đốt bệnh nhân trong 3-4 ngày đầu của bệnh, rồi đốt sang người lành. Muỗi truyền bệnh chủ yếu là muỗi Aedes Aegypti, đây là loại muỗi đốt, vằn ưa đốt người vào ban ngày, sinh sản nhiều nhất ở những dụng cụ chứa nước đọng nhân tạo gần nhà như bể, thùng, vại, ống bơ...

Chu kỳ bệnh trung bình từ 3-5 năm. Miền bắc thường xảy ra từ tháng 6 đến tháng 10, đỉnh cao vào tháng 7,8,9. Miền nam và miền trung xuất hiện quanh năm với tần số mắc nhiều hơn từ tháng 4 đến tháng 11.

1.3.3. Cơ chế cảm thụ

- Chủ yếu là trẻ em từ 4-8 tuổi (nhất là trẻ em trong vùng có dịch lưu hành nhiều năm).
- Lứa tuổi bị bệnh có xu hướng ngày càng nhỏ dần.
- Địa phương lần đầu có dịch thì mọi lứa tuổi đều có thể bị mắc bệnh.

2. Cơ chế bệnh sinh

Khi vào cơ thể virus đến hạch vùng rồi tổ chức Lympho, gan, tủy, xương, da. Virus nhân lên và phát triển trong tế bào monocytes, đại thực bào. Có vai trò của phức hợp kháng nguyên – kháng thể làm phá vỡ hàng loạt tế bào nhiễm virus, giải phóng ra các hoá học trung gian có tác dụng sinh học. Cơ chế bệnh sinh của dengue xuất huyết còn chưa rõ ràng, nhưng có 2 thay đổi sinh bệnh học chủ yếu là:

- + Tăng tính thấm thành mạch, dẫn đến thoát huyết tương ra khỏi thành mạch và vào các khoang và khoảng gian bào. Hậu quả là làm giảm bớt thể tích tuần hoàn và sốc.
- + Chảy máu bất thường: Do tổn thương thành mạch, giảm tiểu cầu và rối loạn đông máu.

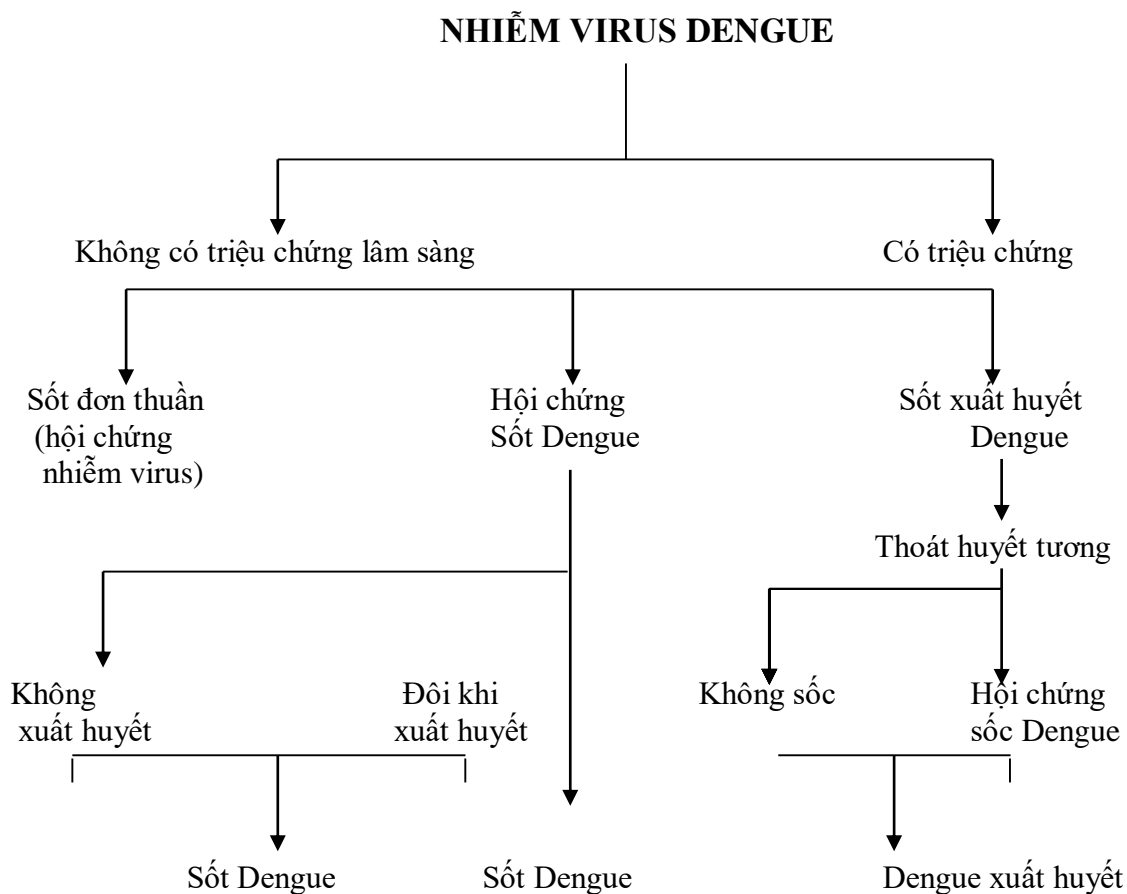
3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Khi nhiễm virus Dengue, nhiều tình huống có thể xảy ra:

- Không có biểu hiện lâm sàng.
- Sốt đơn thuần.
- Sốt Dengue hay Dengue cổ điển.
- Sốt Dengue xuất huyết.

Trong phần này chúng tôi chỉ mô tả lâm sàng của sốt Dengue xuất huyết, còn các biểu hiện khác sẽ không được đề cập đến.



Sơ đồ 18.1:biểu hiện nhiễm virus Dengue

3.1. Lâm sàng Dengue xuất huyết

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Trung bình từ 4-10 ngày thường không có triệu chứng gì.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát và toàn phát

3.1.2.1. Dengue xuất huyết không sốc

Khởi phát đột ngột bằng sốt cao, rồi nhanh chóng vào giai đoạn toàn phát với những hội chứng như sau:

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao đột ngột 39 – 40°C. kéo dài trung bình từ 2-7 ngày, kèm theo các triệu chứng như:

- + Mệt mỏi, chán ăn.
- + Đau bụng ở thượng vị hoặc hạ sườn phải.
- + Đôi khi có nôn.
- + Gan to: Ở trẻ em hay gặp hơn ở người lớn.
- + Đôi khi da xung huyết hoặc có phát ban.

- Hội chứng thần kinh:

- + Đau người, đau cơ, đau khớp, nhức đầu, đau quanh hố mắt.
- + Trẻ em có sốt cao, đôi khi co giật, hốt hoảng.
- + Không có biểu hiện viêm màng não.

- Hội chứng xuất huyết: Thường xuất hiện vào ngày thứ 2 của bệnh. Trường hợp không có xuất huyết thì có dấu hiệu dây thắt dương tính.

+ Các biểu hiện xuất huyết tự nhiên hoặc xuất huyết khi tiêm trích sẽ thấy bầm tím quanh nơi tiêm.

+ Xuất huyết ngoài da: Biểu hiện như tử ban, vết bầm tím, rõ nhất là xuất huyết ở mặt trước, hai cẳng chân, mặt trong hai cẳng tay, gan bàn tay, lòng bàn chân.

+ Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu cam, chảy máu chân răng, xuất huyết dưới màng tiếp hợp, đi tiểu ra máu, kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh nguyệt sớm hơn kỳ hạn.

+ Xuất huyết tiêu hoá: Nôn ra máu, đi đại tiện phân đen, khi có xuất huyết tiêu hoá nhiều, bệnh thường diễn biến nặng.

Diễn biến tự nhiên của Dengue xuất huyết không sốc thường nhẹ, sốt giảm, các dấu hiệu và triệu chứng khác đều giảm bớt. Mạch, huyết áp ổn định, toàn trạng khá dần, sau đó bệnh nhân ăn biết ngon miệng và phục hồi dần.

3.1.2.2. Dengue xuất huyết có sốc

Khi bị Dengue xuất huyết cần theo dõi sốc là biến chứng nặng, dễ đưa đến tử vong. Do đó thường xuyên theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp...

Sau khi sốt vài ngày, tình trạng bệnh nhân trở nặng nhanh chóng.

- Dấu hiệu tiền sốc (theo TCYTTG-1980):

- + Vật vã, lơ mơ.
- + Da đỏ ửng, nhưng chân tay lạnh.
- + Đau bụng vùng gan.
- + Số lượng nước tiểu ít.
- + Số lượng tiểu cầu giảm xuống nhanh chóng.
- + Dung tích hồng cầu (Hematocrit) tăng rất cao.

- Sốc thường xảy ra vào ngày thứ 3-6 của bệnh (vào giai đoạn hạ nhiệt độ) nhiệt độ hạ đột ngột.

- Biểu hiện: Bệnh nhân vật vã, ly bì, da nổi gân tím lạnh, đau bụng cấp, mạch nhanh, nhỏ, khó bắt, huyết áp kẹt, chênh lệch giữa huyết áp tối đa và tối thiểu $\leq 20\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tụt. Nặng hơn nữa: Huyết áp không đo được, đái ít dẫn đến vô niệu.

Thời gian sốc thường ngắn và bệnh nhân có thể tử vong trong vòng 12-24 giờ. Nếu không xử trí nhanh chóng thì sốc sẽ gây toan chuyển hoá, giảm Na^+ máu và xuất hiện đông

máu nội quản rải rác, gây xuất huyết trầm trọng ở tiêu hoá và các cơ quan khác, có thể xuất huyết não và dẫn đến hôn mê.

3.1.3. Tiến triển

Thời kỳ phục hồi của Dengue xuất huyết không sốc hoặc có sốc đều nhanh chóng. Bệnh nhân ăn ngon miệng và thèm ăn là dấu hiệu tiên lượng tốt. Trong giai đoạn hồi phục, có thể gặp hiện tượng tim đập chậm hoặc loạn nhịp xoang và khỏi trong vài ngày.

3.1.4. Phân loại Dengue xuất huyết theo mức độ nặng, nhẹ

- Độ I: Sốt và các biểu hiện kèm theo như: Dấu dây thắt (+), mạch và huyết áp bình thường:

- Độ II: Như độ I + xuất huyết tự nhiên.

- Độ III: Như độ II + mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt hoặc kẹt.

- Độ IV: Như độ II + huyết áp không đo được.

* Độ I và độ II: Dengue xuất huyết không có sốc.

* Độ III và độ IV: Dengue xuất huyết có sốc.

3.2. Xét nghiệm

- Bạch cầu thường hạ hoặc không thay đổi.

- Tiểu cầu: Giảm $\leq 100.000/\text{mm}^3$, thường gặp vào ngày thứ 2 trở đi.

- Hemtocrit tăng 20% so với chỉ số bình thường

- Phân lập virus gây bệnh.

- Huyết thanh chẩn đoán Dengue, giảm làm 2 lần (mỗi lần cách nhau 1 tuần).

Hiệu giá kháng thể lần thứ nhất phải $\geq 1/1.280$ hoặc hiệu giá kháng thể lần thứ 2 phải cao gấp 4 lần hiệu giá kháng thể lần thứ nhất thì mới có giá trị chuẩn đoán.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị

4.1.1. Điều trị Dengue xuất huyết không sốc

Chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ, phát hiện kịp thời sốc xảy ra:

* *Điều trị triệu chứng:*

- Vitamin C hoặc Rutin C, thuốc kháng sinh Histamin để bảo vệ thành mạch.

- Nếu sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ trẻ em có nguy cơ co giật, cho uống thuốc hạ nhiệt hoặc dùng khăn nhúng vào nước sạch, vắt khô lau mình (không chườm đá).

- Thuốc hạ nhiệt: Paracetamol 15 mg/kg/lần trong 24 giờ, chỉ dùng 3-4 lần. Không dùng Aspirin và Salicylate để điều trị vì có thể gây xuất huyết và toan máu.

- Chống co giật: Dùng an thần Diazepam 0,5mg/kg/ngày.

* *Bù dịch sớm bằng đường uống:*

- Uống Oresol, nếu không có sẵn Oresol thì có thể dùng nước trái cây: Nước dừa, nước cam, nước chanh đường...

* *Truyền dịch:*

Khi bệnh nhân không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, đau bụng, trẻ lừ đừ, Hematocrit tăng cao, tiểu cầu hạ. Mặc dù mạch và huyết áp ổn định cũng nên truyền dịch.

Dịch truyền Ringerlactat + huyết thanh ngọt đẳng trương 5% hoặc Natriclorua 9 % + Huyết thanh ngọt đẳng trương theo tỷ lệ (lệ 1:1).

Lượng truyền: Lúc đầu 5-10ml/kg/h và lượng dung dịch trung bình là 100-120ml/kg/cân nặng/24h.

4.1.2. Điều trị Dengue xuất huyết có sốc

* *Các dịch truyền:*

- Natriclorua 9%.
- Ringerlactat.
- Glucoza 5%
- Plasma hoặc chất thay thế (Ví dụ:: HAES steril 6%, Dextran 40).

* *Các thức truyền:* Phải thay thế lượng Plasma mất đi, dung dịch Ringerlactat hoặc dung dịch Natriclorua 9% pha trong Glucoza 5% theo tỷ lệ 1:1. Truyền tĩnh mạch nhanh chóng với tốc độ 20ml/kg/h hoặc cho chảy thành tia trong những trường hợp sốc nặng.

Thay đổi tốc độ truyền dịch hoặc loại dung dịch dựa vào các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nước tiểu, Hematocrit.

- Giảm tốc độ truyền xuống 7 ->5->3 ml/kg/h nếu các dấu hiệu sinh tồn đã ổn định và sốc đã hồi phục.

- Nếu dấu hiệu sinh tồn không ổn định, lâm sàng không hồi phục, khi kiểm tra Hematocrit thấy:

+ Nếu Hematocrit tăng dung dịch keo Dextran 40 hoặc Plasma 10-20ml/kg.

+ Nếu Hematocrit giảm, truyền máu tươi toàn phần 10ml/kg/lần và đánh giá lại.

- Ngừng truyền khi huyết áp, mạch ổn định, tiểu nhiều, Hematocrit trở về bình thường khoảng từ 24-48h sau khi sốc.

* Điều chỉnh các rối loạn chuyển hoá và điện giải: Hạ Natri, hạ Canxi, hạ đường huyết, toan chuyển hoá.

* Truyền máu khi có dấu hiệu xuất huyết nặng, tốt nhất là máu tươi. Truyền huyết tương tươi giàu tiểu cầu khi cần thiết.

* Các điều trị khác: Thở oxy, chống co giật, lợi niệu ở giai đoạn thừa dịch, tái hấp thu nước, chọc tháo dịch màng phổi...

Không dùng Corticoid trong điều trị sốc Dengue.

4.2. Phòng bệnh

Hiện nay vaccin phòng bệnh Dengue xuất huyết đang ở giai đoạn nghiên cứu, việc sử dụng chưa có hiệu quả. Ở những vùng thường xuyên có dịch nên tiến hành như sau:

- Theo dõi và diệt trung gian truyền bệnh:

+ Diệt muỗi trưởng thành: Dọn dẹp nơi bùn lầy nước đọng, phun thuốc Malathion diệt muỗi dùng hương muỗi.

+ Diệt bọ ngựa: Nuôi cá, đổ các dụng cụ chứa nước thừa.

- Đối với người: Theo dõi tất cả các trường hợp có sốt, khi có bệnh nhân, phải điều trị tích cực, kịp thời. Thực hiện ngủ màn, mặc quần áo dài, tránh muỗi đốt.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định chăm sóc

Người điều dưỡng thu thập dữ liệu từ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, bằng cách hỏi và khám:

* *Hỏi:* Người điều dưỡng hỏi thật chi tiết người nhà bệnh nhân. Lưu ý:

- Bệnh nhân sốt, xuất huyết từ bao giờ? Có đau bụng không? Có đau đầu không, đau mỗi cơ không?

- Liên quan dịch tễ: Xung quanh có ai mắc bệnh như bệnh nhân không?

* *Khám:*

- Da có xung huyết không? Nốt bầm tím hay ban xuất huyết?

- Bệnh nhân tỉnh, vật vã hay li bì?

- Có biểu hiện suy hô hấp không? Đếm nhịp thở, kiểu thở.

- Da và đầu chi ấm hay lạnh? Đo nhiệt độ.
- Làm dấu hiệu dây thắt (nếu không có xuất huyết trên da).
- Đo huyết áp, bắt mạch.
- Đo lượng nước tiểu.
- Phát hiện dấu hiệu tiền sốc và sốc.
- Phát hiện biến chứng: Tràn dịch các màng (Bụng, tim, phổi...) toan chuyển hoá, xuất huyết tiêu hoá, hôn mê...
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:
 - + Lấy máu thử ngày xét nghiệm: Tiểu cầu hematocrit.
 - + Lấy máu gửi làm huyết thanh chuẩn đoán.
 - + Các xét nghiệm khác: Điện giải đồ, công thức máu...%

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tình trạng thoát huyết tương và cô đặc máu do tăng tính thấm thành mạch.
- Tình trạng xuất huyết do rối loạn về đông máu.
 - Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
 - Nguy cơ suy hô hấp do trụy mạch, thiếu oxy.
 - Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.
 - Bệnh nhân lo lắng do thiếu kiến thức về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm giảm và hết tình trạng xuất huyết.
- Hạ sốt cho bệnh nhân.
- Đảm bảo không khí và chống suy hô hấp.
- Làm giảm và hết tình trạng thoát huyết tương và cô đặc máu cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Giáo dục sức khỏe.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- * Làm giảm và hết tình trạng thoát huyết tương và cô đặc máu cho bệnh nhân:
 - + Lấy mạch, đo huyết áp 15 phút /1 lần, 30 phút /1 lần, 1h /1 lần, 3h /1 lần tùy vào tình trạng bệnh nhân. Phát hiện sớm dấu hiệu tiền sốc và sốc: mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, kệt, không đo được.
 - + Đo lượng nước xuất, nhập trong 24h.
 - + Đo lượng nước tiểu trong 24h. Nếu bệnh nhân có sốc thì đo 1h/1 lần cho tới khi hết sốc.
 - + Theo dõi Hematocrit 3h /1lần. Khi bệnh nhân sốc, xét nghiệm Hematocrit 2h / 1lần trong 6 h đầu. Sau đó 4h/ 1lần cho đến khi hết sốc ổn định.
 - + Cho bệnh nhân uống đủ nước Oresol (hướng dẫn cách pha), uống nước trái cây: Nếu bệnh nhân nôn nhiều, không uống được thì phải truyền dịch (trường hợp Dengue xuất huyết sốc).
 - + Nếu bệnh nhân sốc: Phục hồi nhanh chóng khối lượng tuần hoàn bằng các loại dung dịch Ringer, Lactat, Natriclorua 9%, Glucoza 5% (20ml/g/h).
 - + Chú ý tốc độ truyền, tránh truyền nhanh và nhiều quá, gây suy tim, phù phổi cấp, giảm tốc độ truyền 7 -> 5 -> 3ml/kg/h nếu dấu hiệu sinh tồn đã ổn định và sốc đã hồi phục.
 - + Phát hiện dấu hiệu tái hấp thu lòng mạch: Hecmatocrit tăng, mạch rõ, huyết áp bình thường, nước tiểu nhiều.
 - + Theo dõi dấu hiệu tri giác: li bì, vật vã, tìm nguyên nhân gây co giật.
 - + Không di chuyển bệnh nhân khi đang sốc.

** Làm giảm tình trạng xuất huyết:*

- Theo dõi biểu hiện xuất huyết da, làm dấu hiệu dây thắt.
- Theo dõi xuất hiện niêm mạc:
- + Khi bệnh nhân bị chảy máu cam, điều dưỡng viên cần hướng dẫn bệnh nhân dùng ngón tay ấn chặt vào bên cánh mũi có ra máu trong vòng 10 phút và nghiêng đầu về phía trước, chống khuỷu tay lên mặt bàn hay vịn lên ghế, không để bệnh nhân nằm hoặc ngả đầu ra phía sau. Sau đó dùng bấc thấm Antipirin 20 % hoặc thuốc co mạch nhét chặt lỗ mũi. Có thể đặt cục nước đá vào góc mũi để làm ngừng chảy máu.

Thực hiện y lệnh: Cho bệnh nhân uống Vitamin C hoặc Rutin C, thuốc kháng Histamin để bảo vệ thành mạch, hạn chế các phản ứng dị ứng.

+ Nếu bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá (nôn ra máu, ỉa phân đen...) hoặc xuất huyết nội tạng nặng mà Hemactocrit thì giảm, thì phải truyền máu tươi.

- Gửi xét nghiệm tiểu cầu 3lần/h (từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 8), nếu tiểu cầu nhỏ hơn 70.000 dấu hiệu báo sốc.

- Hạn chế các thủ thuật dễ gây chảy máu.
- Mỗi khi bệnh nhân có sốc, cần làm nhóm máu và phản ứng chéo thường qui.

** Hạ sốt cho bệnh nhân:*

- Đo nhiệt độ bệnh nhân 2-3h/ 1lần . Chú ý bệnh nhân dễ hạ nhiệt độ vào ngày thứ 3-6 và rơi vào sốc.

- Hạ nhiệt bằng Paracetamol, khi nhiệt độ trẻ em > 39⁰ C và người lớn 39⁰5C: Không được chườm đá, để phát hiện dấu hiệu sốc.

- Không nên hạ sốt một cách tích cực vì hạ thân nhiệt đột ngột dễ gây biến chứng trụy mạch.

- Không dùng Aspirin và thuốc hạ sốt Salixilas vì dễ gây toan huyết và xuất huyết.
- Khi bệnh nhân bị sốc có hạ nhiệt độ, thì phải ủ ấm cho bệnh nhân.
- Cần giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm khi bệnh nhân sốt cao hoặc tụt nhiệt độ.

** Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp:*

- Đếm nhịp thở 15 phút 1 lần, 30 phút /1 lần khi có sốc.
- Cho bệnh nhân thở oxy khi có sốc.
- Theo dõi: Nếu da, chi lạnh, tím môi là biểu hiện sốc.
- Thở máy khi bệnh nhân hôn mê.
- Khi bệnh nhân có tràn dịch màng phổi gây khó thở, phụ giúp bác sỹ chọc dịch màng phổi.

** Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân:*

- Khi bệnh nhân sốt, cần nuôi dưỡng bệnh nhân bằng ăn lỏng, dễ tiêu như sữa, súp, nước trái cây. Cho bệnh nhân ăn ít một, ăn làm nhiều bữa. Khi hết sốt ăn chế độ ăn bình thường.

- Bệnh nhân nặng: Cho ăn qua ống thông dạ dày và nuôi dưỡng bằng truyền dịch.

** Giáo dục sức khỏe:*

Khi mắc Dengue xuất huyết, bệnh nhân rất lo lắng, người điều dưỡng cần luôn luôn ở bên cạnh để động viên an ủi bệnh nhân. Giải thích rõ về bệnh để bệnh nhân hiểu và an tâm, phối hợp điều trị tích cực cho chóng khỏi bệnh.

Phổ biến cách theo dõi và phòng chống bệnh cho bệnh nhân và người nhà cụ thể:

- Nói rõ nguyên nhân, cách lây truyền bệnh Dengue xuất huyết.
- Hướng dẫn người nhà biết và phát hiện dấu hiệu tiền sốc.

- Giải thích rõ tính chất nguy hiểm của Dengue xuất huyết có sốc, bởi nếu không cấp cứu kịp thời, dễ gây tử vong.
- Vai trò quan trọng của việc bù Oresol, truyền dịch hoặc truyền máu (nếu cần thiết).
- Biết cách phát hiện khi bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng bụng, màng tim, màng phổi...
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, mắt tai, vệ sinh da.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết cách phòng bệnh trong mùa mưa, theo dõi tất cả các trường hợp sốt, chuẩn đoán phát hiện sớm.

5.5. **Đánh giá**

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân với mục tiêu mong chờ có đạt được hay không? Được đánh giá là chăm sóc tốt khi nhiệt độ giảm, bệnh nhân hết nhức đầu, ăn uống ngon miệng, không xuất huyết tiêu hoá, tiểu nhiều. Xét nghiệm tiểu cầu và Hematocrite trở về bình thường.

LƯỢNG GIÁ

** Chọn một câu trả lời đúng nhất, cho các câu hỏi sau:*

Câu 1: Để dùng dung dịch cho bệnh nhân Dengue xuất huyết không sốc, người điều dưỡng nên dùng loại dịch nào sau đây:

- A. Nước chanh
- B. Nước dừa
- C. Nước cháo muối
- D. Dung dịch Oresol

Câu 2: Trong bệnh Dengue xuất huyết, triệu chứng sốt có đặc điểm:

- A. Sốt tăng từ từ.
- B. Sốt cao đột ngột.
- C. Sốt cách nhật.
- D. Sốt cơn.

Câu 3: Khi chăm sóc bệnh nhân Dengue xuất huyết, người điều dưỡng không được dùng thuốc nào dưới đây cho bệnh nhân.

- A. Paracetamol.
- B. Aspirin.
- C. VitaminC.
- D. Sedusen.

Câu 4: Thời điểm sốc xảy ra với Dengue xuất huyết vào lúc:

- A. Đang sốt cao ngày đầu.
- B. Bắt đầu sốt
- C. Hạ sốt
- D. Sốt ngày thứ 2.

Câu 5: Dấu hiệu thể hiện tình trạng xuất huyết nhẹ nhất trong Dengue xuất huyết là:

- A. Chấm xuất huyết
- B. Chảy máu cam
- C. Ía phân đen
- D. Dấu hiệu dây thắt (+)

Câu 6: Việc không nên làm khi chăm sóc bệnh nhân Dengue xuất huyết có sốc là:

- A. Để bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối
- B. Chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến tỉnh

- C. Cho bệnh nhân thở oxy
- D. truyền dịch đẳng trương cho bệnh nhân.

Câu 7: Khi chăm sóc bệnh nhân Dengue xuất huyết có sốc, người điều dưỡng cần theo dõi nước tiểu bệnh nhân.

- A. 2h/1 lần
- B. 6h/1 lần
- C. 1h/1 lần
- D. 4h/1 lần

Câu 8: Lứa tuổi mắc bệnh Dengue xuất huyết hay gặp nhất là:

- A. Từ 2-3 tuổi
- B. Từ 4-9 tuổi
- C. Từ 10 – 40 tuổi
- D. Trên 40 tuổi.

Câu 9: Khi bù dịch cho bệnh nhân Dengue xuất huyết không nên dùng:

- A. Ringerlactat
- B. Nacl 9%
- C. Glucoza 20%
- D. Oresol

Câu 10: Khi bù dịch cho bệnh nhân Dengue xuất huyết, xét nghiệm quan trọng nhất cần theo dõi là:

- A. Protit máu
- B. Điện giải đồ
- C. Tiểu cầu
- D. Hematocrit

Câu 11: Trong Dengue xuất huyết có sốc, thời gian sốc thường kéo dài trong khoảng từ:

- A. 6h-10h
- B. 12h-24h
- C. 25h-48h
- D. 50h-72h

Câu 12: Khi theo dõi bệnh nhân Dengue xuất huyết, người điều dưỡng cần phát hiện dấu hiệu báo động sốc khi bệnh nhân có biểu hiện:

- A. Sốt
- B. Xuất huyết
- C. Gan to
- D. Vật vã, li bì

Câu 13: Cần hạ nhiệt khi bệnh nhân Dengue xh sốt cao bằng:

- A. Asprin
- B. Paracetamol
- C. Chườm đá
- D. Asprin + Chườm đá

Câu 14: Dịch Dengue xuất huyết thường hay xảy ra nhất trong khoảng thời gian từ:

- A. Tháng 1 đến tháng 3
- B. Tháng 4 đến tháng 5
- C. Tháng 6 đến tháng 10
- D. Tháng 11 đến tháng 12

Câu 15: Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Dengue xuất huyết, việc làm quan trọng nhất là:

- A. Làm giảm và hết tình trạng thoát huyết tương và cô đặc máu.
- B. Hạ sốt cho bệnh nhân.
- C. Làm giảm tình trạng xuất huyết
- D. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Bài 19

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SỐT RÉT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, cách điều trị và phòng bệnh sốt rét.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng sốt rét thể thông thường và sốt rét ác tính.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt rét.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do Plasmodium gây ra. Bệnh được truyền từ người này sang người khác qua trung gian là muỗi Anopheles. Đây là một bệnh toàn thân, ngoài cơn sốt rét điển hình, còn có thể có các bệnh cảnh rất nặng gây tử vong.

1.2. Mầm bệnh

Ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) là một đơn bào, loài Plasmodium. Có bốn loại KSTSR ở người:

Plasmodium falciparum

Plasmodium vivax

Plasmodium ovale

Plasmodium malariae

Trong đó P.falciparum và P.vivax chiếm ưu thế 95% các trường hợp trên thế giới. Ở Việt nam cũng chỉ gặp hai loại này: P.falciparum chiếm 80%, P.vivax chiếm 20%.

* Chu kỳ phát triển của KSTSR:

Chu kỳ vô tính ở người và chu kỳ hữu tính ở muỗi.

* Chu kỳ vô tính có hai giai đoạn:

+ Giai đoạn trong gan (còn gọi là giai đoạn tiền hồng cầu): Thoa trùng do muỗi truyền sẽ qua máu trong thời gian ngắn (30 phút) rồi vào nhu mô gan, phân chia thành các merozoite gan (tiểu thể hoa cúc), từ đó lại xâm nhập vào máu. Với P.falciparum, thoa trùng phát triển nhanh thành merozoite gan, rồi vào máu hết trong thời gian ngắn; Với P. vivax và P. ovale một số thoa trùng ở lại gan dưới dạng thể ngủ (hypnozoite) và sau từ 1 đến 6 tháng hoặc lâu hơn, mới phát triển thành merozoite gan để vào máu.

+ Giai đoạn trong máu (giai đoạn hồng cầu): Các merozoite gan xâm nhập vào hồng cầu, phát triển qua thể nhân, sau thành thể tư dưỡng (non, già) thể phân liệt, cuối cùng phá vỡ hồng cầu và các merozoite hồng cầu từ trong thể phân liệt được giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể hữu tính (giao bào đực và cái gametocyte).

* Chu kỳ hữu tính ở muỗi:

Giao bào đực muỗi Anopheles hút vào dạ dày và phát triển thành giao tử (gamete), sau thành hợp tử (zygote) và chúng "di động" (Ookinete). Ookinete chui qua thành dạ dày và phát triển ở mặt ngoài dạ dày thành trứng (Oocyste), oocyste lớn lên, vỡ ra và giải phóng thoa trùng, cuối cùng thoa trùng di chuyển về tuyến nước bọt của muỗi để tiếp tục truyền vào người khi muỗi đốt người.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh: Bệnh nhân và người lành mang trùng (khi trong máu có Plasmodium ở thể hữu tính).

- Phương thức truyền bệnh:

+ Bệnh truyền từ người bệnh sang người lành thông qua vật chủ trung gian là muỗi Anopheles.

+ Các ký sinh trùng sốt rét còn có hai phương thức lan truyền khác:

- Qua truyền máu

- Qua rau thai: Thường gặp ở phụ nữ có thai sống trong vùng dịch tễ sốt rét bẩm sinh, sảy thai, đẻ non.

- Khối cảm thụ: Hầu như mọi người đều có cảm thụ với 4 loại Plasmodium.

2. Cơ chế sinh bệnh

Sốt rét là một bệnh toàn thân, gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan nội tạng khác nhau. Quá trình sinh bệnh của sốt rét do nhiều hiện tượng góp phần vào.

* *Thay đổi của hồng cầu*: Giảm khả năng thay đổi về hình thể, trên bề mặt hồng cầu tạo nên những nút lồi và không còn trơn nữa. Tăng tính kết dính vào thân mao mạch, giảm điện tích trên bề mặt hồng cầu. Giảm khả năng vận chuyển oxy và hồng cầu không bị nhiễm ký sinh trùng cũng dễ vỡ.

* *Tổn thương thành mao mạch*: Hay gặp sốt rét nặng, các mao mạch tăng tính thấm nước, prôtein và hồng cầu thoát ra ngoài, dẫn đến tình trạng cô đặc máu.

* *Thay đổi của lưu lượng tuần hoàn*: Các vi động mạch bị co thắt, các vi tĩnh mạch giãn nở nên lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn toàn thân hay từng nội tạng. Các hồng cầu còn rề kết dính vào thành mao mạch do làm tắc nghẽn mạch máu.

* *Thiếu dưỡng khí ở các mô*: Do số lượng hồng cầu bị giảm, hồng cầu giảm khả năng chuyên chở oxy, lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn, lưu lượng máu tới các mô bị suy giảm. Sự thiếu oxy bị xảy ra ở chính tế bào.

* *Hiện tượng đông máu nội mạch rải rác*: Kéo dài thời gian máu chảy máu đông, giảm các yếu tố V, VII, VIII, X, giảm fibrinogen, giảm tiểu cầu...

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng một số thể bệnh thường gặp

3.1.1. Sốt rét thể thông thường

* *Nung bệnh*: Là thời gian từ ký sinh trùng sốt rét lần đầu tiên vào cơ thể cho đến khi có sốt. Thời gian dài hay ngắn phụ thuộc vào 3 yếu tố:

- Loại ký sinh trùng sốt rét: (P.falciparum: 8-12 ngày ; P.vivax: 12-17 ngày ; P.malariae: 20-50 ngày ; P.Ovale > 50 ngày).

- Mật độ ký sinh trùng sốt rét vào cơ thể.

- Cơ địa bệnh nhân: Mỗi cá thể có khả năng tạo được kháng thể (tiền miễn dịch) không để sốt xảy ra, mặc dù ký sinh trùng sốt rét vẫn nhân lên mạnh mẽ trong cơ thể.

* *Khởi phát*: Thường kéo dài một tuần với: Sốt, nhức đầu, đau mỏi toàn thân, khát nước...Nếu được điều trị sẽ khỏi nhanh. Nhưng không được phát hiện và điều trị kịp thời thì bệnh nhân sẽ tiến triển thành sốt cơn hoặc sốt rét ác tính.

* *Toàn phát*: (sốt cơn)

- Cơn sốt rét điển hình trải qua 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn rét run: 30-60 phút. Bệnh nhân rét run cầm cập, nhiệt độ tăng cao dần.

+ Giai đoạn sốt nóng: 2-3 giờ, nhiệt độ tăng dần 39-40°C, kèm theo sốt, bệnh nhân thường nhức đầu, đau khắp người, mắt đỏ, da khô.

- + Giai đoạn vã mồ hôi: Sốt hạ dần và hết hẳn. Mồ hôi vã như vừa tắm, khát nước. Bệnh nhân dễ chịu.
- Con sốt xảy ra vào một giờ nhất định, đúng chu kỳ.
- P.falciparum: 24h/1 cơn
- P.vivax: 48h/1 cơn
- P.malariae: 72h/1 cơn
- Các triệu chứng gặp trước khi cơn sốt xuất hiện, như dấu báo hiệu là đau dọc sống lưng, ớn lạnh, ngáp.
- Con sốt chu kỳ sẽ tồn tại 1-2 năm (đối với P.falciparum) nếu người bệnh ra khỏi vùng sốt rét, không bị tái nhiễm liên tục, có thể kéo dài 3-6 năm (đối với P.vivax).
- Hậu quả của sốt rét cơn:
 - + Thiếu máu: Mức độ thiếu máu phụ thuộc vào sự tan máu trong những cơn sốt. Thiếu máu từ từ, mãn tính nên người bệnh vẫn chịu đựng được.
 - + Lách to: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Ký sinh trùng sốt rét, thời gian và cơ địa.
 - + Các hậu quả khác như da màu đất, suy dinh dưỡng, sức đề kháng giảm. Không có biến chứng nội tạng như biến chứng vào não, suy thận....

3.1.2. Sốt rét nặng có biến chứng não (sốt rét ác tính - SRAT)

Đây là bệnh cảnh nguy kịch nhất của sốt rét mà lâm sàng biểu hiện chủ yếu là bệnh cảnh của tổn thương não và các phủ tạng khác, thường do P.falciparum gây nên. Bệnh cảnh có tỷ lệ tử vong cao nên không được điều trị kịp thời.

** Triệu chứng lâm sàng:*

- Khởi phát: Thường theo 2 cách:
 - + Đột ngột: Bệnh nhân sốt 1-2 ngày, rồi nhanh chóng đi vào hôn mê, co giật.
 - + Từ từ: Thường là biểu hiện như một cơn sốt rét sơ nhiễm kéo dài nhiều ngày do không được chẩn đoán và điều trị sớm.

- Toàn phát:

Các triệu chứng màng não:

- + Rối loạn tâm thần: Lo lắng, mất ngủ, lú lẫn, dần dần đi vào hôn mê co giật hoặc đột ngột rối loạn ý thức rồi hôn mê.
- + Khám thần kinh thấy tăng trương cơ lực lan toả, các dấu hiệu ngoại tháp nổi bật (dấu đa động), Babinski nhất thời. Triệu chứng màng não nghèo nàn. Rối loạn thần kinh thực vật rất hay gặp. Sốt cao 41⁰C hoặc cao hơn, càng làm nặng thêm rối loạn chức năng thần kinh.

- + Đồng tử giãn phản xạ với ánh sáng kém.
- + Các bệnh cảnh đi kèm.
 - + Thiếu máu, lách to.
 - + Bệnh cảnh gan mật: Thường gan to vừa phải, hoàng đản, xuất huyết do suy gan.
 - + Bệnh cảnh tiết niệu: Đái ít, vô niệu, ure huyết cao...
 - + Bệnh cảnh suy hô hấp do viêm phù phổi nang, phù phổi cấp rối loạn nhịp thở, ứ đọng đờm dãi.
 - + Bệnh cảnh tiêu hoá: Nôn, ỉa chảy.
 - + Bệnh cảnh tim mạch: Mạch nhanh nhỏ huyết áp hạ, shock có thể xuất hiện là nguyên nhân tử vong.

Ngoài ra còn có các thể lâm sàng khác: Thể gan mật, thể giá lạnh, thể tả, thể bụng cấp, sốt rét ác tính phụ nữ có thai, sốt rét ác tính trẻ em.

3.1.3. Sốt rét đái huyết sắc tố (SRĐHST)

Là một thể bệnh đặc biệt của sốt rét có huyết tán cấp đái huyết sắc tố, thiếu máu nặng dễ dẫn đến trụy tim mạch, suy thận cấp, tỷ lệ tử vong cao.

* Nguyên nhân:

- Do ký sinh trùng sốt rét *P.falciparum*.
- Do thuốc: Quinine, Primaquine, thường xảy ra ở người thiếu men G₆PD.

* Lâm sàng:

- Các triệu chứng chủ yếu:
 - + Bệnh cảnh sốt rét.
 - + Bệnh cảnh của tan máu cấp diễn: Sốt cao và rét run nhiều đợt, nước tiểu màu cà phê, thiếu máu nhanh, da vàng củng mạc mắt vàng.
- Các triệu chứng thứ yếu:
 - + Hốt hoảng, lo sợ, nặng hơn là vật vã mê sảng.
 - + Đau dọc sống lưng.
 - + Mạch nhanh huyết áp hạ đôi khi tức ngực, khó thở.
 - + Gan lách to, đau.

3.2. Xét nghiệm

- Huyết học: Công thức máu, hồng cầu giảm.
- Tìm ký sinh trùng sốt rét, Hematocrit, Ure, Creatinin, đường huyết.
- Định tính Hemoglobin nước tiểu trong sốt rét đái huyết sắc tố.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị

4.1.1. Điều trị sốt rét thể thông thường

* Do *P. vivax*:

- Dùng Chloroquine viên 0,25g hoặc 0,3g.

Người lớn:

- + Ngày 1: Uống 4 viên, chia 2 lần, cách nhau 6 giờ.
- + Ngày 2: Uống 2 viên - 1 lần.
- + Ngày 3: Uống 2 viên - 1 lần.

Trẻ em:

Tổng liều là 25mg/kg.

- + Ngày 1: Uống 10mg/kg. Sau 6 giờ uống tiếp 5mg/kg.
- + Ngày 2: Uống 5mg/kg.
- + Ngày 3: Uống 5mg/kg.

- Sau khi uống hết thuốc, phải uống Primaquin (chống tái phát và tái nhiễm).

- + Người lớn: Primaquin 13,2mg x 4 viên/24 giờ x 5 ngày.
- + Trẻ em > 2 tuổi Primaquin 0,25mg/kg x 10 ngày.

Chống chỉ định:

- + Trẻ em dưới 2 tuổi và phụ nữ có thai.
- + Bệnh nhân đái huyết sắc tố.

* Do *P.falciparum*:

P.falciparum có đặc điểm kháng thuốc, bởi vậy có nhiều phác đồ. Trong bài này, xin giới thiệu 2 phác đồ thông dụng:

- Phác đồ 1: Quininsulphat 30mg/kg/24 giờ lần uống trong 7-10 ngày.
- Phác đồ 2: Artesunate (viên) 50mg.
- + Ngày đầu: 4mg/kg/24 giờ.

+ Ngày 2-5: 2mg/kg/24 giờ.

Sau khi sử dụng phác đồ 1 và 2, người bệnh phải tiếp tục uống Primaquin chống lây lan.

+ Người lớn: 4 viên, chia 2 lần (một liều duy nhất)

+ Trẻ em > 2 tuổi: 0,25mg/kg (uống 1 lần).

4.1.2. Điều trị sốt rét ác tính

* Dùng một trong hai loại thuốc sau:

- Artesunate lọ 60mg, dung môi NaHCO₃ 5%ml để pha. Tiêm bắp

+ Ngày thứ nhất: Giờ đầu 2 lọ- giờ thứ 8 : 1 lọ.

+ Những ngày sau: Mỗi ngày tiêm 2 lọ (nếu còn hôn mê).

+ Nếu tiêm tĩnh mạch, thêm 5,4ml muối đẳng trương NaCl 9%. Tiêm tốc độ 3-4ml/1 phút.

+ Cả đợt: 5-7 ngày, tùy theo thời gian tỉnh, thời gian hết sốt và thời gian ký sinh trùng nhanh hay chậm.

- Quinine: Quinine Chlohydrate với liều tấn công 20mg/kg, pha vào huyết thanh ngọt 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong 4 giờ. Sau đó cứ 8 giờ lại truyền tĩnh mạch 1 liều 10mg/kg cho tới khi ra khỏi hôn mê. Nếu bệnh nhân đã uống được thì ngừng truyền để dùng thuốc viên tới đủ 7 ngày.

* Điều trị các biến chứng:

- Hạ nhiệt: Chủ yếu bằng phương pháp vật lý (chườm mát,... cần thiết cho Paracetamol).

- Chống co giật: Diazepam.

- Chống phù não: Truyền manitol 10%-500ml.

- Chống thiếu máu: Chỉ định truyền máu khi hồng cầu < 2 triệu/ml và Hematocrit < 20%.

- Chống mất nước và rối loạn điện giải.

- Chống suy thận: Nếu suy thận thực tổn, dùng Furosemid.

- Chống suy hô hấp.

- Chống bội nhiễm và loét: Sử dụng kháng sinh.

4.1.3. Điều trị sốt rét đái huyết sắc tố

Về cơ bản điều trị sốt rét đái huyết sắc tố giống điều trị sốt rét ác tính. tuy nhiên có những chú ý sau:

- Thuốc điều trị sốt rét: Chỉ dùng Artesunate tiêm tĩnh mạch liều lượng như mục điều trị sốt rét ác tính.

- Trong điều trị biến chứng phải đặc biệt chú ý chống thiếu máu và chống suy thận.

4.2. Phòng bệnh

- Diệt muỗi, bọ gậy: Phát quang bụi rậm, phun thuốc diệt muỗi.

- Đối với người: Nên ngủ màn để tránh muỗi đốt, màn tẩm Permethrin.

+ Những đối tượng chưa có miễn dịch sốt rét và mới vào vùng sốt rét, trong 6 tháng đầu, cần định kỳ uống thuốc sốt rét để có một lượng thuốc thường trực trong máu diệt những ký sinh trùng sốt rét đột nhập.

+ Với đối tượng đã mắc sốt rét, đi từ vùng sốt rét ra vùng lành: Cũng cần uống một đợt điều trị dự phòng cộng với điều trị giao bào nếu vùng này có muỗi sốt rét.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định chăm sóc

Phát hiện các triệu chứng của bệnh sốt rét bằng cách hỏi, quan sát, khám:

* *Hỏi bệnh nhân và người nhà:* Bệnh nhân bị sốt rét từ bao giờ? Tính chất của cơn sốt, chu kỳ cơn sốt. Bệnh nhân có đi vào vùng sốt rét không?

* *Khám:*

+ Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: Tỉnh, lơ mơ hay hôn mê, có co giật không? Màu sắc của nước tiểu?

+ Lấy mạch, nhiệt độ, đo huyết áp, đếm nhịp thở.

+ Da và niêm mạc xem tình trạng thiếu máu.

+ Hô hấp: Bệnh nhân có bị suy hô hấp không?

+ Tim mạch: Có biểu hiện truy mạch không?

+ Gan, lách có to không?

+ Phát hiện biến chứng thận, não, suy gan, đái huyết sắc tố.

+ Xem bệnh án để biết:

Chẩn đoán.

Xét nghiệm làm ngay: Tìm ký sinh trùng sốt rét, công thức máu, Hematocrit...

Yêu cầu dinh dưỡng: Bệnh nhân nặng có phải đặt sonde dạ dày hay không?

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Sốt cơn do tác động của sắc tố sốt rét lên trung tâm điều hoà nhiệt.

- Nguy cơ sốt rét ác tính do hồng cầu nhiễm ký sinh trùng sốt rét làm tắc nghẽn mao mạch nội tạng.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.

- Bệnh nhân không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc bệnh nhân sốt rét thể thông thường.

- Chăm sóc bệnh nhân sốt rét ác tính.

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.

- Giáo dục sức khoẻ.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

* *Chăm sóc bệnh nhân sốt rét thể thông thường:*

- Lấy nhiệt độ bệnh nhân ngày 3 lần, chú ý lấy vào lúc có cơn sốt.

- Theo dõi thời gian sốt, tính chất cơn sốt, chu kỳ cơn sốt. Giai đoạn rét run, đắp chăn cho bệnh nhân. Giai đoạn sốt nóng, chườm mát cho bệnh nhân. Sau sốt bệnh nhân ra nhiều mồ hôi, cần lau khô mồ hôi.

- Dùng thuốc hạ nhiệt khi bệnh nhân sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ bằng Paracetamol.

- Theo dõi diễn biến về tinh thần.

- Phát hiện sớm triệu chứng dự báo sốt rét nặng và sốt rét ác tính.

- Theo dõi giấc ngủ của bệnh nhân.

- Đánh giá tình trạng thiếu máu của bệnh nhân.

- Giám sát người bệnh uống thuốc và tiêm thuốc sốt rét, phát hiện triệu chứng ngoài ý muốn do thuốc.

* *Chăm sóc bệnh nhân sốt rét ác tính:*

- Làm giảm phù nề não bằng cách: Theo dõi tri giác, đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm Glasgow.

Thực hiện y lệnh truyền dịch Manitol, chú ý theo dõi tốc độ truyền.

Khi bệnh nhân co giật: Giữ an toàn cho bệnh nhân và thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần Diazepam.

- Làm thông thoáng đường thở: Theo dõi nhịp thở 15 phút/ 1 lần, 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần hoặc 3 giờ/ 1 lần tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần cho thở oxy và tìm nguyên nhân.

+ Nếu do ùn tắc đờm rãi: Đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng, hút đờm rãi cho bệnh nhân.

+ Nếu do phù phổi cấp: Ngừng truyền dịch, đặt garo luân phiên 3 chi, dùng lợi tiểu bằng Furosemid, đặt bệnh nhân nằm đầu cao, tư thế Fowler 45⁰, cho thở oxy. Nếu có điều kiện đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ.

+ Nếu do bội nhiễm thực hiện y lệnh dùng kháng sinh.

- Chống suy tuần hoàn:

+ Lấy mạch, huyết áp 1 giờ/ 1 lần hoặc 3h/ 1 lần tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

+ Đánh giá tình trạng mất nước điện giải.

+ Kiểm tra lượng dịch đưa vào và dịch thải ra: Đánh giá sự bài xuất nước tiểu, đo lượng nước tiểu, chất nôn. Lượng dịch vào do truyền, do ăn uống. Chú ý theo dõi màu sắc nước tiểu: Nếu nước tiểu màu cà phê là do bệnh nhân sốt rét thải huyết sắc tố.

+ Cân bệnh nhân để tính liều lượng thuốc.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch 8 giờ đầu, bao gồm có dịch chứa thuốc sốt rét, glucoza hoặc truyền máu và đặt Catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát dịch.

- Hạ nhiệt độ cho bệnh nhân khi sốt cao > 39⁰C bằng phương pháp vật lý như chườm mát hoặc dùng thuốc Paracetamol

- Chống bội nhiễm:

+ Luôn trần trỗ bệnh nhân để tránh loét 2h/ 1 lần. Giữ cho da bệnh nhân luôn được khô, giường chiếu sạch, không ẩm ướt, không bị nhăn để giảm sự cọ sát.

+ Vỗ rung lồng ngực, thông khí phổi.

+ Vệ sinh mắt, răng, miệng.

+ Khi bệnh nhân phải đặt ống thông tiêu: Khi đặt ống thông phải đảm bảo kỹ thuật vô trùng. Cho người bệnh uống nhiều nước, là cách tốt nhất để phòng nhiễm khuẩn vì bàng quang được rửa sạch và tránh các chất lắng đọng và dính vào ống thông.

Hướng dẫn người bệnh và người nhà thường xuyên kiểm tra ống thông và túi đựng nước tiểu, không để ống thông bị gấp.

Giúp người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài 2 lần/ngày.

** Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.*

Khi bệnh nhân sốt, cho ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng, ăn nhiều hoa quả để tăng sức đề kháng cho cơ thể. Khi bệnh nhân suy thận, cho ăn giảm đạm. Bệnh nhân suy gan: ăn giảm mỡ. Bệnh nhân hôn mê đặt ống thông mũi dạ dày để bơm thức ăn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

** Giáo dục sức khỏe:*

Giải thích cho người nhà và bệnh nhân biết được tầm quan trọng của bệnh và phối hợp điều trị, chăm sóc, ngăn ngừa được những biến chứng xảy ra và biết cách phòng bệnh.

- Giảng giải để bệnh nhân hiểu được nguyên nhân, cách lây bệnh, triệu chứng lâm sàng của bệnh sốt rét. Khi bệnh nhân mắc sốt rét thể thông thường cần phải được điều trị triệt để, không nên điều trị dở dang, dễ gây tái phát và biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân.

- Trước khi xuất viện: Xét nghiệm hết ký sinh trùng sốt rét tối thiểu 7 ngày mới cho ra viện, tránh lây lan.

- Khi khỏi bệnh không nên vào vùng sốt rét, đặc biệt là phụ nữ có thai và trẻ em. Tư vấn cho bệnh nhân và yêu cầu bệnh nhân phải: Định kỳ đến kiểm tra lại, đến khám khi có sốt và đến tư vấn khi đi công tác chuyển vùng.

5.5. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc so với kế hoạch đã đề ra. Được đánh giá là chăm sóc tốt:

- Sốt rét cơn: Bệnh nhân hết sốt, đi lại bình thường, hết ký sinh trùng sốt rét trong máu, tuy nhiên da còn xanh, cần tăng cường dinh dưỡng.
- Sốt rét nặng: Bệnh nhân tỉnh, hết sốt, hết biến chứng, bệnh nhân hồi phục dần.
- Bệnh nhân thực hiện tốt chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân.
- Bệnh nhân hiểu được các kiến thức phòng bệnh.

LƯỢNG GIÁ:

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất**

Câu 1: Nguyên nhân gây sốt rét nặng và sốt rét có biến chứng, thường do loại ký sinh trùng:

- A. Plasmodium falciparum
- B. Plasmodium vivax
- C. Plasmodium malariae.
- D. Plasmodium ovale

Câu 2: Yếu tố làm lây truyền bệnh sốt rét quan trọng nhất là:

- A. Truyền máu.
- B. Bơm, kim tiêm.
- C. Muỗi Anophen.
- D. Phân và chất nôn.

Câu 3: Trong bệnh sốt rét, cơn sốt rét điển hình diễn ra theo trình tự sau:

- A. Sốt nóng - vã mồ hôi - rét run.
- B. Rét run - sốt nóng - vã mồ hôi.
- C. Sốt nóng - rét run - vã mồ hôi.
- D. Vã mồ hôi - rét run - sốt nóng.

Câu 4: Cơn sốt rét điển hình do Plasmodium falciparum có chu kỳ là:

- A. 24h
- B. 36h
- C. 48h
- D. 72h

Câu 5: Cơn sốt rét điển hình do Plasmodium vivax có chu kỳ là:

- A. 24h
- B. 36h
- C. 48h
- D. 72h

Câu 6: Biến chứng hay gặp nhất trong sốt rét ác tính thể não là:

- A. Sốt cao
- B. Hôn mê
- C. Suy thận
- D. Suy hô hấp

Câu 7: Triệu chứng đặc hiệu của bệnh sốt rét đái huyết sắc tố là:

- A. Sốt cao
- B. Vàng da
- C. Đau thắt lưng
- D. Nước tiểu màu cà phê.

Câu 8: Để đề phòng lây lan bệnh sốt rét trong vùng sốt rét, mọi người cần phải:

- A. Tiệt trùng dụng cụ
- B. Ăn chín uống sôi
- C. Nằm màn
- D. Sử lý phân bệnh nhân.

Câu 9: Đặc điểm của sốt trong sốt rét ác tính thể não:

- A. Sốt cao liên tục
- B. Sốt cách nhật
- C. Sốt cơn
- D. Sốt nhẹ

Câu 10: Khi chăm sóc bệnh nhân sốt rét ác tính thể não, vấn đề chăm sóc quan trọng nhất là:

- A. Làm thông thoáng đường hô hấp
- B. Chống suy tuần hoàn
- C. Làm giảm phù nề não
- D. Chống bội nhiễm

Bài 20

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh viêm não Nhật Bản.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm não Nhật Bản.

1. Đại cương

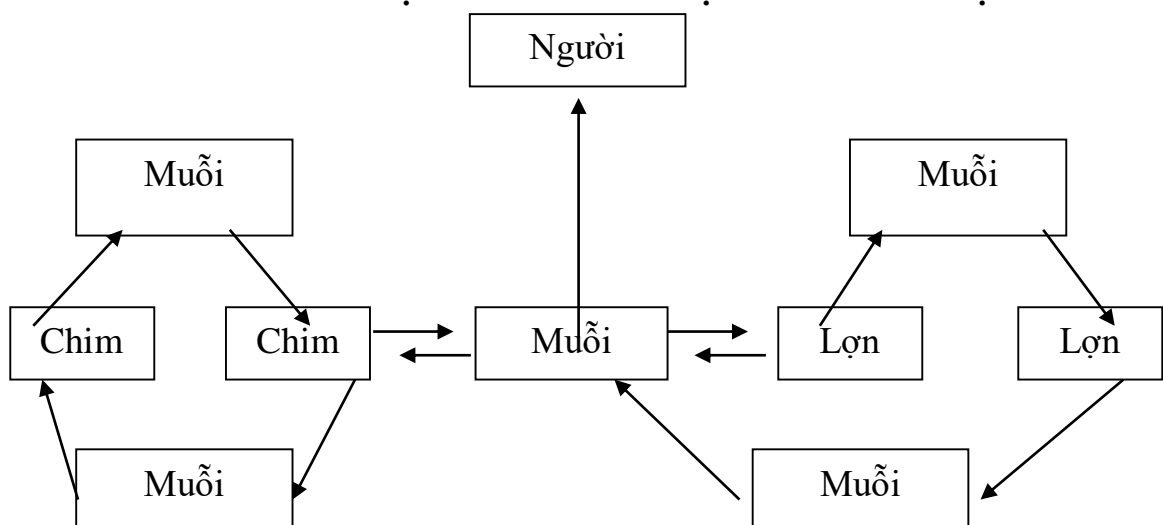
Viêm não Nhật Bản là một bệnh nhiễm trùng thần kinh cấp tính, gây dịch do virus não Nhật Bản gây ra. Bệnh lan tràn từ súc vật sang người qua các loại côn trùng tiết túc. Lâm sàng có biểu hiện thần kinh phong phú. Tỷ lệ tử vong cao, khi khỏi bệnh thường để lại di chứng.

Virus viêm não nhật bản là một loại Arbovirus, thuộc nhóm B kích thước nhỏ, đường kính 15-50nm. Sức đề kháng kém, dễ bị tiêu diệt bởi các thuốc sát khuẩn thông thường.

- Nguồn bệnh: Viêm não Nhật Bản là bệnh có ổ dịch thiên nhiên ở khắp nơi. Petrixepva-1969 chia ra: Ổ dịch vùng cỏ (thảo nguyên), ổ dịch vùng biển, ổ dịch vùng cận rừng núi và ổ dịch vùng rừng núi. Virus lưu hành trong các ổ dịch thiên nhiên ở các loài thú và chim. Ở Việt Nam đã phân lập được virus từ chim liều điều, ở các sóc vật bị bệnh như lợn.

- Đường lây: Bệnh lây bằng đường máu qua côn trùng truyền bệnh, chủ yếu là muỗi *Culex Triaeniarhynchus*.

VÒNG TUẦN HOÀN BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN TRONG TỰ NHIÊN



Sơ đồ 20.1: Vòng tuần hoàn bệnh viêm não nhật bản trong tự nhiên

Muỗi ưa hoạt động trong và quanh nhà, hút máu về ban đêm từ 18-22h, 22h giảm dần và ngừng hoạt động lúc 8h sáng. Bệnh thường gặp vào mùa hè, từ tháng 5 đến tháng 8, đỉnh cao là tháng 6.

- Cơ thể cảm thụ: Trẻ em Việt Nam hay mắc bệnh ở độ tuổi từ 2-7 tuổi.

Nông thôn mắc nhiều bệnh hơn thành phố, đặc biệt là những vùng cây ăn trái như vải... thu hút chim di cư theo mùa. Sau khi mắc, bệnh để lại miễn dịch bền vững.

2. Cơ chế bệnh sinh

Virus được muỗi truyền vào máu, chúng phát triển ở trong máu và đi khắp cơ thể. Nhờ tính hướng thần kinh, virus xâm nhập vào các tế bào thần kinh, sinh sản và phát triển nhanh ở đó. Sau khi đã đạt được mật độ cao ở các tế bào thần kinh, Virus lần hai ở máu bắt đầu gây nên phản ứng sốt. Trên lâm sàng nó tương ứng với sự bắt đầu của giai đoạn cấp tính của bệnh.

Sự biến đổi bệnh lý rõ rệt nhất ở hệ thống thần kinh. Trên kính hiển vi người ta có thể thấy những biến đổi đó là: Phù nề màng não, các động mạch và tĩnh mạch não giãn rộng và ứ máu, xuất huyết đốm nhỏ ở tổ chức não và màng mềm. Trong tổ chức não và đặc biệt là vùng đồi thị, thể vân và cả sừng Amon có những ổ nhũn não và xuất huyết.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. *Thời kỳ ủ bệnh*: Trung bình một tuần, tối thiểu là 5 ngày tối đa là 15 ngày.

3.1.2. *Thời kỳ khởi phát*: Kéo dài từ 1-4 ngày.

Khởi phát rất đột ngột với các triệu chứng sốt cao 39⁰-40⁰C, có thể rét run, nhức đầu đau mình, nôn mửa hoặc các triệu chứng khác như cảm cúm nặng (hắt hơi, sổ mũi, ho...) hay rối loạn tiêu hóa (đau bụng, nôn, ỉa chảy...) Các rối loạn tinh thần bắt đầu xuất hiện nhưng mờ nhạt như: Mất ngủ, quấy khóc, hoặc ngủ gà ngủ gật, ngủ miết. Khám kỹ có thể tìm thấy hội chứng màng não nhẹ.

3.1.3. *Thời kỳ toàn phát*: Bệnh thường đột ngột với các hội chứng sau:

- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt cao 39⁰-40⁰C, môi khô, lưỡi bẩn. Hội chứng màng não: Nhức đầu, nôn, cổ cứng (+), Kernig (+), vạch màng não (+).

- Hội chứng não cấp biểu hiện.

+ Co giật kiểu động kinh, tái diễn nhiều lần trong ngày, mở đầu giật nửa người, sau lan toàn thân.

+ Tổn thương bó tháp: Liệt các dây thần kinh sọ, liệt nửa người.

+ Dấu hiệu ngoại tháp: Run rẩy, xoắn vặn, cứng cơ, múa vờn.

+ Rối loạn thần kinh thực vật nặng: Da lúc đỏ, lúc tái, vã mồ hôi, tăng tiết đờm rãi, sốt cao mạch nhanh, thở nhanh.

- Rối loạn ý thức: Tình trạng lơ mơ li bì, ngủ miết, hôn mê ngày càng sâu.

- Nếu nặng, bệnh nhân ở tư thế mất não hoặc mất vỏ.

Các hội chứng trên thường xảy ra không cố định, thay đổi hàng ngày trên một bệnh nhân. Thể hiện tình trạng viêm nhiễm lan tỏa trên một bệnh nhân.

3.1.4. *Tiến triển*: Khoảng 30% có số bệnh nhân diễn biến nặng như rối loạn thần kinh thực vật trầm trọng, hôn mê mất vỏ hay mất não (thường tử vong ngay trong thời kỳ toàn phát).

Nếu bệnh nhân qua được tuần đầu, nhiệt độ sẽ giảm và hết hẳn vào ngày thứ 10-12. Bệnh nhân thoát mê, nhưng có hiện tượng ngưng ngấc, sững sờ trong nhiều tuần sau đó. Khoảng 30% có số bệnh nhân có biểu hiện di chứng: Liệt cơ cứng cơ, mất ngôn ngữ, thiếu năng trí tuệ... Di chứng muộn có thể xảy ra nhiều năm (động kinh, rối loạn tinh thần...)

3.2. Xét nghiệm

- Số lượng bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Chọc dò dịch não tủy: Dịch trong, áp lực tăng. Xét nghiệm có Protein, đường bình thường hoặc tăng nhẹ, tế bào tăng (từ vài chục đến vài trăm, thậm chí tới vài nghìn), lúc đầu là bạch cầu đa nhân trung tính, sau là Lymphocyte.
- Phân lập virus, làm huyết thanh chẩn đoán.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị: Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Điều trị chủ yếu là hồi sức cấp cứu và điều trị triệu chứng.

- Chống phù não: Truyền Manitol, Glucoza, có thể cho Corticoid.
- Chống co giật: An thần có thể cho Diazepam, Phenobarbital.
- Hạ nhiệt: Chườm mát, thuốc Paracetamol
- Chống suy hô hấp: Hút đờm dãi, thở oxy, mở khí quản
- Trợ lực hồi phục nước và điện giải: Truyền dịch đẳng trương tĩnh mạch, trợ tim mạch.

Chống bội nhiễm: Dùng kháng sinh

4.2. Phòng bệnh

- Giám sát các vật chủ không gian: Diệt muỗi, chống muỗi đốt. Nuôi lợn xa nhà.
- Tiêm chủng: Tiêm vacxin 3 mũi: Hai mũi đầu cách nhau một tuần, mũi thứ 3 nhắc lại sau 1 năm.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định chăm sóc

Điều dưỡng viên tiến hành nhận định chăm sóc bằng cách hỏi, quan sát và khám để phát hiện các dấu hiệu sau:

** Hỏi:*

- Bệnh nhân bị từ bao giờ? Thời gian bao lâu?
- Liên quan đến dịch tễ với những người xung quanh.
- Bệnh nhân đã bị co giật chưa? Nếu co giật thì xuất hiện khi nào?

** Khám:*

- Quan sát cường độ, tính chất, thời gian giật.
- Quan sát bệnh nhân để biết bệnh nhân tỉnh? Rối loạn tri giác? Ngủ gà, lơ mơ hay hôn mê?

- Phát hiện dấu hiệu thần kinh thực vật: Tăng tiết đờm dãi, đo nhiệt độ xem bệnh nhân có bị sốt không? Có vã mồ hôi không?

- Quan sát bệnh nhân có tự đại, tiểu tiện được không? Nếu bệnh nhân không tiểu tiện tự chủ được, phải thông tiểu cho bệnh nhân.

- Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm Glasgow.
- Triệu chứng hội chứng màng não: Cổ cứng? Kernig?
- Triệu chứng bó tháp và ngoại tháp: Liệt chi hay bị chi? Xoắn vặn cơ cứng cơ.
- Biểu hiện tổn thương thần kinh sọ não, lác...
- Hô hấp: Đếm nhịp thở, bệnh nhân có suy hô hấp không?
- Tim mạch: Đếm nhịp tim đo huyết áp.

** Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm*

** Chuẩn bị dụng cụ chọc dò tủy sống*

5.2. Chuẩn đoán chăm sóc

- Bệnh nhân suy hô hấp do tắc nghẽn đờm dãi.
- Nguy cơ trụy tim mạch do thiếu oxy cơ tim và tắc nghẽn đờm dãi.

- Rối loạn thần kinh do tình trạng viêm lan tỏa thần kinh trung ương.
- Tăng thân nhiệt do rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do bệnh nhân không tự nuốt được.
- Nguy cơ bội nhiễm do nằm lâu.
- Bệnh nhân và người nhà thiếu hiểu biết về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí và chống suy hô hấp.
- Chống suy tuần hoàn
- Giảm rối loạn thần kinh.
- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Chống nhiễm trùng và bội nhiễm.
- Giáo dục sức khỏe.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm không khí và chống suy hô hấp: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng sang một bên, đầu cao 30°, để phòng hít phải chất nôn và chất xuất huyết. Đặt Canuyn Mayo để phòng tụt lưỡi, đếm nhịp thở khi bệnh nhân khó thở, tím tái, co giật cho thở ô xy ngắt quãng. Hút đờm dãi khi bệnh nhân tăng tiết nhiều.

- Nếu phải đặt nội khí quản, điều dưỡng viên phải chuẩn bị dụng cụ đầy đủ.

- Chống suy tuần hoàn: Lấy mạch huyết áp cho bệnh nhân 3h/1 lần. Sẵn sàng cấp cứu ngừng tuần hoàn (Chuẩn bị sẵn bóng Ambu, thuốc Adrenlin, bơm kim tiêm dài). Nếu bệnh nhân ngừng tim đột ngột: Bóp tim ngoài lồng ngực. Chuẩn bị sẵn sàng dịch đẳng trương để truyền bù nước và điện giải cho bệnh nhân.

- Giảm rối loạn thần kinh: Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm Glasgow.

+ Chống phù não bằng thực hiện y lệnh truyền Manitol, Glucoza, chú ý thời gian truyền và tốc độ truyền.

- Theo dõi dấu hiệu màng não: Cổ cứng, vạch màng não, Kernig.

- Phát hiện các chi liệt, theo dõi quá trình liệt, xoa bóp các cơ nhất là các cơ ở chi liệt để tăng cường lưu thông máu, tránh teo cơ.

+ Để làm giảm sự co cứng và co rút cơ, cho bệnh nhân nằm đúng tư thế, nên đặt gối và đệm lót giữ thẳng chân, bàn chân vuông góc với cẳng chân.

+ Theo dõi xuất huyết di chứng: Mất ngôn ngữ, rối loạn nhân cách, di chứng thần kinh và vận động...

- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân: Đặt bệnh nhân nơi thoáng, nơi rộng quần áo.

+ Lấy nhiệt độ cho bệnh nhân 3h/1 lần

+ Chườm mát ở nách, bẹn, trán.

+ Dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol.

+ Thường tăng thân nhiệt sau những cơn co giật liên tiếp, nên dùng an thần Diazepam chống cơn giật và cũng để giảm thân nhiệt cho bệnh nhân.

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.

+ Vì hôn mê bệnh nhân không tự nuốt được, để đảm bảo dinh dưỡng 3.000 calo/ngày cho bệnh nhân, đặt ống thông dạ dày, bơm thức ăn, nước, thuốc qua ống thông.

+ Các loại thức ăn: Súp nghiền, cháo lọc, sữa bột dinh dưỡng. sữa Ensure. Isocal và nước hoa quả. Đồng thời nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Chống nhiễm trùng và bội nhiễm.

- Buồng bệnh nhân phải thoáng mát, sạch sẽ.

- Đảm bảo các thủ thuật chuyên môn như: Tiêm, bọc lộ tĩnh mạch, rửa tay, đi gang khi hút đờm, thay sonde hút, chai ngâm.
- Sau cơn giật bệnh nhân thường vã mồ hôi, cần lau mồ hôi và thay quần áo thường xuyên cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân hôn mê, nằm lâu dễ loét vùng tì, đờ, cần thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2h/1 lần. Kê chỗ tỳ đờ: Vùng cụt, vai, gót chân, đầu, cho nằm đệm nước.
- + Dấu hiệu nguy cơ loét: Da đỏ lên không mất đi sau 15 phút. Nếu có vết trợt thì điều trị ngay, tránh nhiễm khuẩn.
- + Để tránh viêm phổi: Thường xuyên vỗ rung lồng ngực cho bệnh nhân.
- + Rửa, nhỏ thuốc tra mắt cho bệnh nhân.
- + Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng.
- + Cắt tóc gội đầu cho bệnh nhân.
- + Bệnh nhân hôn mê, đại tiểu tiện không tự chủ được. Đặt thông lưu bàng quang dẫn nước tiểu, ống thông nối với chai vô khuẩn.
- + Chai đựng nước tiểu phải được thay, rửa hàng ngày.
- + Vệ sinh cho bệnh nhân sau mỗi lần đi ngoài.
- Giáo dục sức khỏe:
- + Ngay khi bệnh nhân mới vào viện, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân hiểu rõ tầm quan trọng của bệnh nhân và chấp hành đầy đủ nội quy khoa phòng để phối hợp điều trị và chăm sóc bệnh nhân.
- + Giai đoạn phục hồi kéo dài, nên hướng dẫn bệnh nhân luyện tập và vật lý trị liệu để tránh cứng khớp, co rút chân.
- + Tập cử động khớp háng, vai, xoa bóp chân tay lưu thông tuần hoàn.
- + Giúp trẻ hồi phục trí nhớ bằng nhận biết đồ vật.
- + Tăng cường dinh dưỡng, ăn đủ chất, đủ năng lượng.
- + Khi xuất viện: Hướng dẫn người nhà giúp bệnh nhân thích ứng dần với cộng đồng.

5.5. Đánh giá: Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân với kế hoạch đã đề ra. Được đánh giá là chăm sóc tốt: Sau một tuần, sốt giảm dần và hết sốt vào ngày thứ 10-12. Bệnh nhân thoát mê nhưng vẫn còn lơ mơ trong những tuần sau.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) trình bày định nghĩa, tác nhân, cơ chế bệnh của bệnh viêm não nhật bản ?
2. Anh(chị) trình bày triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh viêm não nhật bản ?
3. Anh(chị) trình bày nhận định, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Viêm não nhật bản ?

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu sau:**

- 4. Điều trị viêm não Nhật bản còn gặp khó khăn do:**

- A. Chưa có thuốc đặc hiệu
- B. Do bệnh nhân đến muộn
- C. Do tuyên truyền bệnh chưa tốt
- D. Do thiếu phương tiện cấp cứu.

- 5. Điều trị viêm não Nhật Bản có hiệu quả nhất là:**

- A. Chống não phù, đảm bảo dinh dưỡng
- B. Chống co giật, trợ tim mạch
- C. Hạ nhiệt, bù nước và giải điện.
- D. Cả 3 cách trên.

6. Thức ăn đảm bảo dinh dưỡng nhất để bơm qua sonde cho bệnh nhân bị hôn mê do viêm não Nhật Bản.

- A. Nước cháo loãng
- B. Súp tổng hợp
- C. Sữa Ensure
- D. Bột dinh dưỡng

7. Muốn lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị viêm não Nhật Bản cần hỏi kỹ:

- A. Quá trình diễn biến của bệnh
- B. Dịch tễ xung quanh
- C. Khám kỹ, đánh giá theo bảng điểm Glasgow
- D. Dinh dưỡng có đủ không

8. Tránh loét tốt nhất nên cho bệnh nhân viêm não Nhật Bản do nằm lâu:

- A. Nằm đệm nước
- B. Trăn trở thường xuyên
- C. Kê vùng bị tỳ đè
- D. Xoa bột tan vào vùng tỳ đè

9. Phòng bệnh viêm não Nhật Bản tốt nhất là:

- A. Diệt muỗi, chống muỗi đốt
- B. Nuôi lợn xa nhà
- C. Tiêm phòng vacxin
- D. Phát quang bụi rậm quanh nhà

Bài 21

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS

MỤC TIÊU

1. Mô tả được tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam.
2. Trình bày được định nghĩa, phương thức lây truyền, các giai đoạn và các biểu hiện lâm sàng chủ yếu của nhiễm HIV/AIDS.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS.
4. Tuyên truyền, giáo dục được trong ngành và cộng đồng về phòng chống HIV/AIDS.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Trên thế giới

* *Quá trình phát hiện:*

- Tháng 6 năm 1981, tại Mỹ đã phát hiện 5 thanh niên đồng tính luyến ái bị viêm phổi nặng do Pneumocystis Carini ở Losangeles. Trước đó tháng 3 năm 1981, nhiều trường hợp sacom Kaposi bị chết được báo cáo tại Newyork. Đặc biệt ở đây là những bệnh nhân này đều thấy suy giảm nặng về hệ thống miễn dịch, trước khi mắc bệnh họ đều là những người khoẻ mạnh với hệ thống miễn dịch phát triển bình thường. Lúc này chưa biết nguyên nhân nhưng dựa vào yếu tố địa lý người ta cho rằng đó là bệnh truyền nhiễm.

- Năm 1982, nhiều nơi công bố căn bệnh tương tự thấy trên bệnh nhân ưa chảy máu, bệnh nhân truyền máu nhiều lần, người nghiện trích ma túy, mẹ cho con,... từ đó nghi do virus (giống virus viêm gan về đường lây).

- Tháng 5 năm 1983 bắt đầu phát hiện virus.

- Năm 1986, hội nghị định danh quốc tế đã thống nhất gọi virus này là HIV (Human Immunodeficiency Virus): Gây hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (ADIS: Acquired Immunodeficiency Syndrom).

* *Quá trình phát triển:*

Dịch bắt đầu xảy ra ở các nước công nghiệp phát triển: Bắc Mỹ, Úc và Tây âu, Châu á dịch đến muộn nhưng phát triển rất nhanh. Xu hướng dịch sẽ xảy ra ở các nước phát triển. Theo ước tính của TCYTTG, khi một người được chẩn đoán là nhiễm HIV thì thực tế có khoảng 10 đến 100 người bị nhiễm virrus này.

1.1.2. Ở Việt Nam

- Người nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tháng 12 năm 1990 ở Thành phố Hồ Chí Minh.

- Ở nước ta, phương thức lây truyền chủ yếu là tiêm trích ma túy (chiếm 65% đến 70%) và tình dục (chiếm 18,2%, chủ yếu đường mại dâm). Lây truyền theo đường tình dục tăng thì tỷ lệ phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV tăng.

1.2. Định nghĩa AIDS

AIDS là do tác động của virus gây suy giảm miễn dịch (HIV) làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh gây vật bệnh và những vi sinh vật bình thường vẫn không gây

bệnh này trở thành bệnh, tạo ra nhiễm trùng cơ hội cũng như làm cho ung thư dễ phát triển và có những tổn thương do chính HIV gây ra.

1.3. Mầm bệnh

HIV là căn nguyên của AIDS, HIV thuộc họ Retroviridae nhóm Lentivirus gây ra nhiễm trùng chậm, ủ bệnh kéo dài từ 5 năm đến 10 năm.

- Sức đề kháng: Trong dung dịch virus bị phá huỷ ở 56°C/20’.

+ Dạng động bị bất hoạt tính ở 68°C sau 2 giờ.

+ Diệt virus bằng cách: Đun sôi 20’ đến 30’, hấp sấy, sấy khô hoặc:

Hoá chất: Nước javen 0,1%

Cloramin 2%,...cồn Etanol....

- HIV có đặc điểm ái tính chủ yếu với các tế bào miễn dịch làm hệ thống miễn dịch của cơ thể suy sụp tạo điều kiện cho các nhiễm trùng cơ hội và ung thư dẫn đến tử vong.

1.4. Dịch tễ

- Nguồn lây: Người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS.

- Đường lây: Nghiên cứu về dịch tễ học thấy: Máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo đóng vai trò quan trọng trong việc lây truyền HIV. Từ đó hình thành 3 phương thức lây truyền:

+ Theo đường tình dục

+ Theo đường máu.

Truyền máu và các sản phẩm của máu có HIV: Nguy cơ lây nhiễm trên 90%. Khi xét nghiệm máu HIV âm tính khả năng lây nhiễm vẫn có thể xảy ra (giai đoạn cửa sổ 6 đến 12 tuần đầu).

Khi bơm tiêm bị nhiễm HIV: Xảy ra cao ở người trích ma túy theo đường tĩnh mạch.

Các dụng cụ nhiễm HIV: nhổ răng, thủ thuật,...

+ Từ mẹ sang con: Sự lây nhiễm xảy ra trong lúc mang thai, trong cuộc đẻ và một thời gian ngắn sau đẻ (qua bú sữa mẹ).

+ Khỏi cảm thụ: Mọi người, mọi lứa tuổi đều có thể nhiễm HIV.

2.Lâm sàng: 3 giai đoạn

2.1. Giai đoạn nhiễm HIV cấp

Khoảng 70% trường hợp sau nhiễm HIV từ 2 đến 8 tuần có triệu chứng:

+ Sốt, vã mồ hôi, đau bụng, mệt mỏi tăng dần, đau cơ khớp, nhức đầu.

+ Sưng hạch cổ, nách, lách to.

+ Rối loạn tiêu hoá.

+ Phát ban dạng sởi, sẩn ngứa trên da.

**Về sinh học:*

+ Tăng bạch cầu Lympho

+ Phát hiện kháng nguyên P24 trong máu.

* Sau biểu hiện sơ nhiễm có hoặc không có triệu chứng khoảng 6 đến 12 tuần, xuất hiện kháng thể đặc hiệu tức là huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính.

2.2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng: Kéo dài từ 2 đến 8 năm hoặc lâu hơn, xét nghiệm HIV dương tính

2.3. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng

2.3.1. Giai đoạn lâm sàng 1: Bệnh hạch dai dẳng toàn thân, thời gian trên 3 tháng: hạch sưng to trên 1cm đường kính. Xuất hiện ít nhất hai vùng nữa ngoài 2 bên. Sốt, sút cân, ra mồ hôi đêm, ỉa chảy (khoảng 50% trường hợp).

2.3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: Thời kỳ đầu (nhẹ).

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể

- Xuất hiện các biểu hiện ngoài da và niêm mạc: Viêm da tuyến bã, ngứa, nấm vùng, chộp mép, loét miệng tái diễn.
 - Zona trong vòng 5 năm cuối
 - Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn.
- 2.3.3. Giai đoạn lâm sàng 3:** Thời kỳ trung gian (vừa phải)
- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể
 - ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân trên 1 tháng.
 - Nhiễm *Candida* ở miệng
 - Lao phổi trong năm cuối
 - Các nhiễm khuẩn nặng xuất hiện (viêm phổi, viêm cơ mắt,...)
- 2.3.4. Giai đoạn lâm sàng 4:** Thời kỳ muộn (nặng)
- Sốt
 - Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể
 - ỉa chảy không rõ nguyên nhân trên 1 tháng
 - Các biểu hiện lâm sàng ở các cơ quan: miệng, mắt, da, hô hấp, tim mạch, tiêu hoá, thận, khớp cơ, thần kinh, tâm thần,....
- 3. Xét nghiệm:**
- Nuôi cấy virus
 - Tìm kháng nguyên P24
 - Huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính
 - Tế bào TCD4 dưới 200/mm³
- 4. Điều trị các biện pháp phòng chống**
- 4.1. Điều trị**
- Điều trị trực tiếp trên HIV: AZT và DDI nhằm kéo dài cuộc sống. Tháng thứ 8 trở đi kết quả kém.
 - Điều trị phục hồi miễn dịch
 - Điều trị sớm bằng thuốc ức chế HIV phát triển khi chưa có triệu chứng lâm sàng.
 - Chăm sóc động viên hỗ trợ bệnh nhân.
- 4.2. Các biện pháp phòng bệnh**
- 4.2.1. Phòng chống lây qua đường tình dục là ưu tiên số 1**
- Giáo dục tình dục an toàn, lành mạnh.
 - Không chế nạo mại dâm
- 4.2.2. Phòng chống lây lan qua đường máu**
- Kiểm tra HIV ở tất cả các mẫu máu truyền và sản phẩm của máu.
 - Hiến máu tự nguyện.
- 4.2.3. Phòng chống lây lan qua tiêm chích và các dụng cụ y tế**
- Ngăn chặn buôn bán ma túy và việc dùng ống tiêm chung trong tiêm chích ma túy.
 - Vô trùng những dụng cụ y tế.
- 4.2.4. Ngăn chặn lây nhiễm HIV trong nhân viên y tế**
- Rửa tay trước và sau khi tiếp xúc bệnh nhân. Nếu da tổn thương không trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.
 - Đeo găng tay khi tiếp xúc bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
 - Cầm kim tiêm, dao....cẩn thận để tránh tổn thương.
 - Mặc quần áo, tạp dề khi làm thủ thuật, phẫu thuật và thay đổi mỗi khi dùng.
 - Dùng kính bảo vệ.
 - Tránh hôn sức miệng - miệng mà thay bằng các phương tiện hôn sức khác.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định

- Hỏi bệnh thật chi tiết
- * *Chú ý:*
 - + Ngày thứ bao nhiêu của bệnh?
 - + Diễn biến các triệu chứng lâm sàng từ khi có dấu hiệu đầu tiên.
 - + Tình hình dịch tễ có liên quan đến bệnh nhân
- Khám:
 - + Toàn thân: Tinh thần, thể trạng, da, niêm mạc, hạch.
 - + Kiểu thở không hiệu quả do tổn thương phổi (lao phổi, viêm phổi, viêm màng phổi, tràn dịch màng phổi).
 - + Giảm khả năng hoạt động do yếu, mệt, thiếu máu do sốt, do khó thở, do thiếu dinh dưỡng.
 - + Đau: Do sưng các hạch bạch huyết, do đau đầu, do nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương....
 - + Bệnh nhân thiếu hiểu biết về sự lan truyền bệnh.
 - + Bệnh nhân thiếu kiến thức về các biện pháp làm tăng cường sức khỏe (ăn nghỉ, luyện tập thỏa đáng).
 - + Bệnh nhân suy sụp về tinh thần do tiên lượng xấu của bệnh.
 - + Nguy cơ nhiễm khuẩn do giảm miễn dịch.
 - + Dinh dưỡng không đủ so với nhu cầu do ỉa chảy, do chán ăn, do tăng chuyển hóa, do viêm dạ dày, do nhiễm khuẩn.
 - + Tổn thương (nguy cơ tổn thương) da do thiếu dinh dưỡng, do bất động.
 - + Ỉa chảy do nhiễm khuẩn, do chế độ ăn, do tác động phụ của thuốc.
 - + Rối loạn giấc ngủ do lo lắng, do trầm cảm.
 - + Khó chịu (mặc cảm) về sự thay đổi ngoại hình do bệnh (tổn thương da) do hóa trị liệu, do giảm cân....
 - + Thiếu kiến thức về tiên lượng bệnh, về điều trị và sự lan truyền bệnh....

5.2. Kế hoạch chăm sóc

Dựa vào những nhận định trên, từ đó đưa ra những kế hoạch chăm sóc để bệnh nhân:

- Cải thiện được hô hấp, thở đỡ khó khăn hơn.
- Tăng sức chịu đựng hoạt động
- Điều khiển được đau hoặc giảm đau
- Hiểu biết về sự lan truyền bệnh
- Ăn nghỉ thỏa đáng và tham gia luyện tập đều đặn để tăng cường sức khỏe
- Hiểu được bản chất và thanh toán trong giai đoạn cuối cùng của bệnh

5.3. Thực hiện kế hoạch

- Thường xuyên theo dõi tần số thở, nhịp thở, theo dõi các tiếng ran ở phổi, theo dõi ho, tình trạng tím tái,....
- Thực hiện các loại thuốc cải thiện hô hấp mà thầy thuốc chỉ định.
- Thực hiện cho thở oxy và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc.
- Nâng cao đầu bệnh nhân
- Khuyến khích bệnh nhân báo cáo những diễn biến triệu chứng ho, khó thở.
- Trợ giúp bệnh nhân trong hoạt động tự chăm sóc.
- Khuyến khích người bệnh tham gia thường xuyên những bài tập nhẹ nhàng.
- Khuyến người bệnh nghỉ ngơi thỏa đáng.

- Khuyên bệnh nhân ăn đủ năng lượng, đủ chất.
- Thực hiện y lệnh thuốc chống nhiễm khuẩn
- Điều dưỡng viên cần được nhận định tỉ mỉ về đau?
- + Đau ở đâu?
- + Mở đầu như thế nào?
- + Kéo dài bao lâu?
- + Thời gian xuất hiện đau?
- + Tính chất đau?
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau của thầy thuốc.
- Hướng dẫn bệnh nhân giảm đau như: massage, thư giãn, giải trí,....
- Đánh giá theo dõi tác dụng của thuốc giảm đau và các tác dụng phụ của thuốc vì những bệnh nhân AIDS thường đau cho đến lúc chết.
- Chăm sóc bệnh nhân AIDS bao gồm cả chiến lược giáo dục mà mục tiêu là làm giảm nguy cơ lây truyền bệnh, điều dưỡng viên phải giáo dục cho bệnh nhân về đường dưỡng và nghỉ thỏa đáng . Thường xuyên theo dõi cân nặng, thuyết phục bệnh nhân từ bỏ thuốc lá, hướng dẫn bệnh nhân tránh các stress và hướng dẫn bệnh nhân tự phát hiện các biểu hiện sớm của bệnh. Giải thích về bản chất và kết cục của bệnh cho bệnh nhân. Nếu thấy các dấu hiệu như:
 - + Ỉa chảy: thường bệnh nhân có bệnh ngoài da quanh hậu môn, vì vậy sau mỗi lần đi ngoài cần rửa hậu môn bằng nước ấm, xà phòng, bôi thuốc.
 - Bôi phụ nước và điện giải
 - Cho ăn lỏng, ít chất thô (2h cho ăn một lần)
 - Dùng thuốc theo y lệnh
 - + Nôn:
 - Không ăn trong 2h đầu, sau ăn lỏng ít một
 - Vệ sinh răng miệng, tránh bội nhiễm
 - Thực hiện thuốc chống nôn trước bữa ăn 30 phút. Nếu nôn kéo dài cho uống Oresol.
 - + Sốt:
 - Đo nhiệt độ 4h 1 lần
 - Uống oresol
 - Chườm lạnh
 - Dùng thuốc theo y lệnh
 - + Khó thở:
 - Theo dõi nhịp thở, ho, tím tái,...2h một lần
 - Phát hiện và xử trí nguyên nhân gây khó thở
 - + Rối loạn tri thức:
 - Theo dõi tinh thần bệnh nhân, tránh lo lắng phiền muộn cho bệnh nhân, giải đáp mọi nỗi lo âu và thường xuyên nói chuyện với bệnh nhân.
 - Sử dụng các biện pháp về trí nhớ như cho bệnh nhân đếm, kể về gia đình,...
 - + Mệt mỏi: Khuyến khích bệnh nhân nghỉ ngơi xen kẽ hoạt động, giúp bệnh nhân vệ sinh, vận động, ăn uống,...
 - + Tồn thương ngoài da, niêm mạc:
 - Thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2h một lần
 - Rửa và lau khô da hàng ngày
 - Đề hờ thương tổn

- Vệ sinh răng miệng 3 lần một ngày
- + An ủi bệnh nhân về việc chuẩn bị cho tương lai, như việc chăm sóc những đứa con của họ khi họ qua đời,...
- + Khi bệnh nhân tử vong: thực hiện việc chôn cất như bình thường. Lưu ý quan tài phải lót bên trong bằng nylon kín, không để dịch chảy ra ngoài.

5.4. Đánh giá: Bệnh nhân đã:

- Cải thiện được hô hấp, thở đỡ khó khăn hơn?
- Tăng sức chịu đựng hoạt động?
- Giảm đau?
- Có hiểu biết về sự lan truyền bệnh?
- Ăn nghỉ thỏa đáng và tham gia luyện tập đều đặn?
- Hiểu được bản chất và thanh toán trong giai đoạn cuối của bệnh?

* *Tóm lại:* Chăm sóc bệnh nhân AIDS đòi hỏi nhiều thời gian nhưng không cần các kỹ năng đặc biệt, chỉ cần có tình thương yêu đồng cảm và áp dụng các biện pháp phòng bệnh là có thể chăm sóc bệnh nhân có hiệu quả.

6. Nhiệm vụ của học sinh, sinh viên trong phòng chống AIDS

- Thực hiện nghiêm túc các biện pháp phòng tránh.
- Tuyên truyền tích cực giúp cho những người trong gia đình, cộng đồng hiểu biết về HIV/AIDS để hạn chế sự lan truyền của căn bệnh này.
- Giúp những người đã biết mình bị nhiễm HIV/AIDS về mặt tâm lý để họ có bản lĩnh trong đấu tranh với bệnh tật.
- Hỗ trợ đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS về tình cảm, đưa ra những lời khuyên cụ thể về cách ứng xử, đối phó với nhiễm HIV/AIDS để họ có thể duy trì một cuộc sống tự chủ.
- Khuyến khích người bị nhiễm HIV/AIDS bộc lộ các suy nghĩ kể cả các suy nghĩ tiêu cực để hướng dẫn giúp họ hướng khắc phục tích cực.
- Huy động gia đình và cộng đồng giúp đỡ người bị nhiễm HIV/AIDS, không được phân biệt đối xử.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh(chị) hãy mô tả tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam ?
2. Anh(chị) hãy trình bày định nghĩa, phương thức lây truyền, các giai đoạn và các biểu hiện lâm sàng chủ yếu của nhiễm HIV/AIDS ?
3. Anh(chị) hãy trình bày nhận định, chẩn đoán, thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS ?

* **Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu sau:**

4. Khi bệnh nhân AIDS khó thở phải theo dõi nhịp thở:
 - A. 1 giờ/1 lần
 - B. 2 giờ/1 lần
 - C. 3 giờ/1 lần
 - D. 4 giờ/1 lần
5. Dấu hiệu bệnh hạch dai dẳng toàn thân của AIDS được xếp vào:
 - A. Giai đoạn lâm sàng 1
 - B. Giai đoạn lâm sàng 2
 - C. Giai đoạn lâm sàng 3
 - D. Giai đoạn lâm sàng 4

6: Biện pháp phòng nhiễm HIV/AIDS được ưu tiên số 1 là:

- A. Phòng chống lây qua đường tình dục
- B. Phòng chống lây qua đường truyền máu
- C. Phòng chống lây qua đường tiêm trích
- D. Phòng chống lây từ mẹ sang con

Bài 22

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN DỊCH HẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh Dịch Hạch.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị bệnh Dịch Hạch.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Dịch hạch là truyền nhiễm cấp tính do trực khuẩn *Yersinia Pestis* lây truyền chủ yếu bằng đường máu (do bọ chét đốt). Bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng. Tổn thương hạch đặc hiệu, phổi và một số cơ quan khác.

Bệnh dịch hạch được xếp vào bệnh "tối nguy hiểm" và có ổ bệnh thiên nhiên.

1.2. Mầm bệnh

Yersinia Pestis là một loại trực khuẩn Gram (-), vi khuẩn không sinh bào tử, sức đề kháng kém: Dễ bị tiêu diệt bởi ánh sáng mặt trời và thuốc sát khuẩn thông thường.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh: Bệnh từ động vật lây sang người, có ổ bệnh thiên nhiên. Nguồn bệnh là loài gặm nhấm hoang dã (khoảng 7.200 loài) chủ yếu là các loài chuột (chuột cống, chuột đồng, chuột nhắt,...)

Người đang mắc dịch hạch hoặc vừa khỏi có thể là nguồn bệnh (đặc biệt dịch hạch thể phổi).

- Đường lây: Có 4 đường lây trong đó chủ yếu lây qua đường máu.

+ Đường máu: Lây qua vết đốt của côn trùng. Chủ yếu là bọ chét *Xenopsyllacheopis* thứ yếu là: Chấy, rận, rệp. Bọ chét hút máu là lan truyền bệnh trong các giống chuột và từ chuột sang người.

+ Đường tiêu hoá: Thực phẩm, nước bị ô nhiễm do chuột trực tiếp reo rắc mầm bệnh vào. Đường lây này trên thực tế ít nguy hiểm vì trực khuẩn dịch hạch dễ bị chết khi đun sôi, nấu chín.

+ Đường hô hấp: qua các giọt đờm, nước bọt bắn ra khi bệnh nhân ho, hắt hơi, nói chuyện.

+ Đường da và niêm mạc: Qua tiếp xúc trực tiếp với vùng da tổn thương (hiếm gặp).

- Cơ thể cảm thụ:

+ Sức cảm thụ với bệnh cao, do đó thường mắc ngay từ nhỏ, nhiều nhất khoảng 5-16 tuổi.

+ Sau khi mắc bệnh có miễn dịch lâu bền.

2. Cơ chế bệnh sinh

Trực khuẩn dịch hạch xâm nhập vào cơ thể qua da chủ yếu qua vết đốt của bọ chét và niêm mạc (niêm mạc họng hầu, ống tiêu hoá, đường hô hấp) theo đường bạch huyết đến khu vực, sinh sản và phát triển mạnh. Vượt qua được hạch khu vực, vi khuẩn lại theo đường bạch huyết đến các hạch toàn thân và vào máu, vi khuẩn chỉ tồn tại ở máu một thời gian

ngăn, do tác dụng của đại thực bào của gan, lá lách và các tổ chức. Quá trình bệnh lý dừng ở đây và gây ra dịch hạch thể hạch tiên phát. Ngược lại, nếu đại thực bào gan, lách không ngăn cản được thì trực khuẩn dịch hạch sinh sản và phát triển, gây thể nhiễm khuẩn huyết tiên phát. Từ máu vi khuẩn đến các cơ quan như hạch, phổi, ruột, màng não... gây nên các thể hạch, thể phổi, thể tiêu hoá.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thể hạch là thể phổ biến nhất

3.1.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: 2-5 ngày, lâm sàng không biểu hiện gì đặc biệt.

3.1.1.2. Thời kỳ khởi phát

Bệnh khởi phát đột ngột ở người đang khỏe mạnh, tự nhiên thấy người mệt mỏi khó chịu, nhức đầu, chóng mặt, đau khắp người, buồn nôn, sốt cao thường có gai rét, hoặc có rét run bệnh nhân đau nhiều ở vùng sắp sưng hạch. Sau vài giờ hoặc 1-2 ngày bệnh chuyển sang giai đoạn toàn phát.

3.1.1.3. Thời kỳ toàn phát

* *Viêm hạch:*

+ Viêm khu vực có liên quan đến vết đốt của bọ chét (bẹn, nách...) vị trí hạch bẹn chiếm 50-70%.

+ Đặc điểm của hạch viêm: Sưng to, rất đau cả khi đi lại lẫn khi nằm nghỉ làm cho bệnh nhân luôn ở tư thế chống đỡ lại (co chân, co tay, ngẹo cổ ...). Lúc đầu là một vài hạch nhỏ liên kết với nhau, sau đó hạch sưng to lên 5-8cm, dính với các tổ chức xung quanh thành đám từ cứng đến mềm (có mũ), khó xác định ranh giới, da vùng hạch viêm nóng đỏ khối hạch sưng to từ 6-9 ngày và tiến triển theo ba hướng:

- Hạch viêm sẽ hoá mũ, tự vỡ, chảy dịch mũ và máu, chất hoại tử, lỗ dò lâu liền, thành sẹo co rúm.

- Hạch sơ hoá trở thành một cục rắn chắc.

- Nếu được điều trị sớm, đúng phác đồ hạch sẽ thu nhỏ lại.

* *Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc:* Bệnh nhân sốt cao 39-40°C ớn lạnh, mạch nhanh, lừ đừ, mệt mỏi hoặc bứt rứt mê sảng. Vết mặt nhiễm trùng độc nặng, da xung huyết đỏ, mắt đỏ, môi khô lưỡi bẩn, nôn mửa đi phân lỏng, nước tiểu xầm màu.

3.1.2. Thể nhiễm khuẩn huyết: ít gặp nhưng nguy hiểm

- Nguyên phát: Xảy ra đột ngột, không thấy hạch ngoại vi: Sốt 40-41°C kích động mê sảng, nôn mửa, đi lỏng, thở nhanh, xuất huyết, tiếp theo là sốc nhiễm trùng. Bạch cầu trong máu tăng 30.000-40.000/mm³, 80-90% là đa nhân trung tính, *Yersinia pestis* có mặt trong máu và nhiều bệnh phẩm khác.

- Thứ phát: Xảy ra sau viêm hạch không điều trị ít rầm rộ hơn thể nguyên phát, tiên lượng khả quan hơn nếu được điều trị và chăm sóc tốt.

3.1.3. Thể phổi

- Nguyên phát: Hiếm gặp, ủ bệnh ngắn, sau đó sốt cao 40-41°C kèm theo rét run, mạch nhanh, mệt mỏi, khó chịu nhức đầu. Khoảng 24h bệnh nhân tức ngực, khó thở, khạc nhiều đờm, ít khi nghe thấy ran ở phổi, phim X - quang cho thấy hình ảnh đông đặc phổi hay nhiều bóng mờ rải rác.

- Thứ phát: Thường gặp hơn so với biến chứng của thể hạch, chẩn đoán dựa vào X quang và dịch tễ.

3.2. Xét nghiệm

Soi, cấy tìm vi khuẩn trong máu, dịch hạch viêm, đờm rãi.

Xét nghiệm máu bạch cầu trên 16.000mm^3 , $> 80\%$ là bạch cầu đa nhân trung tính. Bệnh càng nặng bạch cầu càng tăng.

4. Điều trị và dự phòng

4.1. Điều trị: Tất cả bệnh nhân phải được vào viện điều trị, cách ly tại chỗ theo chế độ bệnh nhân "*Tối nguy hiểm*", điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh:

Streptomycin là kháng sinh điều trị có hiệu quả. Liều dùng: 3g/ngày tiêm 0,5g/lần cách 4h (tổng liều 3g/ngày) x 2 ngày. Sau đó 0,5g cách 6h (tổng liều 2g/ngày) x 7-10 ngày, (thể hạch thông thường).

Nếu vi khuẩn kháng với Streptomycin thì thay bằng Kanamycin 1g/1 ngày, các kháng sinh khác có thể thay thế khi bệnh nhân dị ứng với Streptomycin.

Tetracyclin: Liều 50mg/kg/ngày x 2-3 ngày.

Khi nhiệt độ giảm: Liều còn 2g/ngày x 7-10 ngày.

Chloramphenicol: 50mg/kg/ngày x 7-10 ngày.

Bactrim 0,48g x 6-8 viên/ ngày.

Kháng sinh mới hiện nay có tác dụng tốt với dịch hạch: Nhóm Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch: 2-3g/24h.

Với dịch hạch nặng (thể nhiễm khuẩn huyết, thể phổi) nên dùng phối hợp kháng sinh.

Điều trị triệu chứng: Bù nước điện giải, chống toan huyết, trợ tim mạch, giảm đau, hạ sốt, an thần.

Hồi sức tích cực tùy theo triệu chứng của bệnh nhân: Chống sốc, suy hô hấp suy tuần hoàn, xuất huyết.

4.2. Dự phòng

- Chủ động diệt chuột trước khi vào hè, khi có dịch khoanh vùng đặt mồi diệt chuột, phun thuốc diệt bọ chết.

- Tiêm phòng vacxin EV: Chỉ định cho người trong ổ dịch chưa có miễn dịch hoặc người đi công tác vào vùng có dịch.

- Với người tiếp xúc với bệnh nhân: Tetracyclin 1g/1 ngày x 5 ngày.

5. Chăm sóc

5.1. Nhận định chăm sóc

* *Hỏi:*

Bệnh nhân bị bệnh từ bao giờ, hỏi về dịch tễ xung quanh, mức độ sốt.

Vị trí hạch viêm, mức độ đau, có ngủ được không, có ăn được không?

* *Khám:*

- Quan sát toàn thể: Thể trạng (gầy? trung bình?). Nhiệt độ? vị trí hạch viêm, mức độ viêm, đau?

- Tình trạng hô hấp: Quan sát sắc mặt, xem môi có tím tái không? Tình trạng tăng tiết? Đầu ngón tay có tím không?

Thể nhiễm trùng huyết thể phổi thường thở nhanh, nông cánh mũi phập phồng. Nếu bệnh nhân suy hô hấp, cần tìm mọi biện pháp làm thông khí đường hô hấp.

- Tình trạng tuần hoàn: Mạch, huyết áp. Tùy từng thể bệnh trên lâm sàng, ở thể nhiễm khuẩn huyết tiên phát có thể truy mạch ngay từ đầu.

- Tiết niệu: Bệnh nhân đi tiểu tự chủ hay không tự chủ, số lượng, màu sắc nước tiểu?

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

+ Tăng thân nhiệt do viêm hạch.

+ Đi lại khó khăn do sưng đau hạch ở bẹn.

- + Rối loạn nước tiểu và điện giải do sốt cao.
- + Ngủ ít do viêm đau hạch.
- + Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do kém ăn.
- + Gia đình và bệnh nhân kém hiểu biết về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- + Làm giảm thân nhiệt cho bệnh nhân.
- + Làm giảm sưng đau và hết viêm nhiễm cho bệnh nhân.
- + Có kế hoạch chọc hút dịch hạch khi hạch đã hoá mủ.
- + Làm hết rối loạn nước và điện giải.
- + Đảm bảo dinh dưỡng.
- + Giáo dục sức khoẻ.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

+ Làm giảm thân nhiệt cho bệnh nhân: Bằng cách chườm mát, dùng Paracetamol (theo mệnh lệnh).

+ Làm giảm và hết viêm: Thực hiện sớm mệnh lệnh thuốc kháng sinh theo y lệnh.

+ Xử trí hạch viêm: Bệnh nhân đã vào viện phải theo dõi sát quá trình viêm hạch, chủ động chọc hút dịch hạch, không để hạch vỡ tự nhiên: (Khi tổ chức hạch viêm có điểm mềm trắng mủ, chủ động chọc hút mủ, tránh để hạch vỡ tự nhiên là quan trọng nhất trong chăm sóc bệnh nhân bị bệnh dịch hạch thể hạch vì nếu hạch vỡ tự nhiên, nguy cơ nhiễm trùng thứ phát cao).

+ Duy trì tuần hoàn: Bắt mạch, đo huyết áp thường xuyên mỗi ngày 2 lần, khi huyết áp tụt thực hiện y lệnh truyền dịch đẳng trương.

+ Đảm bảo dinh dưỡng: Cho ăn thức ăn hợp khẩu vị, đủ dinh dưỡng. Nếu bệnh nhân không ăn được, cho ăn ít một, ăn làm nhiều bữa, hay đổi khẩu phần ăn cho hợp lý, ăn tăng quả tươi.

Cho bệnh nhân ngủ ở phòng cách ly đủ phương tiện cấp cứu, đủ ánh sáng, tránh gió lùa, ẩm về mùa đông, mát về mùa hè. Cho thuốc an thần khi bệnh nhân không ngủ được.

Chú ý, trong quá trình chăm sóc bệnh nhân, cán bộ y tế phải thực hiện nghiêm túc việc bảo hộ lao động. Khi có tiếp xúc với bệnh nhân hạch thể phổi, phải uống thuốc điều trị dự phòng.

+ Giáo dục sức khoẻ: Hướng dẫn nội qui khoa phòng, hướng dẫn cách phòng bệnh và phát hiện bệnh dịch hạch (khu vực ở có chuột chết tự nhiên, sau 2-5 ngày có người sốt cao, gai rét hoặc rét run).

5.5. Đánh giá

Kế hoạch chăm sóc được đánh giá là tốt khi bệnh nhân hết sốt, không để hạch vỡ tự nhiên, vết chọc hút dịch hạch không có tai biến gì thể lực bệnh nhân phục hồi ăn uống tốt.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh chị trình bày khái niệm, nguyên nhân, dịch tễ của bệnh dịch hạch ?
2. Anh chị trình bày triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh dịch hạch ?
3. Anh chị trình bày nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị bệnh dịch hạch ?

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất**

Câu 4. Đặc điểm nào sau đây của hạch viêm trong bệnh dịch hạch phải can thiệp ngay:

- A. Sưng to, rắn chắc, đau.
- B. Sưng đau liên kết với tổ chức xung quanh.

- C. Sưng, nóng, đỏ, đau.
 - D. Sưng đau có điểm mềm trắng hoá mủ
- Câu 5. Thuốc điều trị dịch hạch tốt nhất là:**
- A. Streptomycin
 - B. Chloramphenicol. Ciprofloxacin
 - C. Cả (A và B)
 - D. Ampixilin, Penicilin
- Câu 6. Trong bệnh dịch hạch thể hạch, khi hạch viêm đã hoá mủ cần phải xử trí ngay.**
- A. Dùng kháng sinh tích cực
 - B. Giảm đau cho bệnh nhân.
 - C. Chọc hút dịch hạch
 - D. Để hạch vỡ tự nhiên
- Câu 7. Phòng bệnh dịch hạch tốt nhất là:**
- A. Phát quang bụi rậm
 - B. Tiêm vacxin
 - C. Phun thuốc diệt bọ chét
 - D. Chủ động diệt chuột
- Câu 8. Trong bệnh dịch hạch, đường lây truyền quan trọng nhất là:**
- A. Đường máu
 - B. Đường hô hấp
 - C. Đường tiêu hoá
 - D. Đường da và niêm mạc
- Câu 9. Bệnh dịch hạch, nguồn bệnh quan trọng nhất là:**
- A. Người mắc bệnh thể hạch
 - B. Người mắc bệnh thể phổi
 - C. Người mắc bệnh thể nhiễm khuẩn huyết
 - D. Các loài chuột
- Câu 10. Trong bệnh dịch hạch, thể bệnh nào dưới đây hay gặp nhất:**
- A. Thể phổi
 - B. Thể hạch
 - C. Thể nhiễm trùng huyết
 - D. Thể xuất huyết tiêu hoá.
- Câu 11. Vị trí hạch trong dịch hạch, thể hạch hay gặp nhất là:**
- A. Chuỗi hạch cổ
 - B. Hạch góc hàm
 - C. Hạch nách
 - D. Hạch bẹn
- Câu 12. Côn trùng truyền bệnh dịch hạch chủ yếu do:**
- A. Chấy rận, rệp
 - B. Bọ chét
 - C. Muỗi
 - D. Ruồi

Bài 23

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LAO PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng của lao phổi.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh lao phổi.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Lao phổi là thể lao sau sơ nhiễm, do viêm phế nang kéo dài, tái diễn từng đợt, phá hủy tổ chức phổi, gây xơ phổi và ho khạc ra vi trùng lao trong đờm.

Lao phổi thường gặp ở người lớn, 70% gặp ở độ tuổi 15-55 đây là lứa tuổi lao động do vậy ảnh hưởng lớn đến thu nhập quốc dân và chỉ số phát triển con người.

Lao phổi là thể lao phổ biến nhất chiếm tỷ lệ khoảng 80% trong tổng số các thể lao, lao phổi và đặc biệt những trường hợp mắc lao phổi tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp (lao phổi AFB (+)) là nguồn lây chính trong cộng đồng)

Hiện nay theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới thì tỷ lệ mắc lao phổi mới hàng năm ở nước ta là 85AFB (+)/10.000 dân. Như vậy, hàng năm nước ta có khoảng 69.000 bệnh nhân lao phổi AFB(+) mới. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam tỷ lệ mắc lao phổi ở nam giới cao hơn nữ giới. Lao phổi thường gặp ở người nghèo, lao động vất vả thiếu thốn về vật chất gây giảm sức đề kháng của cơ thể. Bệnh lao lây lan nhanh trong cộng đồng có điều kiện sống chật chội, thiếu vệ sinh, thông khí và dinh dưỡng kém.

Lao phổi nếu được chẩn đoán và điều trị sớm tỷ lệ khỏi bệnh đạt 95-100%, nếu chẩn đoán và điều trị muộn thường để lại nhiều di chứng tại phổi ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

2. Nguyên nhân

Chủ yếu là trực khuẩn lao người (*M.Tuberculosis Hominis*), trong đó có những chủng kháng thuốc, có thể do vi khuẩn lao bò (*M. Bovis*) nhưng ít gặp.

Ở những người nhiễm HIV/AIDS khi bị lao phổi, nguyên nhân gây bệnh còn có thể do các trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình (*M.Atipiques*) hay gặp là *Mycobacterium Avium Intracellulare* (MAI), *M.Kansasii*, *M.Malmoeese*, *M.Xenopi*...

3. Cơ chế bệnh sinh

3.1. Đường gây bệnh

Để khu trú tổn thương lao ở phổi, trực khuẩn lao từ ổ lao tiên phát hay ổ lao cũ ở phổi có thể gây bệnh theo đường máu và bạch huyết và đường phế quản - đây là cơ chế tái hoạt nội sinh. Đường gây bệnh có thể là đường phế quản khi trực khuẩn lao được hít vào phế nang từ bên ngoài vào phổi - Đây là cơ chế nhiễm trùng ngoại sinh.

3.2. Chu kỳ gây bệnh và cơ chế lây truyền

Ngày nay do sự tiến bộ trong nghiên cứu miễn dịch học. Bệnh lao phát triển qua 2 giai đoạn: Giai đoạn lao nhiễm và giai đoạn lao bệnh (lao phổi mạn tính ở giai đoạn II).

Người bệnh lao phổi khi ho hoặc khi hít hơi bắn ra hàng ngàn hạt đờm rất nhỏ trong các hạt nhỏ này có vi khuẩn lao (mắt thường không thể nhìn thấy) lơ lửng trong không khí,

phân tán ra xung quanh người lành tiếp xúc trực tiếp và thường xuyên hít nhiều hạt nhỏ có trực khuẩn lao, dính lại ở các vách phế nang gây ổ viêm lao ở phổi.

3.3. Các đối tượng dễ bị mắc lao

Tiếp xúc với nguồn lây: Đặc biệt là nguồn lây chính (những người bệnh lao phổi ho khạc ra trực khuẩn lao - AFB tìm thấy bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp) Tiếp xúc với nguồn lây trực tiếp, liên tục kéo dài thì khả năng lây bệnh càng cao.

Có tiền sử mắc lao: Tiền sử mắc lao là yếu tố thuận lợi của lao phổi do trong cơ thể người bệnh có vi khuẩn lao "nằm vùng" sẵn sàng bùng phát lao phổi khi có điều kiện thuận lợi. Bên cạnh đó người bệnh là có cơ địa nhạy cảm với vi khuẩn lao.

Giảm sức đề kháng với vi khuẩn lao:

- Người bị bệnh bụi phổi
- Viêm phổi do vi rút
- Người suy dinh dưỡng, mắc các bệnh mãn tính như: Đái tháo đường, loét dạ dày - tá tràng....

- Người nghiện, tiếp xúc với chất độc
- Người dùng các thuốc suy giảm miễn dịch kéo dài: Corticoit....
- Người vô gia cư, quần áo, tội phạm sống trong trại giam, phụ nữ có thai, người nghiện rượu, người già,...

- Mức sống thấp, chiến tranh, trạng thái tinh thần căng thẳng...đều là yếu tố thuận lợi cho sự phát sinh và phát triển của bệnh lao nói chung và lao phổi nói riêng.

- Nhiễm HIV: Làm suy giảm nghiêm trọng số lượng và chất lượng tế bào Lympho T CD4, là tế bào đáp ứng miễn dịch trong bệnh lao.

4. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân mệt mỏi, ăn kém, gầy sút, sốt nhẹ về chiều tối nhiệt độ 37^o5- 38^oC, có thể sốt cao kèm theo ra mồ hôi về ban đêm, da xanh... các triệu chứng này gọi là hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc lao.

Ho khạc đờm kéo dài: Đờm màu trắng đục hoặc màu xanh vàng, đôi khi có lẫn máu. hoặc ho khan, có thể ho ra máu.

Đau ngực: đây là triệu chứng không gặp thường xuyên, thường đau khu trú ở một vị trí nhất định.

Khó thở: Chỉ gặp khi tổn thương rộng ở phổi, xơ hoá phổi, hoặc kết hợp với tràn khí màng phổi khó thở tăng dần.

Khám phổi: Nghe thấy ran nổ, ran ẩm, ran rít, ran ngáy, có thể có tiếng thổi hang (hang lớn, nằm sát thành ngực và thông với phế quản lớn. Nếu bệnh nhân đến muộn có thể thấy lép một bên phổi do xơ co kéo làm hẹp các khoang liên sườn.

** Một số biến chứng của lao phổi:*

Ho ra máu: Là biến chứng thường gặp trên lâm sàng. Có 3 cơ chế gây ho ra máu trong lao phổi: Vỡ thành mạch nằm ở vách của các hang lao, do rối loạn thần kinh vận mạch, do dị ứng. Số lượng máu có thể nhiều hoặc ít, trường hợp ho ra máu nhiều người bệnh có thể tử vong.

Tràn khí màng phổi: Do vỡ hang lao hoặc vỡ phế nang bị giãn, khám phổi thấy hội chứng tràn khí.

Tràn dịch màng phổi: Khi một điểm nhuyễn hoá của nhu mô phổi bị lao nằm kề bên màng phổi làm lây nhiễm lao sang màng phổi gây tràn dịch màng phổi, điều kiện lây nhiễm lao ở đây là lây nhiễm trực tiếp. Khám phổi thấy hội chứng giảm bên tràn dịch.

Tràn mủ màng phổi: Nếu những ổ bã đậu trong phổi nằm sát màng phổi vỡ đổ chất bã đậu vào khoang màng phổi gây tràn mủ màng phổi, những trường hợp này có cả tràn khí do không khí từ hang lao bị vỡ thoát vào: Tràn mủ - tràn khí màng phổi.

Tâm phế mãn tính: Do phổi tổn thương quá rộng, làm giảm diện tích hô hấp, phổi khi đó không đảm bảo được chức năng cung cấp oxy cho cơ thể, khi đó tim phải tăng co bóp lâu dần thất phải phì đại rồi suy thất phải, tâm phế mạn hình thành.

5. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm đờm bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp tìm thấy AFB trong đờm.
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.
- Chụp X quang phổi để xác định vị trí và mức độ tổn thương: Tổn thương thường gặp ở vùng cao của phổi, là đám mờ, nốt mờ, xơ, hang, thường có xu hướng lan từ trên xuống dưới, có thể gây co kéo các thành phần xung quang như: Cơ hoành, các cung tim, xương sườn...
- Phản ứng da bằng Tuberculin (Mantoux): Kết quả thường dương tính ở mức độ nhẹ hoặc trung bình.
- Công thức máu: Số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ, số lượng bạch cầu tăng ít, tỷ lệ bạch cầu lympho tăng.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Thăm dò chức năng hô hấp: Rối loạn thông khí hạn chế

6. Phác đồ điều trị

Hiện nay lao phổi chủ yếu là điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa trong một số trường hợp đặc biệt.

6.1. Phác đồ điều trị

Lao phổi mới sử dụng công thức 2SRHZ/6HE.

Lao phổi tái phát, thất bại, hoặc người bệnh nghi có kháng thuốc dùng công thức tái trị 2SHZRE/ HRZE/5 H3R3E3.

Lao phổi trẻ em dùng công thức 2RHZ/4 RH

Khi điều trị tuân theo 6 nguyên tắc điều trị lao (tham khảo trong bài điều trị bệnh lao).

6.2. Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị

Giám sát trực tiếp việc dùng thuốc của người bệnh theo các nguyên tắc điều trị (tham khảo trong bài điều trị lao)

Để đánh giá quá trình điều trị cần phải theo dõi: Diễn biến các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng, trong đó xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao là quan trọng nhất:

- Lao phổi AFB (+): Theo dõi 3 lần vào tháng 2(3),5, 7(8) .
- Lao phổi AFB(-): Theo dõi 2 lần vào tháng 2 và tháng thứ 5.
- Đánh giá kết quả điều trị như: khỏi bệnh, thất bại, hoàn thành điều trị (tham khảo trong bài điều trị lao)
- Theo dõi các biến chứng của bệnh.
- Theo dõi việc uống thuốc và tác dụng phụ của thuốc điều trị lao.

7. Chăm sóc điều dưỡng

7.1. Nhận định

Đánh giá toàn trạng người bệnh: Thể trạng, da, niêm mạc, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp, đếm nhịp thở, số lượng nước tiểu, cân nặng.

Hỏi tiền sử bệnh lao: Người bệnh đã được điều trị lao bao giờ chưa, điều trị thể lao gì, điều trị tại đâu, thời gian điều trị là bao nhiêu tháng, uống và tiêm thuốc có đều đặn hay

không, xét nghiệm đờm kiểm tra trong quá trình điều trị là bao nhiêu lần, đã được bác sĩ đánh giá là khỏi bệnh hay chưa.

Hỏi bệnh sử: Thời gian xuất hiện các bệnh, mô tả các triệu chứng xuất hiện, kết quả điều trị tuyến trước, diễn biến bệnh.

Thăm khám cơ quan hô hấp: xác định tình trạng khó thở, suy hô hấp, ứ đọng đờm dãi

Thăm khám cơ quan tuần hoàn, tiêu hóa và các cơ quan khác

Quan sát đờm của người bệnh: Số lượng, tính chất, kết quả xét nghiệm đờm, chụp X quang phổi, các xét nghiệm như: công thức máu, chức năng gan, thận...

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

Đối với người bệnh lao phổi, một số chẩn đoán chăm sóc thường được nêu ra là:

7.2.1. Suy nhược cơ thể do nhiễm trùng nhiễm độc lao và do ăn uống kém

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng: Sốt, vã mồ hôi về ban đêm, da xanh, mệt mỏi, gầy sút cân (cân nặng), kém ăn hoặc cơ thể suy kiệt.

7.2.2. Khó thở, đau ngực do viêm phổi, phế quản

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng:

Khó thở: Nhịp thở > 25 lần/phút, có thể dẫn đến suy hô hấp: Nhịp thở lên tới 30 lần/phút, người bệnh môi tím, đầu chi tím, co kéo các cơ hô hấp, chân tay lạnh vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt.

Đau ngực: Đau tại vị trí tổn thương, đau tăng khi ho khạc đờm nhiều đờm, có thể có ho ra máu, gõ phổi có thể thấy vùng trong vùng đục, nghe phổi có ran ẩm ran nổ có thể có tiếng thổi hàng, chụp X quang phổi có các đám, nốt mờ, có thể có hang, xét nghiệm đờm AFB(+).

7.2.3. Nguy cơ bội nhiễm đường hô hấp hoặc bội nhiễm hô hấp

Thường do: Ho nhiều, ho ra máu, nằm nhiều, ăn uống kém hoặc do nhiễm lạnh vệ sinh răng miệng kém. Bội nhiễm thường gây viêm phổi, phế quản do tạp trùng: Chẩn đoán dựa vào: Người bệnh ho tăng lên, sốt cao, xét nghiệm công thức máu số lượng bạch cầu tăng, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

7.2.4. Các biến chứng của lao phổi: ho ra máu, suy hô hấp mãn tính, tâm phế mãn tính tràn dịch tràn khí màng phổi.

Chẩn đoán biến chứng ho ra máu dựa vào: Máu ho ra có lẫn bọt, đỏ tươi đông ngay, hoặc máu có thể sẫm màu, màu đen số lượng có thể lẫn đờm, vài ml hoặc vài trăm ml (tham khảo bài chăm sóc người bệnh ho ra máu).

Chẩn đoán biến chứng suy hô hấp mãn tính dựa vào: khó thở thường xuyên tím môi và đầu chi, nặng có thể tím toàn thân, nhịp thở nhanh, phổi RRPN giảm, có nhiều ran ẩm, ran nổ có thể có ran rít, ran ngáy, nhịp tim nhanh, huyết áp bình thường và khi nặng huyết áp hạ.

Có thể có các dấu hiệu của tâm phế mãn tính (suy tim phải do bệnh phổi gây nên: Tổn thương lao phổi lâu ngày, mức độ ôn hương rộng): Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính, phù chi...(tham khảo Điều dưỡng nội khoa).

Chẩn đoán tràn khí màng phổi: Người bệnh đột ngột khó thở, khó thở tăng dần, khám phổi thấy hội chứng tràn khí: Lồng ngực bên tràn khí các khoang liên sườn giãn rộng, rung thanh mát, gõ vang, RRPN giảm hoặc mất (tham khảo chăm sóc người bệnh tràn khí màng phổi).

7.2.5. Nguy cơ lây bệnh

Đây là thể lao có khả năng lây cao nhất, đặc biệt những người bệnh AFB (+) trong đờm (nguồn lây chính): Qua tiếp xúc trực tiếp, qua đờm của người bệnh

7.2.6. Người bệnh thiếu kiến thức về bệnh, có thói quen độc hại

Chẩn đoán dựa vào:

Chưa biểu hiện bệnh lao là gì, lây lan như thế nào, bệnh lao nếu không được điều trị sẽ gây các biến chứng gì, thời gian điều trị là bao lâu, cách dùng thuốc như thế nào.

Chưa biết các yếu tố làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị và làm cho bệnh nặng lên. Người bệnh có thói quen độc hại: Nghiện thuốc lá, thuốc Lào, tiêm chích ma túy, nghiện rượu.

7.3. Kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Suy nhược cơ do nhiễm trùng nhiễm độc lao và do ăn uống kém

* Mục tiêu: Hết sốt, đỡ mệt mỏi, ăn uống được, tăng cân

* Thực hiện chăm sóc: lạnh hoặc thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt khi người bệnh sốt cao

Nghỉ ngơi tại giường, tránh vận động quá sức

Động viên người bệnh ăn uống, nấu thức ăn hợp khẩu vị, ăn ít một và nhiều bữa, ăn giàu đạm, calo, rau quả, uống nhiều nước hoa quả.

Khuyến người bệnh trong thời gian bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tối đa

Vệ sinh răng miệng, thân thể

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp. Tùy thuộc vào tình trạng người bệnh nặng hay nhẹ mà theo dõi số lần trong ngày.

7.3.2. Khó thở, đau ngực do viêm phổi, phế quản

* Mục tiêu:

Người bệnh cải thiện được tình trạng hô hấp

Giảm tình trạng viêm tại phổi

Đỡ hoặc hết khó thở

Giảm đau ngực, giảm ho

* Những can thiệp điều dưỡng:

+ Tư thế người bệnh: Để người bệnh ở tư thế thoải mái nhất, những trường hợp khó thở thường đặt người bệnh ở tư thế đầu cao 20 - 40°, đảm bảo thông thoáng đường hô hấp.

+ Thực hiện y lệnh thuốc điều trị lao: Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc lao tiêm và uống cùng một lúc vào lúc đói tốt nhất là sau ăn sáng 2 giờ.

+ Thực hiện các y lệnh về cận lâm sàng: Lấy mẫu đờm xét nghiệm, hướng dẫn người bệnh cách khạc đờm lấy đủ 3 mẫu đờm làm xét nghiệm tìm vi khuẩn lao, xét nghiệm máu, nước tiểu, X quang phổi...

+ Chăm sóc về hô hấp:

- Người bệnh ho khan nhiều: Thực hiện thuốc giảm ho theo chỉ định

- Trường hợp ho khạc đờm: Cho người bệnh uống nhiều nước để tăng lượng dịch vào cơ thể có tác dụng làm loãng đờm để người bệnh dễ khạc, đồng thời bồi phụ lại lượng dịch mất do sốt, vã mồ hôi, hướng dẫn người bệnh khạc đờm.

- Thực hiện thuốc giảm đau nếu người bệnh đau ngực.

- Khó thở: Cho người bệnh thở oxy nếu có chỉ định.

- Hút đờm dãi cho người bệnh nếu có tắc nghẽn.

7.3.3. Nguy cơ lây bệnh

Phòng lây nhiễm cho người thân trong gia đình và những người xung quanh: Mang khẩu trang khi tiếp xúc với những người xung quanh, hướng dẫn người bệnh ho khạc đờm vào ca đựng đờm đúng theo quy định.

Đảm bảo chế độ vệ sinh cá nhân: Thay quần áo thường xuyên, chần màn, quần áo phơi nắng để tiêu diệt vi khuẩn lao

7.3.4. *Nguy cơ bội nhiễm đường hô hấp hoặc có bội nhiễm hô hấp*

* Mục tiêu: Hạn chế tối đa nguy cơ gây bội nhiễm, khi có bội nhiễm điều trị hết bội nhiễm

* Những can thiệp điều dưỡng:

+ Phòng bội nhiễm

- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ: răng, miệng, thân thể, chần màn, giường chiếu... Những người bệnh nặng nằm lâu gây loét cần vệ sinh vùng loét bằng các dung dịch sát trùng.

- Vệ sinh phòng ở sạch sẽ

- Ăn uống đảm bảo dinh dưỡng

- Tránh nhiễm lạnh

+ Khi có bội nhiễm: Điều trị kháng sinh thích hợp và tiếp tục biện pháp như trên.

7.3.5. *Người bệnh thiếu kiến thức về bệnh, có thói quen độc hại*

* Mục tiêu: Người bệnh hiểu về bệnh, tuân thủ các hướng dẫn về điều trị, chăm sóc

* Những can thiệp điều dưỡng:

- Giải thích về đặc điểm của bệnh lao, tình trạng bệnh, nguyên tắc điều trị. (tham khảo trong bài Điều trị bệnh lao)

- Thực hiện chế độ thuốc đủ liều, đúng thời gian theo y lệnh của bác sĩ

- Phòng bệnh thoáng vệ sinh sạch sẽ

- Loại trừ và hạn chế những yếu tố gây kích thích: Không hút thuốc lá, không uống rượu.

- Phát hiện các tai biến do sử dụng thuốc, nếu có phải báo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời

7.4. **Đánh giá chăm sóc**

* Theo dõi: Người bệnh lao phổi điều trị kéo dài 8 tháng.

Giai đoạn tấn công trong 2 tháng đầu các triệu chứng bệnh còn nặng thấy thuốc cần theo dõi sát diễn biến của bệnh: Theo dõi nhiệt độ sáng chiều, hàng ngày hoặc 3 giờ 1 lần phụ thuộc vào nhiệt độ của người bệnh. Theo dõi nhịp thở 15 phút/ 1 lần, 2-3 giờ/lần phụ thuộc vào tình trạng hô hấp. Phát hiện các biến chứng và các dấu hiệu bất thường như đột ngột khó thở tăng lên, ho ra máu,.. theo dõi các tác dụng phụ của thuốc và theo dõi việc dùng thuốc của người bệnh ở giai đoạn tấn công giám sát trực tiếp.

Giai đoạn duy trì 6 tháng sau: Theo dõi xét nghiệm đờm sau 2 (hoặc 3,5,7,8) tháng điều trị: cân nặng sau 2 tháng, 5 tháng và 8 tháng điều trị, theo dõi việc uống thuốc và các tác dụng phụ của thuốc.

* Đánh giá:

- Ăn ngon miệng, hết sốt, tăng cân

- Đờ khó thở, đờ đau ngực, giảm ho

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trở về bình thường.

- Xét nghiệm đờm AFB (-)

- Hết các biến chứng như: Ho ra máu, tràn khí màng phổi...

- Phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến do dùng thuốc.

- Người bệnh thực hiện đúng các nguyên tắc điều trị, bỏ thói quen độc hại.

7.5. **Giáo dục sức khỏe**

- Hướng dẫn người bệnh: Khi người bệnh mới vào viện, phải hướng dẫn thực hiện nội qui khoa phòng, bệnh viện.

- Khắc nhỏ đờm đúng nơi quy định, đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Phát hiện các biến chứng và dấu hiệu bất thường, các tác dụng phụ của thuốc điều trị lao.
- Khuyên người bệnh nên bỏ uống rượu, hút thuốc lá, thuốc Lào.
- Giải thích để người bệnh và thân nhân của người bệnh hợp tác với nhân viên y tế đảm bảo vệ sinh, dinh dưỡng cho người bệnh.
- Phơi các đồ dùng cá nhân: Chăn, màn, quần áo.... của người bệnh khi trời nắng.
- Giải thích cho người bệnh và thân nhân của họ hiểu là cần phải điều trị đều đặn, đủ liệu trình và không bỏ dở điều trị cho dù các triệu chứng lâm sàng đã hết.
- Phát các tranh ảnh, tờ rơi....giải thích về bệnh lao cho người bệnh và thân nhân của họ.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng thuốc sau khi ra viện: Luôn uống thuốc đều đặn, đúng giờ cho đủ 8 tháng điều trị.
- Ngày hẹn, nơi hẹn khám lại kỳ sau ghi vào phiếu theo dõi điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh phát hiện các trường hợp nghi lao cán giới thiệu ngay đến phòng khám chuyên khoa để chẩn đoán sớm.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh chị trình bày khái niệm, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của lao phổi?
2. Anh chị trình bày triệu chứng lâm sàng của lao phổi?
3. Anh chị trình bày nhận định, lập kế hoạch, chẩn đoán chăm sóc người bệnh lao phổi?