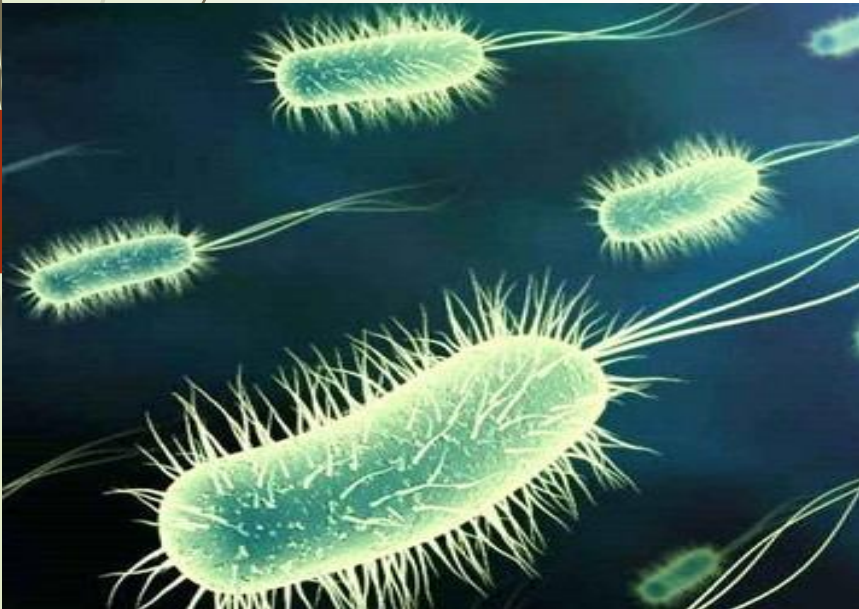




# CLB NHỊ KHOA – TRƯỜNG ĐH Y DƯỢC HẢI PHÒNG

## NHÓM TRUYỀN NHIỄM

# LÝ TRỰC KHUẨN



## Mục tiêu:

1. Nắm được tình hình dịch tễ của bệnh.
2. Trình bày cơ chế bệnh sinh và giải phẫu bệnh lý của bệnh.
3. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của Ly trực khuẩn.
4. Chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và biến chứng của Ly Trực khuẩn.
5. Điều trị và dự phòng bệnh.

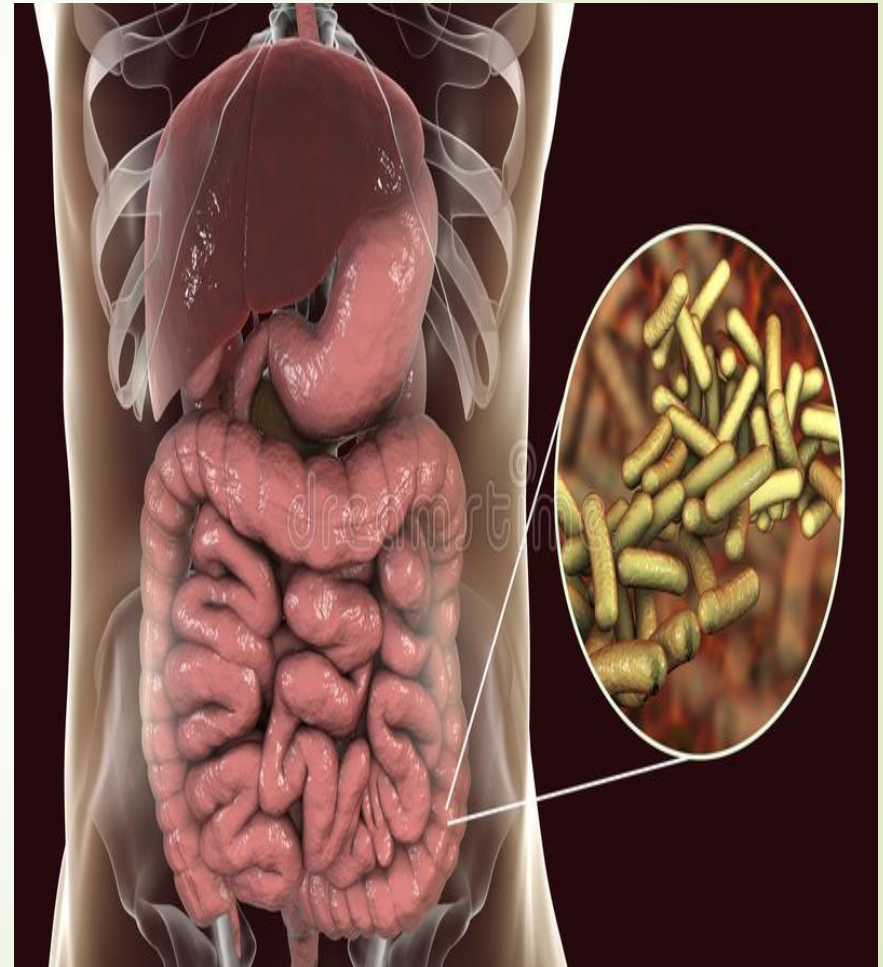
# I. ĐỊNH NGHĨA

“Bệnh lỵ” là từ dùng để chỉ chung cho các bệnh **nhiễm trùng đường ruột có tổn thương ở niêm mạc đại tràng**, biểu hiện lâm sàng là tình trạng phân có nhày máu. Dựa vào căn nguyên gây bệnh chia thành **hai loại**: bệnh **lỵ amip** do đơn bào *Entamoeba Hystolytica* gây ra và **lỵ trực khuẩn** nguyên nhân chủ yếu do vi khuẩn *Shigella* với triệu chứng lâm sàng điển hình là **tiêu chảy phân nhày máu**.

# II. DỊCH TỄ

## 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella*

- *Shigella* là một thành viên của họ vi khuẩn đường ruột (*Enterobacteriaceae*).
- Đặc điểm: trực khuẩn Gram âm, không có lông, không sinh nha bào, hiếu khí hoặc kỵ khí tùy tiện, lên men Glucose có hoặc không sinh hơi, chuyển hóa nitrat thành nitrit, không có oxidase.





## II. DỊCH TỄ

### 1. Đặc điểm sinh học của Shigella

#### **S.Dysenteriae**

Có 13 typ huyết thanh.

Typ 1 (Shiga) có nội độc tố và ngoại độc tố rất mạnh, gây dịch lớn.

#### **S.Flexneri**

Có 6 typ huyết thanh.

Hay gặp ở Việt Nam.

#### **S.Boydii**

Có 18 typ huyết thanh.

#### **S.Sonnei**

Chỉ có 1 typ huyết thanh duy nhất.

Hay gặp ở Mỹ, Tây Âu, Nhật.

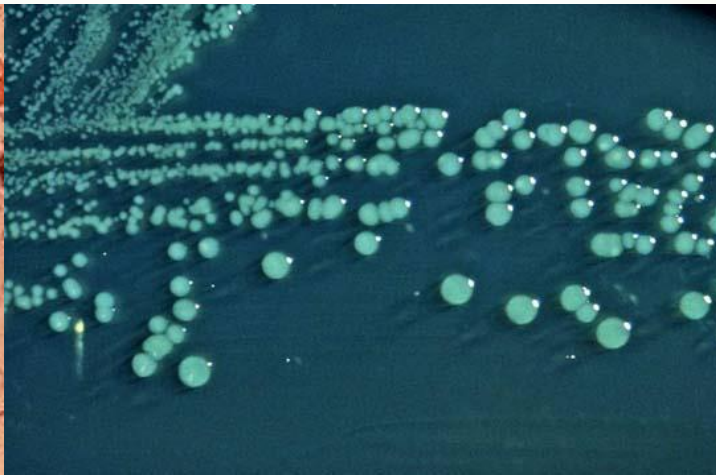
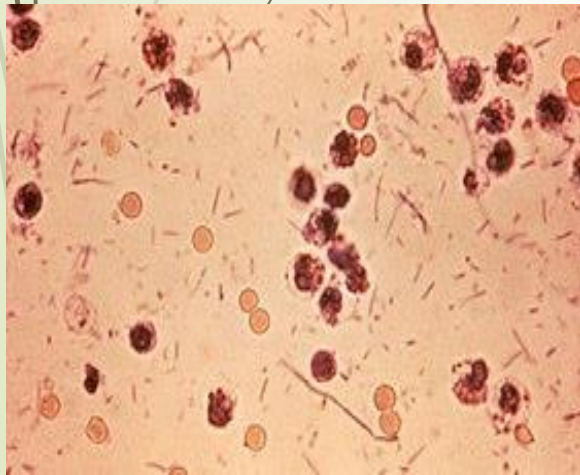
Shigella

# II. DỊCH TỄ

## 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella*

### *a, Hình thể và tính chất nuôi cấy*

- *Shigella* là những trực khuẩn có kích thước  $0,5-0,6 \times 1-3 \mu\text{m}$ , không lông, không vỏ, không di động.
- Phát triển tốt trên các môi trường nuôi cấy thông thường, nhiệt độ thích hợp nhất là  $37^{\circ}\text{C}$  và độ pH thích hợp nhất là 7 - 8, tuy nhiên ở nhiệt độ 8 -  $40^{\circ}\text{C}$  và pH 6,6 - 8,8 chúng vẫn phát triển được.



Ảnh chụp của *Shigella* sp trong một mẫu phân.

*Shigella* trên thạch HE, khuẩn lạc tròn, bờ đều và trong

Nuôi cấy *Shigella* trên thạch McConKey

# II. DỊCH TỄ

## 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella* *b, Các yếu tố độc lực*

- Nội độc tố: gắn với cấu trúc vách của vi khuẩn.
- + Có tính chịu nhiệt chỉ bị phá hủy ở 100°C sau hai giờ.
- + Tác động lên tổ chức niêm mạc ruột bằng cách hủy hoại các mao mạch gây ra tổn thương niêm mạc ruột.
- + Tác động lên thần kinh giao cảm gây co thắt tạng nhu động ruột.
- Ngoại độc tố: Thường do *S. dysenteriae* typ 1 tiết ra , có tác dụng độc chủ yếu đối với tế bào niêm mạc ruột, tế bào mao mạch và tế bào thần kinh.
- Ngoài ra, một số *Shigella* có thể sinh ra các độc tố ruột gây tiêu chảy theo kiểu tăng tiết nước và điện giải ở ruột non.

## II. DỊCH TỄ

### 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella*

#### *c. Khả năng đề kháng*

- Khả năng đề kháng: Kém, dễ bị tiêu diệt bởi.
- + Ánh nắng mặt trời: trong 30 phút.
- + Nhiệt độ: 56°C từ 10- 30 phút.
- + Các loại hóa chất thông thường.
- + Trong nước bẩn chứa nhiều tạp khuẩn.
- + Trong phân *Shigella* chỉ sống được 2 giờ.
- + Tuy nhiên trong môi trường đất, nước với các điều kiện thích hợp *Shigella* có thể sống được tới một hoặc vài tháng, trong sữa và rau chúng sống được vài tuần.



## II. DỊCH TỄ

### 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella*

#### *c. Khả năng đề kháng*

- ❖ Khả năng đề kháng với kháng sinh:
  - Kháng nhiều thuốc kháng sinh, tỷ lệ đa kháng cao.
  - Hiện nay *Shigella* hầu như chỉ còn nhạy với các thuốc kháng sinh thuộc thế hệ 2, nhất là thế hệ 3 của nhóm cephalosporin và các thuốc thuộc nhóm quinolon trừ acid nalidixic đã bị kháng ở một số nơi.
  - Ở Việt Nam, tình hình kháng thuốc của *Shigella* khá cao. Chúng đã kháng lại với hầu hết các thuốc thuốc thông dụng và phần lớn là đa kháng kháng sinh.

## II. DỊCH TỄ

### 1. Đặc điểm sinh học của *Shigella*

#### *d. Khả năng gây bệnh*

- Gây bệnh lỵ trực khuẩn cho người.
- Bệnh lỵ trực khuẩn có thể xảy ra thành dịch lớn ở các nước đang phát triển, đặc biệt các nước thuộc vùng nhiệt đới.

# II. DỊCH TỄ

## 2. Nguồn bệnh

- Nguồn lây nhiễm trực khuẩn duy nhất là người:
  - + Người bệnh.
  - + Người lành mang trùng.

## 3. Đường lây

- Yếu tố lây nhiễm chính: bàn tay nhiễm trực khuẩn lỵ.
- Hình thức lây bệnh chủ yếu qua đường phân-miệng.



## II. DỊCH TỄ

### 3. Đường lây

- Do khả năng sống khi qua dạ dày của *Shigella* khá cao so với các vi khuẩn đường ruột khác, nên liều gây bệnh của vi khuẩn này cũng thấp hơn nhiều.
- 10 vi khuẩn *S. dysenteriae* và khoảng 100 - 200 con là liều gây nhiễm của *S. sonnei*, *S. flexneri*.

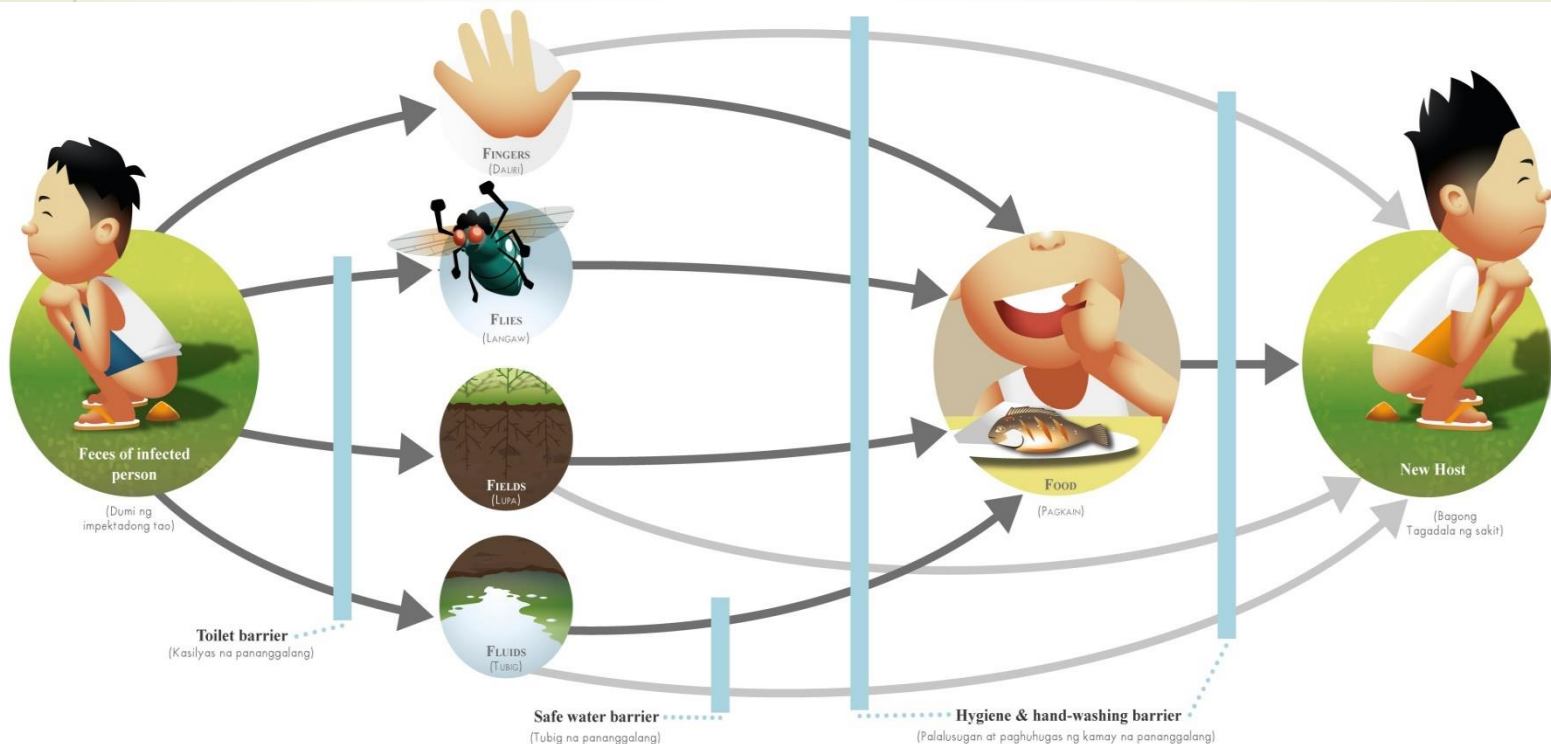
Chúng có thể chịu được pH là 2,5 trong vòng 2h → những người giảm toan dạ dày nguy cơ mắc bệnh càng cao.



# II. DỊCH TỄ

## 3. Đường lây

- Ngoài ra, ruồi có vai trò đáng kể trong sự lây lan bệnh. Chúng gây nhiễm *Shigella* vào đồ chơi, thức ăn, đồ uống, dụng cụ sinh hoạt.



## II. DỊCH TỄ

### 4. Cơ thể cảm thụ

- Tất cả các trường hợp có hoặc chưa có miễn dịch đều có thể mắc bệnh.
- Miễn dịch sau mắc bệnh là miễn dịch không bền vững, chỉ tồn tại được khoảng 1 đến 2 năm.

## II. DỊCH TỄ

### 5. Tính chất dịch tễ

- Bệnh gặp khắp nơi trên thế giới kể cả các nước phát triển, nhưng chủ yếu là ở các nước đang phát triển, các nước khí hậu nhiệt đới.
- Bệnh xảy ra tản phát quanh năm, thường thành dịch vào mùa hè.
- Tại Việt Nam, lỵ trực khuẩn và viêm gan do virus là 2 bệnh truyền nhiễm có tỷ lệ mắc lớn nhất. Có cả bốn nhóm *Shigella* đều gây bệnh mà vai trò nổi trội thuộc về *S. dysenteriae* và *S. flexneri*.

# III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

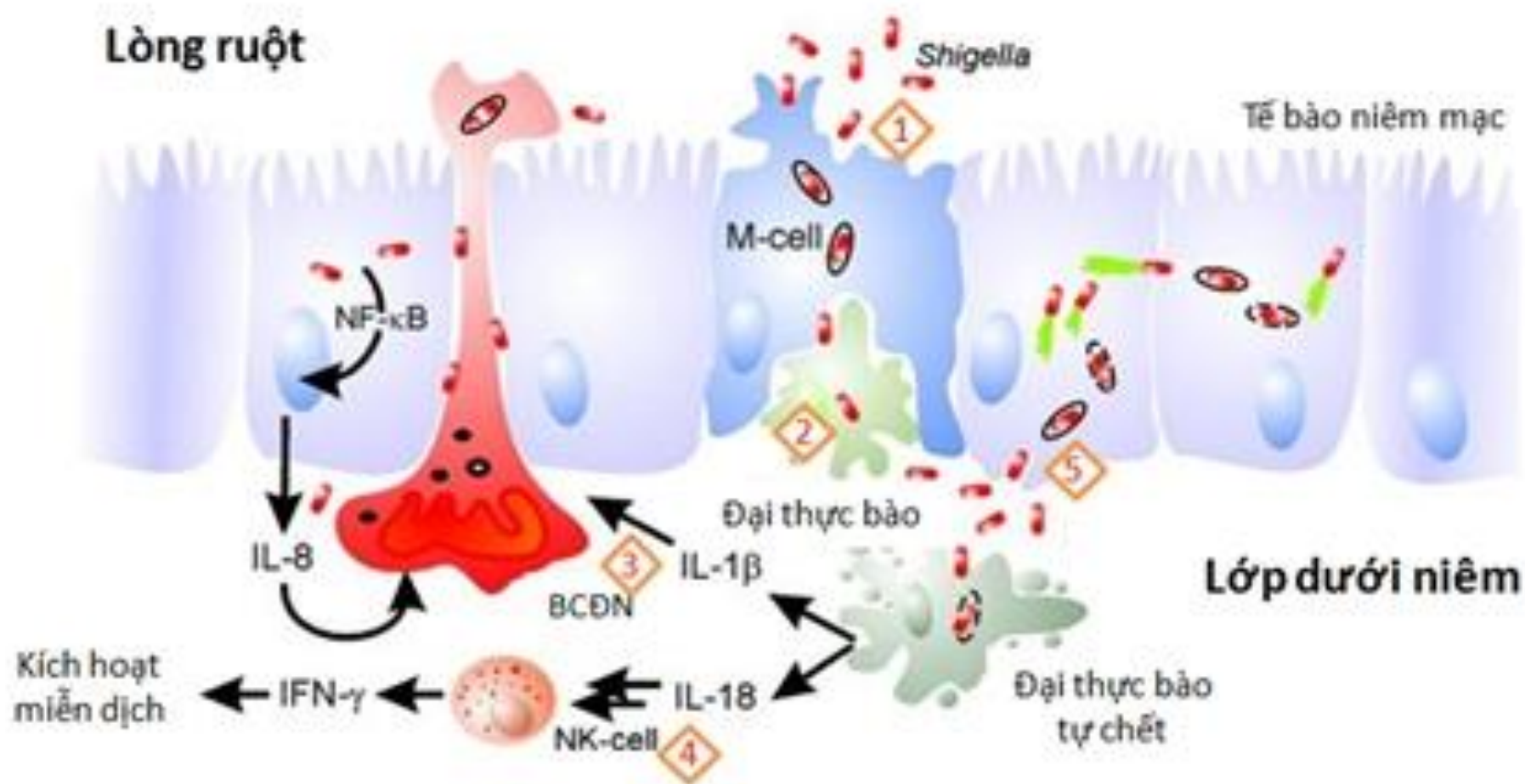


- Trực khuẩn lỵ xâm nhập vào cơ thể qua đường **tiêu hóa** với nhiều hình thức khác nhau.
- Tại ruột non, phát triển về số lượng có thể đạt tới  $10^9$  vi khuẩn/ml phân trong 24 – 36 giờ.
- + Sản xuất enterotoxin: sốt, đau bụng, đi ngoài phân lỏng.
- Xâm nhập vào niêm mạc ruột già gây nên: đau quặn, mót rặn, ỉa nhiều lần, phân có nhày máu, mủ.



# III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

\* Quá trình xâm nhập



# III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

## \* Quá trình xâm nhập

- Shigella gây bệnh theo cơ chế xâm lấn:
  - (1) Bám dính rồi được vận chuyển vào trong tế bào M trên niêm mạc ruột.
  - (2) Di chuyển đến mặt đáy tế bào M rồi chui ra ngoài, được ĐTB tại chỗ bắt giữ.
  - (3) ĐTB chứa Shigella tiết ra IL 1 –  $\beta$  kích hoạt đáp ứng viêm qua BCĐN.
  - (4) Đồng thời tiết IL – 18 phát động đáp ứng miễn dịch.
  - (5) Cuối cùng Shigella khởi động quá trình ĐTB tự chết (apoptosis) để chúng thoát ra ngoài, tiếp tục xâm nhập các tế bào niêm mạc ruột lân cận.

# IV. GIẢI PHẪU BỆNH BỆNH LÝ

- ✓ Tổn thương chủ yếu là ở đại tràng, nhất là đại tràng xuống, đại tràng xích ma và trực tràng. Một số ít trường hợp có thể tổn thương ở ruột non và dạ dày.
- ❖ Đại thể: Niêm mạc bị hoại tử bong từng mảng và để lại ổ loét nông ở lớp niêm mạc. Mặt ổ loét được phủ bởi một lớp dịch rỉ viêm nhiều tơ huyết. Ổ loét có thể nhỏ, nhưng có thể nhiều ổ loét liền bờ với nhau tạo thành ổ loét lớn.
- ❖ Vi thể: Niêm mạc ruột phù nề, tăng tiết nhầy và có nhiều mạch máu xung huyết.  
Sau đó lớp niêm mạc bị hoại tử bong đi và để lại ổ loét. Đáy ổ loét có thể thấy nhiều trực khuẩn lỵ.  
Nhiều bạch cầu đa nhân xâm nhập và thành ruột, quanh ổ loét. Lớp hạ niêm mạc phù dày lên.  
Ở giai đoạn phục hồi có sự phát triển của tổ chức hạt. Khi thành sẹo có sự tái tạo của biểu mô nhưng không có tuyến.

# V. LÂM SÀNG

## 1. Diễn biến lâm sàng

- ❖ 2 thể:
  - + Thể điển hình
  - + Thể không điển hình.
- ❖ Ủ bệnh:
  - + Tương đối ngắn, từ 12 giờ - 7 ngày, thường khoảng 2-4 ngày.
  - + Thâm lặng khó phát hiện và chẩn đoán sớm được. Trẻ thường có biểu hiện chán ăn, mệt mỏi, có thể đau bụng nhẹ, có thể xuất hiện ỉa lỏng trong những trường hợp vi khuẩn có độc tố ruột.
- ❖ Thời kỳ khởi phát và toàn phát diễn biến bệnh có thể có các biểu hiện khác nhau tùy theo thể điển hình hay không điển hình.





# V. LÂM SÀNG



## Thể không điển hình

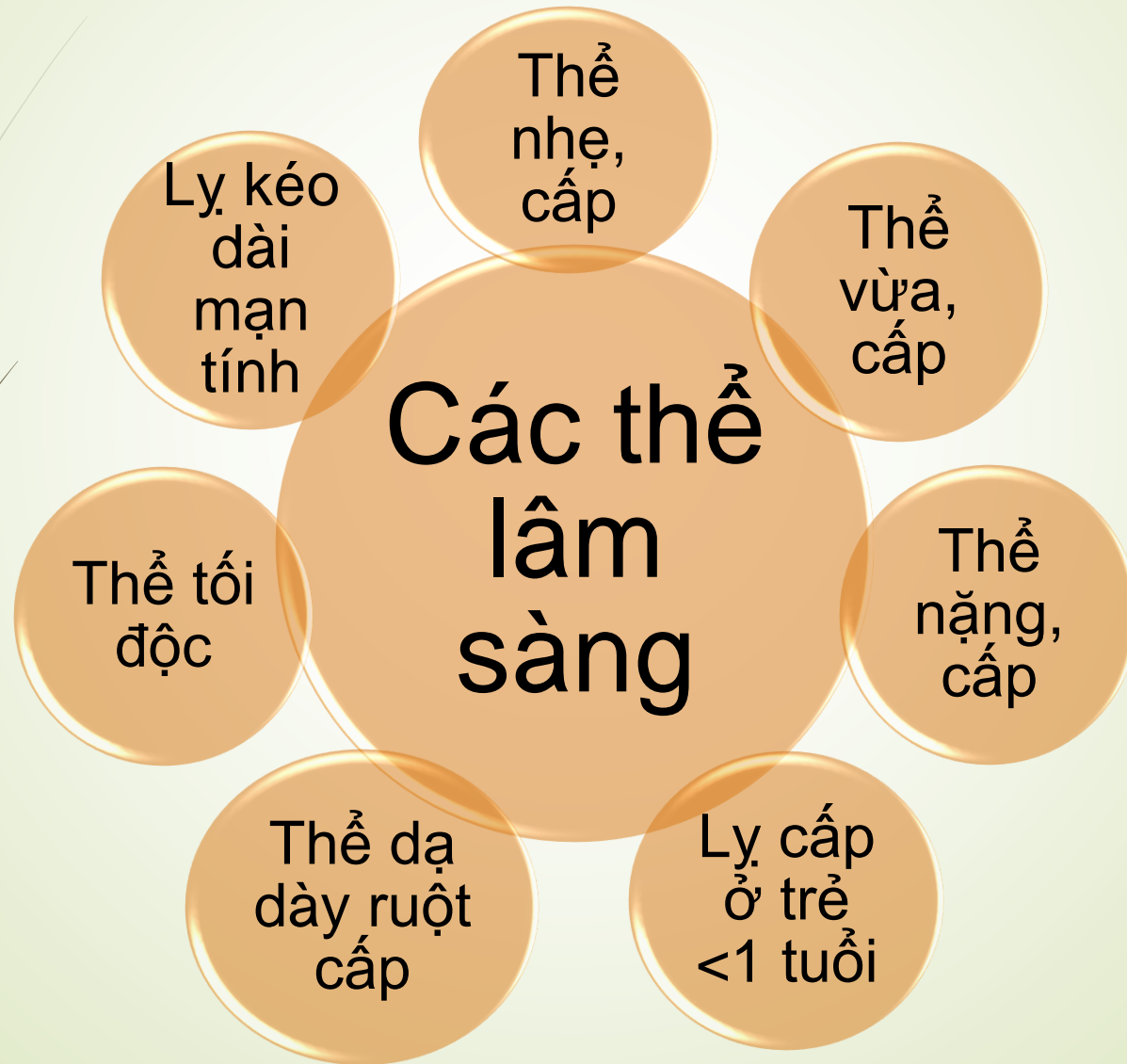
- Khởi phát :với các dấu hiệu nhiễm trùng ở đường tiêu hóa như
  - + Sốt (thường sốt nhẹ)
  - + Có thể đau bụng
  - + Buồn nôn hoặc nôn,
  - + Tiêu chảy phân lỏng toàn nước hoặc sệt, có thể có nhày nhưng không có máu.
- Thường sau thời gian tiêu chảy khoảng 3- 5 ngày bệnh sẽ đỡ và khỏi dần.

## Thể điển hình

- Bệnh phát đột ngột, không có triệu chứng báo trước với 2 hội chứng:
  - + Hội chứng nhiễm khuẩn: (+). Ngắn, từ 2 đến 4 ngày, ít khi dài hơn.
  - + Hội chứng lỵ:
    - Đau bụng
    - Mót rặn và rát hậu môn khi đại tiện, mỗi ngày đi hơn 10 lần.
    - Phân nhày máu
- Hội chứng lỵ có thể kéo dài từ 5 đến 10 ngày hoặc hơn, tùy thể bệnh, cơ địa.
- Dấu hiệu mất nước, điện giải
- Soi trực tràng: thấy toàn bộ niêm mạc trực tràng xung huyết, phù nề, có nhiều ổ trợt loét nông và lan rộng.
- Ruột phục hồi chậm, trở lại bình thường sau 3 đến 4 tuần.

# V. LÂM SÀNG

## 2. Các thể lâm sàng



# V. LÂM SÀNG

## Acute dysentery

### 2. Các thể lâm sàng

Common type

Mild type

Toxic type

	2.1. Thể nhẹ cấp	2.2. Thể vừa cấp	2.3. Thể nặng cấp
Tác nhân	Thường do <i>S. sonnei</i>	<i>S. dysenteriae</i> týp 1, <i>S. flexneri</i> và thường gặp ở các nước nhiệt đới	<i>S. dysenteriae</i> týp 1, <i>S. flexneri</i> và thường gặp ở các nước nhiệt đới
TCLS	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hội chứng nhiễm khuẩn nhẹ hoặc không rõ</li><li><input type="checkbox"/> Hội chứng ly nhẹ bao gồm: đau quặn bụng, đi ngoài dưới 10 lần/ngày.</li><li><input type="checkbox"/> Bệnh tự giảm nhanh, bệnh nhân phục hồi trong vòng 1 tuần</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hội chứng nhiễm khuẩn điển hình hơn</li><li><input type="checkbox"/> Hội chứng ly rõ ràng hơn: Bệnh nhân đi ngoài từ 15 đến 20 lần/ngày, kèm theo mất nước (khát nước, môi khô, lưỡi bự trắng).</li><li><input type="checkbox"/> Được điều trị tốt, bệnh nhân sẽ phục hồi sau 7 đến 14 ngày</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Thể này ít gặp.</li><li><input type="checkbox"/> Có hội chứng nhiễm khuẩn rất rõ rệt</li><li><input type="checkbox"/> Hội chứng ly: đau quặn bụng dữ dội, mót rặn kèm mót đái không kìm được. Bệnh nhân đi ngoài trên 30 lần/ngày, có khi không đếm được, mất nước, rối loạn điện giải. Bệnh nhân kiệt sức, nằm đại tiện tại chỗ, hậu môn mở rộng, phân tự chảy, toàn mủ và máu, mất trứng, mặt hốc hác, mạch nhanh yếu, nhịp tim mờ, huyết áp hạ</li><li><input type="checkbox"/> Thở gấp, li bì, ngủ gà, có thể chết nhanh sau 3- 7 ngày</li></ul>

# V. LÂM SÀNG

## 2. Các thể lâm sàng

### 2.4. Ly cấp ở trẻ < 1 tuổi

- ✓ Có những thể cấp như trên, ngoài ra còn gặp thể rất nhẹ, kín đáo, giống như rối loạn tiêu hóa biểu hiện: phân loãng, không sốt.



### 2.5. Thể dạ dày - ruột cấp

- ✓ Biểu hiện như một nhiễm khuẩn, nhiễm độc thức ăn.
- ✓ Bệnh bắt đầu đột ngột, tiến triển nhanh, thường có sốt, nôn nhiều lần, phân loãng, không nhầy máu, đau bụng lan tỏa, sau đó có thể diễn biến như thể ly điển hình.
- ✓ Thể này dễ dẫn đến tình trạng mất nước, rối loạn điện giải, rối loạn toan kiềm nặng nếu không điều trị kịp thời.
- ✓ Thường gặp ở trẻ nhỏ
- ✓ Tác nhân thường do *S. sonnei*



# V. LÂM SÀNG

## 2. Các thể lâm sàng

### 2.6. Thể tối độc

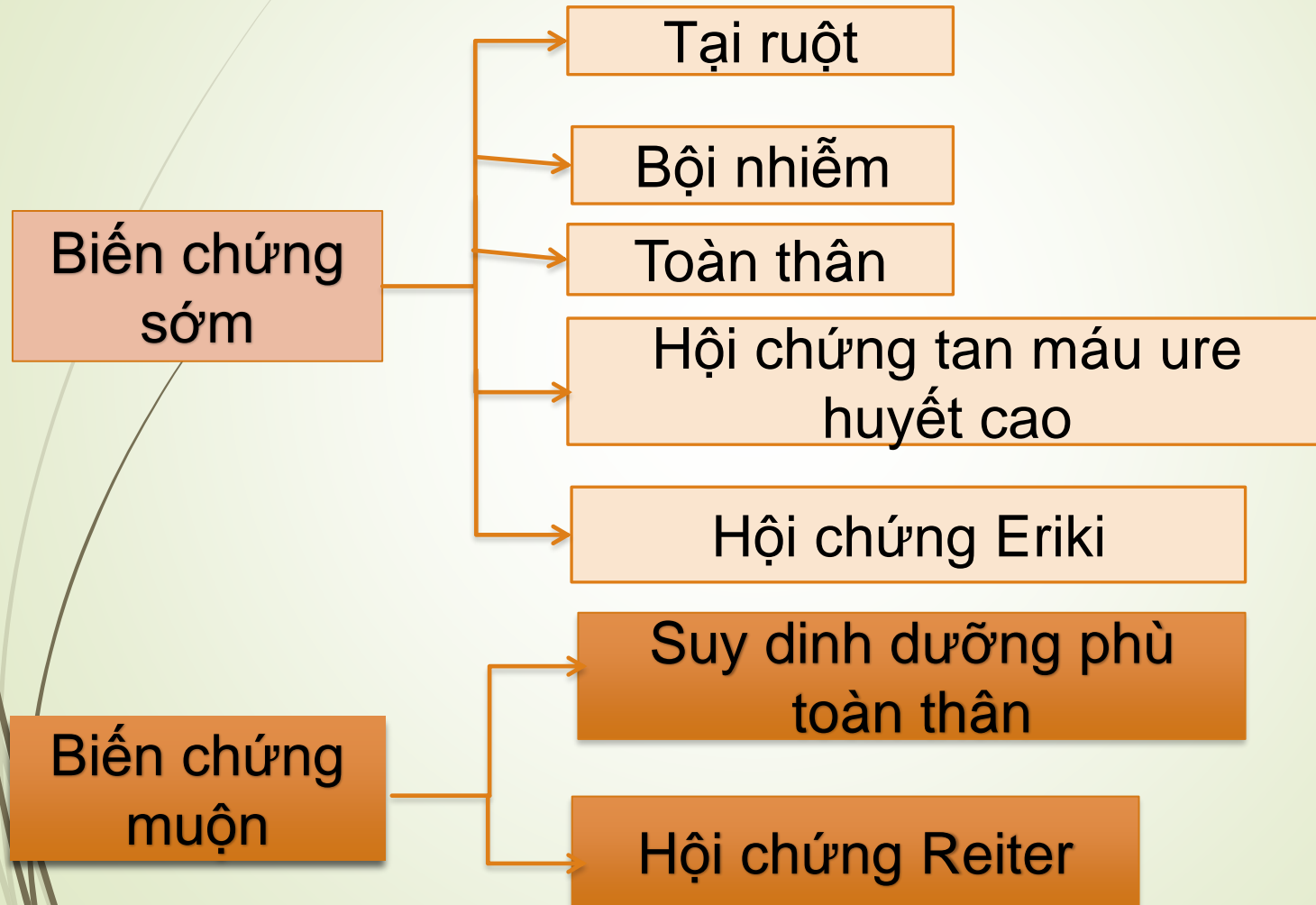
- ✓ Thể này rất hiếm, biểu hiện đi ngoài nhiều, phân nhầy mủ, có khi toàn máu, bệnh nhân có thể chết trong vài ngày đầu trong hôn mê, trụy tim mạch.

### 2.7. Lỵ kéo dài, mạn tính

- ✓ Thể này ít gặp, nếu có thường thấy ở trẻ em (chiếm tỷ lệ từ 2 - 5% tổng số trường hợp lỵ).
- ✓ Lỵ mạn tính có thời kỳ bột phát và thuyên giảm nối tiếp nhau.
- ✓ Khi bột phát, biểu hiện lâm sàng như lỵ cấp nhẹ hoặc vừa.
- ✓ Ở giai đoạn thuyên giảm các triệu chứng giảm dần nhưng vẫn rối loạn tiêu hóa

# V. LÂM SÀNG

## 3. Biến chứng

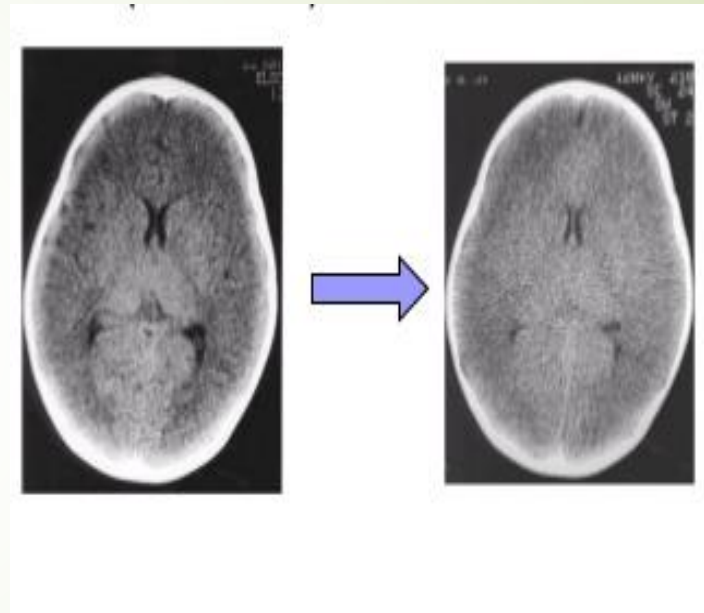


# V. LÂM SÀNG

## 3. Biểu chứng

### Hội chứng Eriki

- Nhiễm độc thần kinh
- Tăng thân nhiệt
- Co giật
- Hôn mê
- Nhiễm độc nặng
- Nặng nhưng không để lại di chứng
- Do Shigella nhóm A, B hay c ở các nước công nghiệp
- Phân biệt với: cứng gáy, RLTG, co giật do
  - Sốt cao
  - Rối loạn chuyển hóa đường
  - Hạ natri máu do mất qua ruột

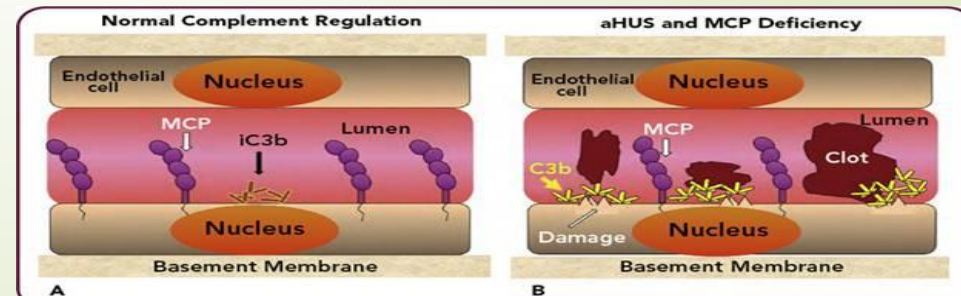
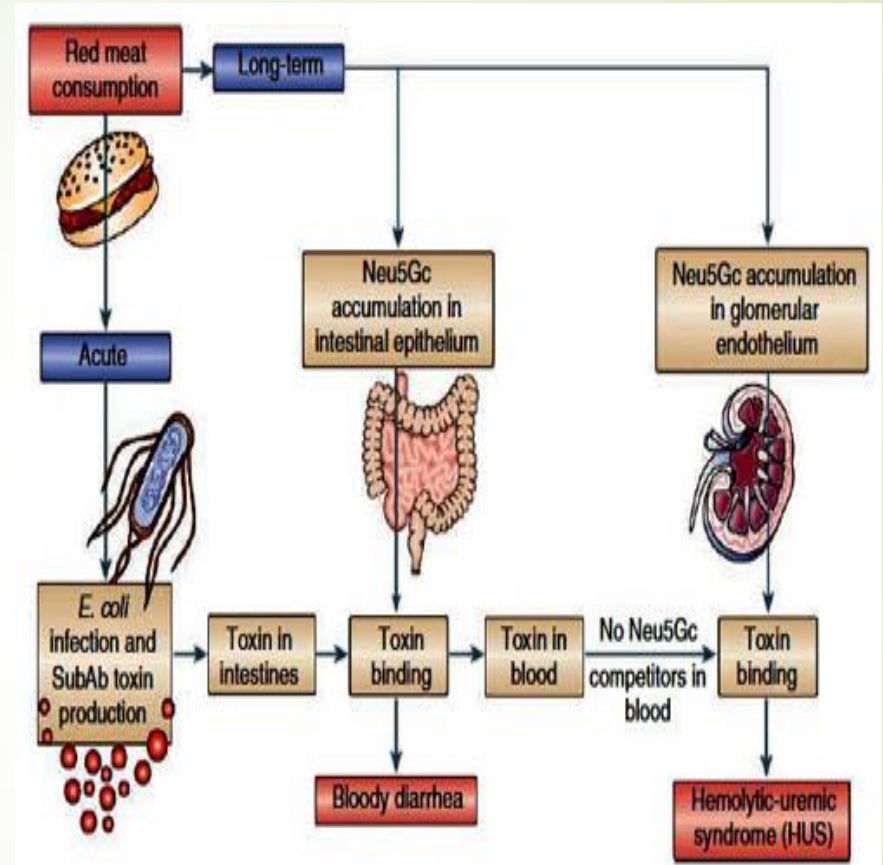
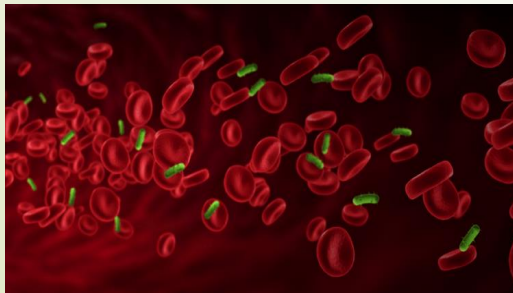


# V. LÂM SÀNG

## 3. Biện chứng

### Hội chứng tan máu ure huyết cao:

- Thường do *S. dysenteriae* týp1.
- Đây là biến chứng không phổ biến nhưng trầm trọng của bệnh lỵ, ảnh hưởng đến hệ thống đông máu và thận.
- Thường có 3 triệu chứng:
- Thiếu máu do tan máu,
- Giảm tiểu cầu
- Suy thận
- Nếu nặng có thể gây thiếu máu nặng, rối loạn đông máu gây ra tình trạng xuất huyết dưới da, niêm mạc và gây suy thận yếu cầu cần lọc máu ngoài thận





# V. LÂM SÀNG

## 3. Biến chứng

### Hội chứng Reiter

- Hội chứng viêm niệu đạo - khớp và kết mạc (hội chứng Reiter): xuất hiện sau ỉa chảy 2 tuần.
- Viêm niệu đạo và kết mạc giảm nhanh
- Viêm khớp khởi chậm, có thể để lại các di chứng cứng khớp, teo cơ.
- Đây là biến chứng hay gặp bởi *S. flexneri*





# VI. CẬN LÂM SÀNG

## 1. Xét nghiệm máu

- Các xét nghiệm máu thường không đặc hiệu.
- Trong trường hợp có hội chứng tan máu urê huyết cao, có biểu hiện thiếu máu: hồng cầu, hemoglobin và hematocrit giảm, tiểu cầu giảm, ure và creatinin máu tăng
- Rối loạn điện giải: Natri, Kali,  $\text{HCO}_3$  trong trường hợp mất nước.
- Cây máu được đặt ra với bệnh nhân suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.
- Phương pháp chẩn đoán huyết thanh: ngưng kết hồng cầu rất nhạy cảm và mang tính đặc hiệu có giá trị trong chẩn đoán hồi cứu và lý trực khuẩn mạn tính

# VI. CẬN LÂM SÀNG

## 2. Xét nghiệm phân

- Soi phân thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu
- Nuôi cấy phân phân lập vi khuẩn

=> Là tiêu chuẩn quyết định chẩn đoán lỵ trực khuẩn do *Shigella*, độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp, tỷ lệ mọc sớm trong giai đoạn đầu của bệnh.



*Escherichia coli*



*Salmonella*



*Shigella*

# VI. CẬN LÂM SÀNG

## 3. Xét nghiệm khác

- Phương pháp ELISA được sử dụng để chẩn đoán nhóm và týp huyết thanh. Phương pháp này có độ nhạy và độ đặc hiệu cao
- Phương pháp lai tạo gen và phản ứng chuỗi PCR (polymerase chain reaction) có độ nhạy cao, phát hiện được *Shigella* gấp 2 lần.
- Phương pháp miễn dịch huỳnh quang phát hiện được vi khuẩn trong giai đoạn cấp.

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:** gồm hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc và hội chứng ly biểu hiện rõ rệt.
- **Cận lâm sàng:**
  - + Soi phân thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu, không có amip. *Tiêu chuẩn vàng là cấy phân phân lập được Shigella.*
  - + Soi trực tràng: toàn bộ niêm mạc đại tràng phù nề, xung huyết, nhiều ổ loét nông lan rộng.
- **Dịch tể:** trong cùng thời điểm và cùng môi trường gia đình, tập thể có nhiều người mắc bệnh tương tự nhau.

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.2. Chẩn đoán phân biệt:

### a, Lý do a mip:

#### ❖ Lâm sàng:

+HCNT :không rõ sốt nhẹ hoặc , toàn thân ít thay đổi.

+Hội chứng ly amip đặc trưng: đau quặn vùng hố chậu phải, có dấu hiệu “đi ngoài giả” (mót rặn), số lần đi ngoài ít, nhầy và máu trong phân thường riêng rẽ ,số lượng ít.

#### ❖ Cận lâm sàng:

+ Soi cấy phân: có nhiều bạch cầu đơn nhân, có thể amip ăn hồng cầu.

+Soi trực tràng: thấy các ổ loét nhỏ, sâu, bờ nhám nhờ, trên nền niêm mạc gần như bình thường, tổn thương thưa, rải rác.



# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.2. Chẩn đoán phân biệt:

### b, Polyp trực tràng:

- Hội chứng nhiễm trùng(-).
- Soi trực tràng có polyp.



### c, Với nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do *Salmonella*

Thời gian nung bệnh ngắn. Sốt cao 39- 40°C và có rét run. Hội chứng viêm dạ dày ruột nổi bật ngay từ đầu với nôn nhiều, đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn, đi ngoài dễ dàng ít khi có mót rặn. Phân lỏng, khối lượng nhiều lần thức ăn chưa tiêu. Cấy phân thấy *Salmonella*.

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.2. Chẩn đoán phân biệt:

**d, Với ỉa chảy xuất huyết do *E. coli* xâm nhập**

Ly trực khuẩn và *EIEC* có bệnh cảnh lâm sàng khá tương đồng, cũng sốt, ỉa máu. Hiện nay, người ta coi cả 2 vi khuẩn đều là trực khuẩn lỵ. Chẩn đoán phân biệt chủ yếu dựa vào cấy phân.

**e, Lòng ruột:** Thăm trực tràng có máu theo găng, siêu âm bụng có khối lờn.

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.3. Chẩn đoán thể lâm sàng:

- ❖ **Ly trực khuẩn cấp có các mức độ:** nhẹ, vừa, nặng. Các thể không điển hình: tối độc, dạ dày tiểu tràng, ẩn. Thể ly trực khuẩn mạn, thể mang khuẩn không triệu chứng.
- ❖ **Thể nặng:** thường do Sh.shiga gây nên ở trẻ < 5 tuổi, sdd, người già, người suy giảm miễn dịch.
- ❖ **Thể tối độc:** cấp tính, nặng, sốt cao > 40°C, ỉa máu, nhiễm độc thần kinh nặng, mê sảng, vật vã, trụy mạch, suy hô hấp, tử vong nhanh sau 1-2 ngày.
- ❖ **Thể nặng:** Khởi phát như trung bình rồi nặng dần lên: Hc ly rất nặng, đau bụng, ỉa liên tục, phân tự chảy qua hậu môn toàn mủ máu. Hcnt nặng, sốt cao > 40°C li bì hôn mê trụy mạch mất nước nặng, có thể chữa khỏi nhưng kéo dài và nhiều biến chứng.

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.3. Chẩn đoán thể lâm sàng:

- ❖ **Thể viêm dạ dày \_ tiểu tràng cấp:** Sốt, đau bụng, đau quanh rốn, nôn, ỉa lỏng nhiều, mất nước, rối loạn nước điện giải, hay ở trẻ nhỏ.
- ❖ **Thể kéo dài :** ỉa máu kéo dài, suy kiệt.
- ❖ **Thể có sốc nội độc tố.**

# VII. CHẨN ĐOÁN

## 6.4: Chẩn đoán biến chứng.

- ❖ Toàn thân: Sốc do mất nước, điện giải, co giật, nhiễm độc thần kinh, trụy tim mạch, nhiễm khuẩn huyết.
- ❖ Ruột: Chảy máu thủng ruột, viêm phúc mạc, sa trực tràng.
- ❖ Bội nhiễm: Viêm túi mật, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, đường tiết niệu.
- ❖ Hội chứng tan máu, ure huyết: thiếu máu do tan máu giảm tiểu cầu, suy thận, hematocrit giảm thường do sh.shiga.
- ❖ Hội chứng Reiter: tam chứng viêm khớp, viêm niệu đạo, viêm kết mạc do Chlamydia, xuất hiện sau khỏi lỵ 2- 3 tuần.
- ❖ Biến chứng khác: sdd, viêm loét đại tràng...



# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 1. Nguyên tắc điều trị

- ❖ Dùng kháng sinh sớm và thích hợp để giảm thời gian bị bệnh và giảm thải vi khuẩn ra ngoài môi trường.
- ❖ Bồi phụ nước và điện giải sớm và kịp thời để tránh để xảy ra tình trạng sốc do mất nước và rối loạn điện giải.
- ❖ Điều trị các triệu chứng khác gồm giảm đau bụng, hạ sốt, trợ tim mạch và các triệu chứng liên quan khác đồng thời với điều trị căn nguyên và bồi phụ nước điện giải.
- ❖ Đảm bảo phòng chống lây nhiễm và thông báo dịch theo quy định.

# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị cụ thể

### 2.1. Kháng sinh

- Kháng sinh là phương pháp điều trị đặc hiệu, tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo sử dụng cho tất cả trường hợp có nghi ngờ **Ly trực khuẩn** trên lâm sàng.



# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị cụ thể

*Theo phác đồ điều trị Ly trực khuẩn cho trẻ em của Bộ Y tế, có thể dùng kháng sinh sau:*

- **Ciprofloxacin** 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày dùng cho trẻ trên 2 tháng tuổi nếu không rõ độ nhạy kháng sinh.
- Kháng sinh thay thế:
  - Hoặc Ceftriaxone 50-100 mg/kg/24h x 1 lần/ ngày trong 2-5 ngày (tiêm tĩnh mạch). Dùng được cho trẻ < 2 tháng.

# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị cụ thể

### 2.2. Bồi phụ nước, điện giải

- Cần đánh giá mức độ mất nước, điện giải của trẻ để bù dịch phù hợp và kịp thời theo phác đồ A,B,C.
- Theo dõi toàn trạng của trẻ để thay đổi phác đồ kịp thời.





# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị cụ thể

### 2.3. Điều trị triệu chứng



**Hạ sốt**



**Bổ sung kẽm**



# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị cụ thể

### 2.4. Vấn đề dinh dưỡng

- Đây là một vấn đề quan trọng trong điều trị Ly.
- Vì hội chứng Ly gây ảnh hưởng tới quá trình tiêu hóa và hấp thu của trẻ, làm cho trẻ có cảm giác chán ăn.
- Bú mẹ cần được duy trì, thậm chí cần tăng cường thêm.
- Trẻ > 6 tháng tuổi nên được ăn dặm thêm và khuyến khích trẻ ăn bằng các món trẻ thích.



# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 3. Theo dõi

- ❖ Tái khám trẻ sau 2 ngày, đánh giá tình trạng của trẻ đã cải thiện : giảm sốt, giảm đại tiện có máu, bú tốt ăn uống tốt hơn.
- ❖ Nếu triệu chứng không giảm sau 2 ngày:
  - Kiểm tra lại chẩn đoán và nguyên nhân.
  - Ngưng kháng sinh ban đầu và chuyển sang kháng sinh thứ 2 hoặc kháng sinh nhạy cảm với *Shigella* theo từng vùng.
  - Nếu cả 2 kháng sinh nhạy cảm thường dùng với *Shigella* không hiệu quả sau 2 ngày, cần xem lại chẩn đoán và tìm nguyên nhân.

## VIII. ĐIỀU TRỊ

*Khi nào trẻ cần nhập viện để điều trị Ly???*



# VIII. ĐIỀU TRỊ

## 3. Tiêu chuẩn nhập viện

- Trẻ nhỏ < 2 tháng tuổi.
- Trẻ mắc hội chứng Ly có kèm theo bệnh có chỉ định nhập viện.
- Trẻ có tình trạng nặng: lừ đừ, bụng chướng, co giật, đề kháng bụng.



# IX. PHÒNG BỆNH





# IX. PHÒNG BỆNH

## 1. Tăng sức đề kháng

- ❖ **Nuôi con bằng sữa mẹ:** Trong 6 tháng đầu đời, trẻ cần được bú mẹ hoàn toàn. Nên cho trẻ bú tới khi trẻ được 2 tuổi. Cho trẻ bú càng sớm càng tốt ngay sau sinh.
- ❖ **Cải thiện nuôi dưỡng bằng thức ăn bổ sung:** Cho trẻ ăn bổ sung khi trẻ 6 tháng tuổi, hoặc bất cứ thời gian nào sau 4 tháng tuổi nếu trẻ phát triển kém. Lựa chọn chế độ ăn sam giàu dinh dưỡng và chế biến hợp vệ sinh

# IX. PHÒNG BỆNH

## 2. Cắt các đường lây nhiễm

- ❖ **Sử dụng nước sạch:** Chọn nguồn nước sử dụng sạch nhất có thể, sử dụng nước đã đun sôi cho trẻ uống và chế biến thức ăn.
- ❖ **Rửa tay thường quy:** Nguy cơ tiêu chảy giảm khi thực hiện rửa tay thường quy. Tất cả các thành viên trong gia đình cần phải rửa tay thật kỹ sau khi đi ngoài, sau khi vệ sinh cho trẻ đi ngoài, sau khi dọn phân cho trẻ, trước khi chuẩn bị thức ăn và trước khi ăn. Rửa tay đòi hỏi phải có xà phòng, có đủ nước để rửa tay thật kỹ.

# IX. PHÒNG BỆNH

## 2. Cắt các đường lây nhiễm

### QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY



**1** Chà 2 lòng bàn tay vào nhau



**2** Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại



**3** Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các ngón tay vào các kẽ ngón



**4** Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia



**5** Chà ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại



**6** Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại

*An toàn cuộc sống trong tay bạn*

DinhVietMedical Co.,Ltd  
Chung Tay Xây Dựng Sức Khỏe Cộng Đồng Việt

# IX. PHÒNG BỆNH

## 2. Cắt các đường lây nhiễm

- ❖ **Thực phẩm an toàn** :Thực hiện ăn chín, bảo quản thức ăn tránh nhiễm bẩn, tránh ruồi.
- ❖ **Sử dụng hố xí và xử lý phân an toàn.**
- ❖ **Thường xuyên vệ sinh sạch sẽ môi trường xung quanh, xử lý rác thải.**
- ❖ **Bệnh viện:** Khử trùng, tẩy uế chất thải của bệnh nhân tại bệnh viện.
- ❖ **Phát hiện và điều trị người mang trùng, người nhiễm trùng nhẹ.**

# IX. PHÒNG BỆNH

## 3. Sử dụng vaccine

Cho trẻ tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin theo lịch tiêm chủng mở rộng. Hiện nay vắc xin phòng lỵ đang được nghiên cứu sản xuất và sẽ đưa vào sử dụng trong tương lai .





CLB NHI KHOA – TRƯỜNG ĐH Y DƯỢC HẢI PHÒNG

THANK YOU FOR LISTENING

