

GIỚI THIỆU HỌC PHẦN BỆNH HỌC CƠ SỞ

Đối tượng : Cao đẳng XN, HA, PHCN, Dược

Số tín chỉ :	04 (4/0)
Số tiết:	60 tiết
+ Lý thuyết:	60 tiết(4 tiết/ 1 tuần)
+ Tự học:	120 giờ
+ Thực hành :	0 tiết
Thời điểm thực hiện:	Học kỳ IV

MỤC TIÊU HỌC PHẦN :

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và biến chứng một số bệnh nội khoa, truyền nhiễm, chuyên khoa ngoại khoa, nhi khoa, sản khoa thường gặp.
2. Trình bày được hướng điều trị và tư vấn phòng bệnh một số bệnh nội khoa, truyền nhiễm, chuyên khoa ngoại khoa, nhi khoa, sản khoa thường gặp.
3. Phân biệt được sự giống nhau, khác nhau về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của 1 số bệnh nội khoa, truyền nhiễm, chuyên khoa ngoại khoa, nhi khoa, sản khoa thường gặp để có hướng xử trí đúng.
4. Nhận định được các triệu chứng trong một số tình huống lâm sàng cụ thể để có hướng xử trí và dự phòng
5. Tư vấn được cách phát hiện bệnh, điều trị, dự phòng một số bệnh lý chuyên ngành
6. Thực hiện được 1 số các kỹ thuật chuyên ngành để chẩn đoán, chăm sóc, theo dõi người bệnh trong 1 số tình huống cụ thể
7. Nhận thức được tầm quan trọng của việc nhận định các triệu chứng của 1 số bệnh để chỉ định kỹ thuật y học phối hợp trong việc phát hiện, chẩn đoán, xử trí và tư vấn sử dụng thuốc đúng, kịp thời, hiệu quả

NỘI DUNG HỌC PHẦN

STT	Nội dung	Trang
	Chương I : Hô hấp	
1	Viêm phế quản cấp	5
2	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	8
3	Hen Phế Quản	12
4	Viêm phổi thùy	16
5	Tâm phế mạn	20
6	Tràn dịch màng phổi	24
	Chương II: Tim mạch - Nội tiết	
7	Suy tim	27
8	Tăng huyết áp	31
9	Nhồi máu cơ tim	35
10	Đái tháo đường	39

11	Bệnh Basedow	43
	Chương III: Tiêu hóa- tiết niệu	
12	Xơ gan	47
13	Loét dạ dày - tá tràng	51
14	Viêm ống thận cấp	55
15	Suy thận mạn	58
16	Viêm đài bể thận cấp	63
	Chương IV: Huyết học - Cơ xương khớp- Thần kinh- Cấp cứu	
17	Viêm khớp dạng thấp	66
18	Gout	72
19	Đột quỵ não	75
20	Bệnh Bạch cầu cấp, bạch cầu kinh	78
21	Shock	82
	Chương V : Đại cương về bệnh truyền nhiễm xã hội, một số bệnh truyền nhiễm lây theo đường hô hấp	
22	Đại cương về bệnh truyền nhiễm	86
23	Bệnh cúm	90
24	Bệnh thủy đậu	93
25	Bệnh quai bị	95
26	Bệnh viêm màng não mủ	98
27	Bệnh lao phổi	101
	Chương VI : Bệnh truyền nhiễm lây theo đường tiêu hóa	
28	Bệnh lỵ trực khuẩn	107
29	Bệnh lỵ Amip	110
30	Bệnh tả	112
31	Bệnh thương hàn	115
32	Bệnh viêm gan virus	119
	Chương VII : Bệnh truyền nhiễm lây theo đường máu, da niêm mạc	
33	Bệnh dịch hạch	123
34	Bệnh Dengue xuất huyết	127
35	Bệnh sốt rét	131
36	Bệnh Leptospirae	136
37	Bệnh dại	139
38	HIV-AIDS	143
	Chương VIII: Bệnh giun sán	
39	Bệnh giun đũa	147
40	Bệnh giun móc	149
41	Bệnh giun kim	151
42	Bệnh sán lá nhỏ ở gan	153
43	Bệnh Sán lá ruột	155
44	Bệnh sán dây lợn	157
	Chương IX: Vết thương phần mềm và nhiễm khuẩn ngoại khoa	
45	Đại cương cấp cứu ngoại khoa vùng bụng	159
46	Vết thương mạch máu	164
47	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	168
48	Chấn mé	172

49	Viêm tẩy bàn tay	175
50	Viêm xương tủy	178
51	Hoại thư sinh hơi	182
52	Vết thương ngực	186
53	Vết thương phần mềm	190
	Chương X: Gãy xương và chấn thương sọ não	
54	Đại cương gãy xương	194
55	Gãy cột sống	199
56	Gãy thân xương đùi	203
57	Gãy 2 xương cẳng chân	207
58	Gãy xương đòn	210
59	Gãy thân xương cánh tay	212
60	Gãy thân 2 xương cẳng tay	215
61	Gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau- Colles	218
62	Chấn thương sọ não	221
	Chương XI: Bệnh tiêu hóa	
63	Viêm ruột thừa cấp	225
64	Thủng dạ dày	229
65	Tắc ruột	234
66	Lồng ruột cấp ở trẻ em còn bú	238
67	Thoát vị bẹn nghẹt	241
68	Viêm màng bụng	244
69	Hẹp môn vị	247
70	Vết thương bụng	250
71	Chấn thương bụng	253
72	Áp xe gan	256
73	Tắc ống mật chủ do sỏi	260
74	Ung thư dạ dày	263
	Chương XII: Bệnh lý đường tiết niệu, hậu môn, trực tràng và khớp.	
75	Sỏi thận	267
76	Sỏi niệu quản	271
77	Sỏi bàng quang	274
78	Chấn thương niệu đạo	277
79	Hẹp bao quy đầu	280
80	U xơ tiền liệt tuyến	282
81	Tràn dịch màng tinh hoàn	284
82	Trĩ	286
	Chương XIII: Sản thường và cấp cứu sản khoa	
83	Sự thụ tinh làm tổ và phát triển của trứng	292
84	Chẩn đoán thai nghén, vệ sinh thai nghén	297
85	Chăm sóc sản phụ sau đẻ	302
86	Chăm sóc sơ sinh ngay đẻ	305
87	Chửa ngoài tử cung	308
88	Thai chết trong tử cung	311
89	Rau tiền đạo	314
90	Rau bong non	318

	Chương XIV: Tai biến sản khoa, các bệnh phụ khoa và dân số /KHHGD	
	Chảy máu sau đẻ	321
92	Cao huyết áp thai nghén - Sản giật.	327
93	Vỡ tử cung	334
94	Các bệnh phụ khoa thường gặp	337
95	Viêm âm hộ, âm đạo	341
96	Các biện pháp tránh thai	346
	Chương XV : Đặc điểm sự phát triển ở trẻ em, dinh dưỡng trẻ em và các bệnh dinh dưỡng	
97	Các thời kì của trẻ em	353
98	Đặc điểm giải phẫu sinh lý trẻ em	356
99	Dinh dưỡng trẻ em	364
100	Suy dinh dưỡng và chăm sóc	376
101	Bệnh còi xương và chăm sóc	380
102	Thiếu máu do thiếu sắt	383
	Chương XVI: Bệnh lý nhi khoa, các chương trình y tế quốc gia	
103	Viêm phế quản phổi	386
104	Hen phế quản	389
105	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) và Chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em (ARI)	395
106	Bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em	401
107	Lồng ghép xử trí trẻ bệnh	409
108	Xuất huyết não- màng não trẻ em	414
	Tổng	416

ĐÁNH GIÁ:

Hình thức thi: Tự luận

Thang điểm: 10

Cách tính điểm:

Điểm thường xuyên: 02 bài kiểm tra tự luận – Hệ số 1

Điểm định kỳ: 01 bài kiểm tra – Hệ số 2

Điểm thi kết thúc học phần: Thi tự luận trọng số 70%

Bài 1

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, của viêm phế quản cấp.
2. Trình bày được hướng điều trị và phòng bệnh viêm phế quản cấp.

NỘI DUNG

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm nhiễm niêm mạc của phế quản lớn và phế quản trung bình. Bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi nào, nhưng gặp nhiều ở trẻ em và người già, thường vào mùa lạnh và đầu mùa xuân. Biểu hiện lâm sàng chính là ho và khạc đờm nhầy mủ, khi khỏi không để lại di chứng, nhưng cũng có thể làm khởi phát cơn hen phế quản nhiễm khuẩn.

1. Nguyên nhân

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên do vi khuẩn và vi rút: viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan. Thường do *Staphylococcus*, hoặc do *Streptococcus pneumoniae* (68,5% theo Nguyễn Văn Thành). Adenovirus, Hemophilus
- Do bệnh truyền nhiễm: cúm, sởi, ho gà
- Hít phải hơi độc: Chlore, amoniac, khói thuốc lá, dung môi công nghiệp
- Yếu tố dị ứng: Cơ địa dị ứng
- Yếu tố thuận lợi: Cơ thể suy yếu, suy tim, ảm, lạnh, khói bụi

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh bắt đầu bằng viêm long đường hô hấp trên, sổ mũi, hắt hơi, rát họng ho khan. Khi viêm nhiễm lan xuống đường hô hấp dưới là bệnh toàn phát, gồm 2 giai đoạn:

** Giai đoạn khô:*

Bệnh nhân cảm thấy cảm giác rát bỏng sau xương ức, tăng khi ho. Ho khan hoặc ông ổng, ho từng cơn, khản tiếng.

Triệu chứng toàn thân: sốt có thể sốt cao 39 - 40°C, nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn. Khám phổi có rải rác ran rít và ran ẩm to hoặc vừa hạt.

** Giai đoạn ướt:*

Cảm giác rát bỏng sau xương ức giảm và hết, khó thở nhẹ, ho khạc đờm nhầy, đờm vàng mủ. Nghe phổi có ran rít, ran ngáy, ran ẩm to và vừa hạt. Diễn biến 4 - 10 ngày thì khỏi hẳn. Có trường hợp ho khan kéo dài vài tuần.

Có thể bệnh bắt đầu rầm rộ biểu hiện sốt cao, ho nhiều, ho ra máu

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xquang phổi: rón phổi đậm.
- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng.

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào:

- Triệu chứng của viêm đường hô hấp trên:
 - + Nhẹ: viêm họng đỏ, chảy nước mũi.
 - + Nặng: viêm mũi mủ, viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa.

- Triệu chứng của viêm đường hô hấp dưới:
- + Nhẹ: ho, khàn tiếng, thở khô khè và dấu hiệu của viêm đường hô hấp trên, nghe phổi có ran rít.
- + Nặng: ngoài những triệu chứng trên, khó thở rõ rệt, co kéo lồng ngực, tím, nhịp thở nhanh trên 50 lần/ phút. Nghe phổi thấy có ran rít ran ẩm ở vùng đáy phổi phía sau lưng.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản tăng tiết dịch: sau cơn hen thì hết các triệu chứng.
- Ú đọng phổi trong suy tim: có biểu hiện suy tim.
- Một số bệnh phổi có biểu hiện viêm phế quản: lao phổi, bệnh bụi phổi, ung thư phổi: không nghĩ đến viêm phế quản nếu triệu chứng nghe phổi chỉ ở một bên.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị và phòng bệnh viêm phế quản cấp

* *Thể nhẹ*: nghỉ ngơi tại giường.

Uống đủ nước

Cho Codein

Không cần dùng kháng sinh

* *Thể nặng*: có viêm mũi mủ, viêm amidan, viêm VA, viêm tai giữa, viêm phế quản:

- Cho kháng sinh:

Nhóm Macrolid:

Erythromycin uống 2g/ngày

Azythromycin 0.5 g/ngày đầu sau đó 250mg x 4 ngày

hoặc dưng Biseptol 0,48g x 4viên/ngày cho 10 ngày.

Nhóm Quinolon

Ciprofloxacin uống 200 - 400mg/ ngày

- Nên cho kháng histamin khi có dấu hiệu co thắt phế quản.

- Hạ sốt, giảm đau.

- Long đờm: Acemux, Mucomys 200 mg x 4 gói/ ngày

- Điều trị nguyên nhân.

- Phòng bệnh:

+ Loại bỏ các yếu tố kích thích: tránh khói bụi, môi trường ô nhiễm.

+ Giữ gìn sức khỏe, giữ ấm trong mùa lạnh.

+ Tiêm vaccin chống virus, vi khuẩn.

4.2. Phòng bệnh

- Bỏ, hạn chế các yếu tố kích thích: thuốc lá thuốc Lào.

- Bảo hộ lao động cho những người tiếp xúc với môi trường có nhiều bụi như công nhân làm việc ở hầm mỏ.

- Xây dựng các xí nghiệp xa vùng dân cư và ngược chiều gió.

- Tiêm phòng cúm vào mùa thu - đông.

- Điều trị tốt các ổ nhiễm trùng đường hô hấp trên.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) hãy kể những nguyên nhân chính của viêm phế quản cấp.
2. Anh (chị) trình bày hướng xử trí bệnh nhân viêm phế quản cấp?

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

3. Triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán viêm phế quản cấp là:

- A. Ho, khạc đờm
- B. Sốt
- C. Nghe phổi có ran ẩm to vừa hạt
- D. Khó thở
- E. X quang có hình ảnh rốn phổi đậm

Bài 2

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân thường gặp và triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
2. Trình bày được phác đồ điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng các thuốc thông thường.
3. Trình bày được cách hướng dẫn người bệnh phòng các biến chứng của

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh biểu hiện bởi sự giới hạn lưu lượng khí, sự giới hạn này không hồi phục hoàn toàn. Sự giới hạn lưu lượng khí thường xảy ra từ từ và phối hợp với một sự đáp ứng viêm bất thường của phổi đối với các hạt độc hại hay khí. BPTNMT bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thũng.

Bao gồm viêm phế quản mạn, khí phế thũng và hen phế quản không hồi phục.

2. Dịch tễ học

BPTNMT là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 4 sau bệnh tim, ung thư, bệnh mạch máu não. Theo báo cáo kết quả hợp nhóm tư vấn của Châu Á Thái Bình Dương về BPTNMT lần thứ VI 1 - 2/6/2002 tại Hồng Kông thì tại các nước Châu Á Thái Bình Dương, tỉ lệ mắc BPTNMT khoảng 3,8%, nhưng gần đây qua một số mẫu nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lên đến 6,3% ở người trên 30 tuổi.

Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở các nước đang hút thuốc lá nhiều và ngược lại.

3. Những yếu tố nguy cơ

Hút thuốc lá: liên hệ rất chặt chẽ với BPTNMT, điều này xảy ra có lẽ là do những yếu tố di truyền. Không phải tất cả người hút thuốc lá đều bị BPTNMT, khoảng 15-20% người hút thuốc lá bị BPTNMT, 85-90% bệnh nhân bị BPTNMT là do thuốc lá.

Hút thuốc lá > 20 gói/năm có nguy cơ cao dẫn đến BPTNMT. Tiếp xúc thụ động với thuốc lá cũng có thể góp phần gây nên BPTNMT. Hút thuốc lá trong thời kỳ mang thai cũng là một yếu tố nguy cơ cho bào thai, do ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển phổi trong tử cung.

Bụi và chất hoá học nghề nghiệp: những bụi và chất hoá học nghề nghiệp (hơi nước, chất kích thích, khói) có thể gây nên BPTNMT độc lập với hút thuốc lá.

Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà: Vai trò của ô nhiễm không khí ngoài nhà gây BPTNMT không rõ. Ô nhiễm môi trường trong nhà như chất đốt, chất đốt cháy từ nấu ăn và hơi nóng là những yếu tố gây nên BPTNMT.

Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng hô hấp ở thời kỳ thiếu niên có thể gây BPTNMT ở thời kỳ trưởng thành.

4. Triệu chứng

Đa số bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn tắc nghẽn mạn tính trên 40 tuổi, thường liên quan với tiền sử hút thuốc lá nhiều năm nhưng sau 20- 30 năm các triệu chứng mới xuất hiện

Triệu chứng cơ năng

Ho: ho mạn tính, thường là triệu chứng đầu tiên của BPTNMT, lúc đầu ho cách khoảng, nhưng sau đó ho xảy ra hằng ngày, thường suốt cả ngày, ít khi ho ban đêm có trường hợp không ho.

Khạc đờm: vào buổi sáng thường xuyên, đờm trong và nhày số lượng ít sau nhiều đợt ho thường trên 50ml/ ngày, đợt bùng phát ho khạc đờm mủ.

Khó thở: là triệu chứng quan trọng của BPTNMT và là lý do mà hầu hết bệnh nhân phải đi khám bệnh, khó thở trong BPTNMT là một loại khó thở dai dẳng và xảy ra từ từ, lúc đầu chỉ xảy ra khi gắng sức như đi bộ hay chạy lên thang lầu, khi chức năng phổi bị giảm, khó thở trở nên nặng hơn cảm giác thiếu không khí, nặng ngực, thở rít.

Triệu chứng thực thể:

Khám thực thể ít có giá trị trong chẩn đoán BPTNMT, những triệu chứng thường gặp là:

- + Tím trung tâm.
- + Các khoảng gian sườn nằm ngang, lồng ngực hình thùng.
- + Dấu hiệu Hoover (đet 1/2 cơ hoành phổi hợp với sự thu lại vào trong nghịch lý của đáy lồng ngực trong kỳ hít vào).
- + Tần số thở lúc nghỉ > 20 lần/phút, nhịp thở nông.
- + Bệnh nhân thở ra với môi mím lại với mục đích làm chậm lại luồng khí thở ra để có thể làm voi phổi có hiệu quả hơn.
- + Nghe phổi rì rào phế nang giảm có rale rít, rale ngáy, rale nổ, rale ẩm

Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi: có thể thấy những biểu hiện gián tiếp của giãn phế nang trong đợt cấp có thể thấy hình ảnh tổn thương phế quản phổi
- Xét nghiệm máu: trong đợt cấp thấy số lượng bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng
- Xét nghiệm đờm: tìm vi khuẩn gây bệnh, chú ý tìm BK
- Thăm dò chức năng hô hấp: thường thấy giảm dung tích sống

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Các yếu tố định hướng chẩn đoán

- Bệnh nhân trên 45 tuổi có yếu tố nguy cơ
- Ho khạc đờm trên 3 tháng trong mỗi năm và trong 2 năm liên tục
- Khó thở khi gắng sức hoặc khi nghỉ, nặng lên trong đợt bùng phát
- Tiền sử có những đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp
- Nghe phổi có rì rào phế nang giảm, có thể có rale rít, rale ngáy, rale ẩm, rale nổ

5.2. Chẩn đoán đợt bùng phát

Có hội chứng nhiễm trùng

Khó thở tăng

Ho khạc đờm số lượng tăng, đờm đang trong chuyển thành đục, xanh hoặc vàng

6. Điều trị

6.1. Trong đợt cấp

- Thở oxy: 2l/ phút thở qua mũi hoặc mặt nạ
- Dẫn lưu đờm theo tư thế kết hợp vỗ rung lồng ngực
- Cho các thuốc làm loãng đờm: Mucomyst, Acemux
- Cho thuốc giãn phế quản nếu có dấu hiệu co thắt phế quản: Khí dung: salbutamol hoặc Berodual
Hoặc uống Salbutamol uống 4- 6 viên/ ngày
Hoặc Diaphylin 4.8% x 1-2 ống pha dung dịch Glucose truyền tĩnh mạch chậm...
- Salbutamol 0.5mg pha dung dịch đẳng trương truyền tĩnh mạch
- Cho corticoid nếu có phù nề và tăng tiết dịch nhiều
- Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn: ampicillin, gentamicin, Cephalosporin thế hệ 3

6.2. Ngoài đợt cấp

Chủ yếu là áp dụng các biện pháp phòng và hạn chế bệnh

- Bỏ thuốc lá
- Thuốc giãn phế quản
- Dùng Corticoid

7. Phòng bệnh

- Tránh những yếu tố kích thích đường hô hấp đặc biệt là thuốc lá, thuốc Lào
- Có biện pháp bảo hộ lao động cho những người tiếp xúc với môi trường có nhiều khói bụi như công nhân làm ở hầm mỏ...
- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên
- Những người dễ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cần được tiêm phòng cúm vào mùa đông và mùa thu.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) hãy nêu 2 tiêu chuẩn để định nghĩa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính?
2. Trình bày hướng điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính?

Khoanh tròn vào ý đúng nhất các câu từ 3-6

3. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là:
 - A. Môi trường ô nhiễm
 - B. Hóa chất độc hại
 - C. Hút thuốc lá
 - D. Mắc các bệnh đường hô hấp cấp thường xuyên
4. Triệu chứng thường gặp khiến bệnh nhân phải vào viện trong bệnh COPD là:
 - A. Ho mạn tính
 - B. Khạc đờm nhiều vào buổi sáng
 - C. Sốt
 - D. Khó thở
5. Triệu chứng thực thể nào ít gặp trong bệnh COPD
 - E. Lồng ngực biến dạng hình thùng
 - F. Ran rít, ran ngáy, ran ẩm hai bên phổi
 - G. Rì rào phế nang giảm
 - H. Gõ vang

6. Triệu chứng nào sau đây không có giá trị chẩn đoán COPD

- A. Bệnh nhân trên 45 tuổi có yếu tố nguy cơ
- B. Ho khạc đờm trên 3 tháng trong mỗi năm và trong 2 năm liên tục
- C. Khó thở khi gắng sức hoặc khi nghỉ, nặng lên trong đợt bùng phát
- D. Khám phổi có hội chứng đông đặc
- E. Tiền sử có những đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp
- F. Nghe phổi có rì rào phế nang giảm, có thể có rale rít, rale ngáy, rale ẩm,

rale nổ

Bài 3

HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ và triệu chứng lâm sàng của cơn hen phế quản.
2. Trình bày được hướng điều trị và phòng bệnh hen phế quản.
3. Trình bày được các phương pháp phòng bệnh hen phế quản

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính ở đường thở, có sự tham gia của nhiều loại tế bào viêm và các thành phần của tế bào, chủ yếu là tế bào Mast, bạch cầu ái toan (E), lymphoT, đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính (N) và các tế bào biểu mô phế quản. ở những cơ địa nhạy cảm gây nên những triệu chứng phổ biến như tắc nghẽn phế quản, sự tắc nghẽn này có thể hồi phục ngẫu nhiên hoặc do điều trị, cộng với tính tăng phản ứng của đường thở do nhiều tác nhân kích thích.

2. Nguyên nhân:

- Có cơ địa dị ứng
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp
- Có thể trạng thân kinh dễ bị mất thăng bằng.
- Hệ hô hấp dễ bị kích thích.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Cơn hen thường xảy ra về đêm, nhân một cơ hội thuận lợi:
 - + Thay đổi thời tiết.
 - + Ăn uống, ngủ mùi vị đặc biệt.
 - + Làm việc quá sức, cảm xúc, viêm nhiễm.

Trong thể điển hình, cơn hen thường qua 3 thời kỳ:

Triệu chứng báo trước: mệt mỏi, hắt hơi, ngứa mũi, sổ mũi, đỏ mắt, ho khan, đau tức ngực như có gì chèn làm cho khó thở.

Cơn hen

Triệu chứng cơ năng: Khó thở. Khó thở là dấu hiệu quan trọng nhất của hen.

- Khó thở dữ dội tăng dần lên. Bệnh nhân đang nằm phải ngồi dậy để thở. Cảm thấy lo sợ, ngột ngạt, tắc nghẽn.

- Khó thở chậm: tần số 8 - 16 lần/phút.

- Khó thở ra: thở ra khó, nên người bệnh phải há mồm và tỳ tay lên thành giường để thở. Thở ra rất khó nhọc và kéo dài, rồi hít vào nhanh và dễ dàng, gây ra tiếng khò khè, cò cữ mà chính bệnh nhân cũng nghe thấy. Vì khó thở nhiều lần nên rất mệt mỏi, nói hỏn hển, ngắt quãng.

Cơn hen có thể lâu hay chóng, dài hay ngắn. Có cơn từ 10 phút đến nửa giờ hoặc một vài giờ. Có cơn nặng kéo dài hàng buổi hoặc vài ba ngày, làm bệnh nhân hết sức lo sợ hoang mang.

Triệu chứng thực thể: khám phổi sẽ thấy:

- Nhìn: lồng ngực nở ra nhưng ít di động.

- Sờ: Rung thanh vẫn bình thường.
- Gõ: Tiếng gõ trong hơn bình thường.
- Nghe: Rì rào phế nang giảm nhiều, có nhiều ran khô (ran rít và ran ngáy) ở khắp hai bên phổi.

Triệu chứng X.quang:

Lúc thở, lồng ngực không di động, cơ hoành cũng kém di động. Các khoang liên sườn giãn rộng. Hai phế trường sáng khác thường, nhưng hai bên rốn phổi có những vết đen hơn (do ứ huyết).

Hết cơn:

Lúc bắt đầu hết cơn bệnh nhân ho khạc ra nhiều đờm, lúc đầu dính về sau dễ khạc hơn. Càng khạc ra nhiều đờm, bệnh nhân càng cảm thấy nhẹ nhàng, thoải mái, dễ chịu, dễ thở và yên tâm. Đờm trong, óng ánh và dính.

4. Triệu chứng cận lâm sàng

X quang lồng ngực: Ít khi chỉ định trong cơn khó thở

Lồng ngực căng ứ khí, có thể thấy xẹp phổi

Xét nghiệm đờm thấy có nhiều bạch cầu ái toan và có nhiều tinh thể Saccô layden (Charcot Layden).

Phân tích khí máu

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định. Dựa vào:

- Cơn hen phế quản.
 - Cơn hen xảy ra trong những điều kiện giống nhau: ban đêm, khi thay đổi thời tiết.
 - Chứng kiến được cơn hen.
 - Thời gian: Có các cơn hen xuất hiện trong 2 năm.
- Như vậy có thể chẩn đoán xác định được cơn hen phế quản từ tuyến cơ sở.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen tim: Bệnh nhân có cơn khó thở kịch phát, khó thở 2 thì, khó thở nhanh, nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi lan nhanh lên đỉnh phổi.
Chiếu hoặc chụp phổi thấy phổi mờ do ứ huyết.
Có thể xảy ra ở người bị bệnh hẹp van 2 lá, tăng huyết áp.
- Viêm phế quản mạn đợt cấp: Thường ở người lớn tuổi, người già, người có viêm phế quản nặng, có cơn khó thở giống như hen, có biểu hiện nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Khô u và polyp khí phế quản: Bệnh nhân khó thở liên tục, cò cữ. Cần soi phế quản để xác định.
- Dị vật phế quản: cần khai thác tiền sử kết hợp soi phế quản để xác định.
- Hạch trung thất và khối u trung thất: chèn ép vào khí phế quản gây khó thở, nghe phổi có ran rít. Cần chụp phổi, chụp phế quản để xác định.
- Cơn khó thở do gắng sức: nghỉ ngơi sẽ hết.

6. Điều trị

6.1. Điều trị trong cơn

Nguyên tắc:

- Tăng khả năng thông khí.
- Giãn cơ trơn phế quản.
- Điều hoà nước và điện giải.

Cụ thể:

- Với cơn hen nhẹ:

- Salbutamol 2mg 4 – 6 viên/ ngày
- + Khí dung Ventolin, hoặc Berodual
- + Có thể châm cứu hoặc bấm huyệt.
- Với cơn hen trung bình:
 - + Nằm đầu cao, hút đờm dãi.
 - + Thở oxy qua bình nước, thở hỗn hợp oxy 70 - 75% qua sonde.
 - + Aminophylin 0,24g x 1 ống (tiêm tĩnh mạch chậm 5 - 10 phút).
 - + Salbutamol 0,5mg truyền tĩnh mạch
 - + Hoặc Adrenalin 1mg x 1 ống (tiêm bắp hoặc tiêm dưới da).
 - + Nếu không đỡ, sau 1 giờ tiêm nhắc lại.
 - + Khí dung Ventolin hoặc Berodual.
 - + Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm
 - + Khi điều trị cơn hen nhẹ và trung bình, phương thức điều trị này là phù hợp với tuyến cơ sở.
- Với cơn hen nặng:
 - + Nằm đầu cao, hút đờm dãi, thở oxy. Nếu có suy hô hấp nặng phải đặt nội khí quản, thở máy.
 - + Corticosteroid: Depersolon hoặc Solumedrol truyền tĩnh mạch, có thể kết hợp Aminophylin.
 - + Điều hoà nước và điện giải: Qua đường uống và truyền dịch: Dung dịch Glucose 5%, dung dịch Natri bicacbonat 140/00
 - + Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm
 - + Nếu không đỡ, phải chuyển tuyến trên điều trị. tránh suy hô hấp và nguy cơ tử vong.

6.2. Điều trị ngoài cơn (dự phòng)

- Hạn chế và loại bỏ tiếp xúc với dị nguyên: thuốc lá, thuốc Lào, bụi...
- Giải mã cảm bằng dị nguyên đặc hiệu.
- Kháng viêm Corticoid dạng hít.
- Điều trị các ổ nhiễm trùng ở mũi, họng, xoang ...
- Thay đổi nơi làm việc và sinh sống, làm sạch môi trường sống.
- Tránh mọi sang chấn tinh thần.
- Tập thể dục liệu pháp.
- Bảo vệ sự bền vững của màng tế bào Mastocyte: Coromolyn (Intal, zaditen).
- Điều trị ngoại khoa: cắt hạch giao cảm ngực (kết quả không rõ).

7. Phòng bệnh

- Ngăn ngừa những cơ hội thuận lợi gây bệnh và đề phòng những cơn hen tái phát:
- Không hút thuốc Lào, thuốc lá, tránh các thức ăn hay vật dụng có khả năng gây cơn hen.
 - Thay đổi và cải thiện điều kiện sinh hoạt cho hợp lý.
 - Tăng cường thể dục liệu pháp, luyện tập khí công.
 - Giữ ấm khi trời lạnh và tìm nơi khí hậu thích hợp.

LƯỢNG GIÁ

***. Khoanh tròn vào các ý trả lời đúng nhất trong các câu sau:**

Bệnh nhân A vào viện vì khó thở, ho khạc đờm nhầy, trắng, sốt nhẹ, mệt mỏi, nhìn lồng ngực có co kéo hõm trên xương ức và các khoang liên sườn. Khám phổi trong hơn bình thường, nghe đầy ran rít, ran ngáy, rì rào phế nang giảm.

1. Trong các tiền sử cần khai thác sau đây, tiền sử nào có giá trị nhất

- A. Tiền sử tiếp xúc bệnh nhân lao
- B. Tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp trên
- C. Tiền sử dị ứng
- D. Tiền sử hút thuốc lá

2. Chẩn đoán nào sau đây là hợp lý nhất:

- E. Viêm phổi thùy
- F. COPD
- G. Lao phổi
- H. Hen phế quản

3. Bệnh nhân A có hội chứng nào sau đây:

- I. Hội chứng đông đặc
- J. Hội chứng 3 giảm
- K. Hội chứng phế quản
- L. Hội chứng tràn khí màng phổi

4. Bệnh nhân có thể bị biến chứng nào sau đây:

- M. Bội nhiễm phổi
- N. Tràn khí màng phổi
- O. Tâm phế mạn
- P. Tràn dịch màng phổi

5. Thuốc nào được lựa chọn để điều trị cho bệnh nhân

- Q. Kháng sinh + Salbutamol
- R. Salbutamol + Thở oxy + glucocorticoid
- S. Berodual + Salbutamol
- T. Gentamycine + Penicilline

Bài 4

VIÊM PHỔI THUỖ

MỤC TIÊU

1. Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của viêm phổi thùy.
2. Trình bày được chẩn đoán, hướng điều trị và phòng bệnh viêm phổi thùy.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Viêm phổi là hiện tượng viêm nhiễm của nhu mô phổi, bao gồm viêm phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết khe kẽ và viêm tiểu phế quản tận cùng. Nguyên nhân do vi khuẩn, virus, ký sinh vật.

2. Nguyên nhân và điều kiện thuận lợi

* Nguyên nhân

- Phế cầu là nguyên nhân hay gặp nhất (ở người trẻ tuổi)
- Liên cầu, tụ cầu gặp ở trẻ em và người già yếu
- Klebsiella pneumoniae: gặp ở người suy kiệt, bệnh nặng, tỷ lệ tử vong cao.

* Điều kiện thuận lợi:

- Lạnh.
- Nghiện rượu.
- Chấn thương sọ não, hôn mê.
- Mắc bệnh phải nằm điều trị lâu.
- Biến dạng lồng ngực, gù, vẹo cột sống.
- Bệnh tắc nghẽn đường hô hấp.
- Cơ thể suy nhược, còi xương, gầy yếu.

3. Triệu chứng

* Cơ năng:

- Bệnh thường xảy ra đột ngột ở người trẻ tuổi.
- Bắt đầu bằng cơn rét run khoảng 30 phút, t⁰ 39 - 40⁰C, mạch nhanh, mặt đỏ, sau vài giờ thấy khó thở, toát mồ hôi, môi tím, có mụn herpes ở môi, mép.

ở người già, người nghiện rượu có lú lẫn, trẻ em có co giật.

- Đau ngực bên tổn thương.
- Ho: lúc đầu ho khan, sau có đờm hoặc màu rỉ sắt.
- Có khi nôn mửa, chướng bụng.

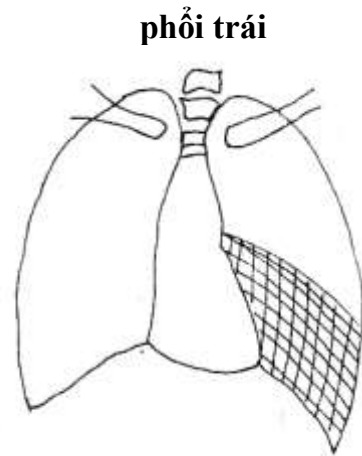
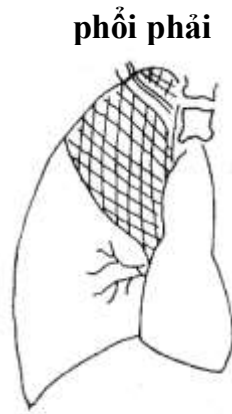
* Thực thể:

- Lúc đầu thấy rì rào phế nang giảm bên tổn thương, gõ và sờ bình thường. Có thể có tiếng cọ màng phổi và ran nổ cuối thì thở vào.

- Thời kỳ toàn phát: Có hội chứng đông đặc rõ, có tiếng thổi ống.

* Cận lâm sàng:

- X quang: thấy 1 đám mờ của một thùy hay 1 phân thùy hình tam giác, đáy quay ra ngoài, đỉnh quay vào trong.



Hình 4.1. Ảnh viêm thùy trên

Hình 4.2. Ảnh viêm thùy dưới

- Xét nghiệm máu: BC tăng 15.000 - 25.000/mm, 80 - 90% là BC đa nhân trung tính. Tốc độ lắng máu tăng. Cây máu có khi có phẩy cầu.

- Nước tiểu: có protein thoáng qua.

* Tiến triển: Thường sốt khoảng tuần, sau đó giảm sốt ra nhiều mồ hôi, đái được nhiều, bệnh nhân dễ chịu và khỏi bệnh. Khám phổi vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh X quang tồn tại vài tuần nữa.

Nếu có biến chứng thì triệu chứng nặng lên.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Khởi phát đột ngột ở người trẻ.
- Con rét run, sốt cao 39 - 40°C.
- Hội chứng nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu tăng, đái ít.
- Đau ngực bên tổn thương.
- Ho, khạc đờm màu rỉ sắt.
- Hội chứng đông đặc phổi.
- X quang phổi có đám mờ đều hình tam giác đáy quay ra ngoài.

Tại cơ sở chẩn đoán thường dựa vào hai biểu hiện :

- + Hội chứng nhiễm khuẩn
- + Hội chứng đông đặc.

Do vậy việc thăm khám lâm sàng là rất quan trọng.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Xẹp phổi: trung thất bị kéo về bên xẹp, cơ hoành lên cao.
- Tràn dịch màng phổi: vừa viêm vừa tràn dịch (chọc dò để chẩn đoán).
- Nhồi máu phổi: đau ngực dữ dội, sốc, sốt, ho ra máu. Thường xảy ra ở người có bệnh tim, hoặc phẫu thuật vùng hố chậu.
- Áp xe phổi giai đoạn đầu: dựa vào diễn biến của bệnh.
- Ung thư phổi: sau điều trị hết nhiễm khuẩn mà tổn thương còn tồn tại > 1 tháng nhất ở người có tuổi, nghiện thuốc lá.
- Giãn phế quản bội nhiễm: ho, khạc đờm kéo dài, nên chụp phế quản có cản quang để chẩn đoán.

5. Biến chứng

5.1. Biến chứng tại phổi

- Bệnh lan rộng 2 hoặc nhiều thùy phổi: khó thở tăng lên, tím môi, mạch nhanh, có thể chết.

- Xẹp một thùy phổi: do cục đờm gây tắc phế quản một thùy.
- áp xe phổi: sốt dai dẳng, đờm nhiều mủ, X quang có 1 hoặc nhiều hình hang có mức nước mức hơi.
- Viêm phổi mạn tính: Bệnh tiến triển kéo dài, thùy phổi bị tổn thương xơ hoá.

5.2. *Biến chứng ngoài phổi*

- Trần dịch màng phổi: thường nhẹ, chóng khỏi.
- Trần mủ màng phổi: sốt dai dẳng, chọc dò màng phổi có mủ.
- Viêm màng ngoài tim: Đau vùng trước tim, có tiếng cọ màng ngoài tim.
- Viêm nội tâm mạc cấp tính do phế cầu: (ít gặp): sốt rét run, lách to.
- Viêm khớp do phế cầu: khớp sưng đỏ, nóng, đau.
- Viêm màng não do phế cầu ít gặp.
- Viêm phúc mạc: hay gặp ở trẻ em.
- Viêm tai xương chũm.
- Loạn nhịp ngoại tâm thu, suy tim.
- Sốc.

6. Điều trị

* *Chống nhiễm khuẩn.*

Nên dùng kháng sinh sớm.

Dùng kháng sinh phổ rộng

Nhóm Macrolid:

Erythromycin uống 2g/ngày

Azythromycin 0.5 g/ngày đầu sau đó 250mg x 4 ngày

Nhóm Quinolon

Ciprofloxacin uống 400-1000mg/ ngày

Hoặc dùng đường tiêm

Cefalosporin thế hệ 3 : Cefotaxim 2-3g /ngày, Ceftriaxone 2-3g/ ngày cùng với nhóm Macrolid hoặc Quinolon, hoặc kết hợp với gentamycin 80 - 120 mg/24 h.

Đến khi hết sốt 4 - 5 ngày

* *Điều trị triệu chứng.*

- Giảm đau ngực: cho codein 2 - 4v/24h. Đau quá có thể dùng Morphin 0,01g x 1 ống (tiêm dưới da).

- Nếu có mất nước: cho ăn lỏng, bồi phục nước và điện giải bằng dung dịch đẳng trương (Ringer lac tat, dung dịch glucose 5%).

- Chuyển tuyến trên nếu điều trị không đỡ hoặc có biến chứng.

7. Phòng bệnh

- Điều trị tốt ổ nhiễm khuẩn ở vùng tai mũi họng, nhất là viêm xoang có mủ, viêm amidan có mủ viêm họng: bằng kháng sinh hoặc khí dung

- Điều trị: tốt đợt cấp của viêm phế quản mãn tính: bằng kháng sinh uống mỗi tháng 10 ngày trong 5 tháng mùa đông.

- Loại bỏ yếu tố kích thích có hại: bỏ thuốc lá, thuốc lào.

- Giữ ấm cổ, ngực trong mùa lạnh.

- Tiêm vaccin phòng bệnh.(Vaccin phế cầu đa giá).

Tóm lại: Viêm phổi là vấn đề quan trọng của y tế mặc dù đã có nhiều loại kháng sinh mạnh có tác dụng, việc chẩn đoán sớm tại cộng đồng là rất quan trọng giúp điều trị hiệu quả tránh biến chứng.

LƯỢNG GIÁ

***. Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:**

Nghiên cứu tình huống: Bệnh nhân A, 36 tuổi, vào viện vì sốt cao, rét run, vẻ mặt nhiễm trùng, ho khạc đờm nhầy, quánh, khó thở nhẹ. Khám thấy 1/3 dưới phổi phải có rung thanh tăng, gõ đục, ran nổ, có tiếng thổi ống, rì rào phế nang giảm.

1. Bệnh nào được nghĩ đến nhiều nhất ở bệnh nhân A

- A. Hen phế quản
- B. Viêm phế quản cấp
- C. Viêm phổi thùy
- D. Absces phổi

2. Bệnh nhân A không có hội chứng nào sau đây:

- E. Hội chứng 3 giảm
- F. Hội chứng đông đặc
- G. Hội chứng nhiễm trùng
- H. Hội chứng khó thở

3. Nguyên nhân nào được nghĩ đến nhiều nhất ở bệnh nhân A

- I. Tụ cầu vàng
- J. Phế cầu khuẩn
- K. Liên cầu khuẩn
- L. Lao

4. Sau 4 ngày điều trị bệnh nhân sốt cao 40⁰, vẻ mặt xanh xao, hốc hác, đau ngực phải nhiều hơn, tăng lên khi ho, hắt hơi. Cần nghĩ đến biến chứng nào sau:

- M. Sốc
- N. Nhiễm trùng huyết
- O. Absces phổi
- P. Tràn dịch màng phổi

Bài 5

TÂM PHẾ MẠN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân, triệu chứng tâm phế mạn (TPM).
2. Trình bày được hướng điều trị TPM.
3. Mô tả được cách dự phòng TPM tại cộng đồng.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Tâm phế mạn là toàn bộ cơ chế thích ứng của tim chủ yếu là phì đại tâm thất phải do tăng áp lực động mạch phổi bởi nguyên nhân tại phổi hoặc liên quan đến phổi gây nên.

2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ mắc bệnh nam > nữ (3/1)
- Tuổi từ 40 - 60 tuổi
- Gặp ở các nước công nghiệp và xứ lạnh.

3. Các nguyên nhân gây tâm phế mạn

3.1. Bệnh phổi tắc nghẽn

- Viêm phế quản mạn tính.
- Hen phế quản
- Giãn phế nang.
- Giãn phế quản.

3.2. Các bệnh phổi hạn chế

- Xơ phổi
- Viêm dày dính màng phổi.
- Bệnh bụi phổi

3.3. Bệnh thuộc về động mạch phổi

* *Bệnh thành mạch:*

- Tăng áp lực động mạch phổi tiên phát.
- Viêm nút quanh động mạch.
- Viêm động mạch khác.

* *Viêm tắc mạch.*

- Tắc mạch phổi tiên phát.
- Tắc mạch phổi trong bệnh thiếu máu hình lưỡi liềm.

* *Nghẽn mạch:*

- Nghẽn mạch do cục máu đông ngoài phổi.
- Nghẽn mạch do sản mangan.

* *Tăng áp lực động mạch phổi.*

- Do chèn ép bởi khối u trung thất, phồng quai động mạch chủ.

3.4. Bệnh lồng ngực

- Gù vẹo cột sống.
- Cắt nhiều xương sườn.

3.5. Nguyên nhân khác

- Bệnh thần kinh cơ mạn tính

- Bệnh béo bệu giảm thông khí phế nang
- Bệnh giảm thông khí phế nang không rõ nguyên nhân.

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng của bệnh phổi mạn tính

** Bệnh phổi tắc nghẽn:*

- Đứng đầu là bệnh của phế quản: viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, giãn phế nang. Trong giai đoạn này chú ý tới đợt kịch phát.
 - + Bệnh nhân ho nhiều, khạc đờm màu vàng, khạc mủ.
 - + Có cơn khó thở như hen.
 - + Thỉnh thoảng có đợt kịch phát bệnh lại nặng thêm.

** Bệnh phổi hạn chế:*

- Tổn thương chức năng hô hấp đặc hiệu CV giảm.
- Sự khuếch tán khí ở phổi giảm chứng tỏ có tổn thương giữa màng mao mạch - phế nang.
 - Rối loạn tỷ lệ phân bố khí và máu trong phổi.
- * Có thể phối hợp triệu chứng của 2 nhóm bệnh phổi mạn tính trên.

4.2. Giai đoạn tăng áp lực động mạch phổi

- Biểu hiện là suy hô hấp mạn tính: Khó thở khi gắng sức, móng tay khum, PaO₂ giảm khoảng 70 mmHg nhất là sau làm nghiệm pháp gắng sức.
- X quang: Hình tim dài và thông xuống xương cung động mạch phổi nổi và đập mạnh.
 - Thông tim phải áp lực động mạch phổi tăng từ 25-30 mmHg.

4.3. Giai đoạn suy tim phải

** Triệu chứng cơ năng:*

- Khó thở: lúc đầu khó thở khi gắng sức sau đó khó thở cả lúc nghỉ.
- Có thể có cơn phù phổi cấp do tăng tính thấm mao mạch phổi do nhiều ô xy và ứ trệ CO₂.
- Đau vùng gan: Bệnh nhân có cảm giác nặng hoặc căng ở vùng gan, nếu gắng sức thì đau hơn, nghỉ ngơi lại hết.

** Triệu chứng ngoại biên:*

- Gan to và đau: Mật độ hơi trắng, mặt nhẵn có khi thấy gan to trong thời kỳ tâm thu.

- Tĩnh mạch cảnh đập, phản hồi gan TMC (+).
- Phù 2 chi dưới, phù toàn thân, phù tràn dịch các màng.
- Tím: tím môi,
- Mất lời: do tăng mạch máu màng giáp hợp.
- Đái ít: lượng nước tiểu khoảng 200 ml/ 24h
- Do áp lực tĩnh mạch tăng > 25cm H₂O
- Ngón tay dùi trống.
- * *Triệu chứng tim mạch:*
 - Nhịp tim nhanh, có khi loạn nhịp hoàn toàn.
 - Mỏm tim đập ở mũi ức (dấu hiệu Hastzer)
 - T2 vang mạch ở ổ van động mạch phổi.
 - Có ngựa phi phải.
 - Tiếng thổi tâm thu do hở van 3 lá cơ năng.

** Cận lâm sàng:*

- X quang:

- + Cung động mạch phổi nổi rõ.
- + Giai đoạn cuối tim to toàn bộ.
- Điện tâm đồ:
 - + Trục phải, dày thấp phải.
 - + P phế ở chuyển đạo DII, DIII, aVF.
 - + Bloc nhánh phải không hoàn toàn.
- Xét nghiệm máu:
 - + Số lượng hồng cầu tăng
 - + Hematocrit tăng

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

* Ở cộng đồng chẩn đoán tâm phế mạn dựa vào:

- + Hỏi bệnh có bệnh phổi mạn tính.
- + Có dấu hiệu suy tim phải trên lâm sàng: phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, xuất hiện tiếng thổi tâm thu ở van 3 lá.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Suy tim toàn bộ do bệnh van tim mắc phải, bệnh tim tiên thiên, bệnh cơ tim.
- Suy tim do suy mạch vành và nhồi máu cơ tim cần hỏi kỹ tiền sử cơn đau thắt ngực.
- Suy tim người già: Xảy ra ở người già có xơ tim, xơ mạch máu lớn, không có tiền sử bệnh phổi mạn tính.

5.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nhóm bệnh phổi tắc nghẽn chủ yếu là bệnh phế quản, tiêu biểu là VEMS giảm.
- Nhóm bệnh phổi hạn chế: rất phức tạp bao gồm bệnh phế nang, bệnh mạch máu phổi, xương lồng ngực. Tiêu biểu là CV giảm.

5.4. Chẩn đoán giai đoạn

- Giai đoạn sớm: rất quan trọng vì giai đoạn bệnh phổi mạn tính, có những đợt kịch phát cần phát hiện sớm để đề phòng.
- Giai đoạn tăng áp lực động mạch phổi: trên lâm sàng không thể phát hiện được mà phải thông tim phải do áp lực động mạch phổi.
- Giai đoạn suy tim toàn bộ điều trị không có kết quả.

6. Điều trị

* *Tại cộng đồng:*

Cần phải kháng sinh thông thường như Tetraxilin cho những đợt kịch phát của bệnh phổi mạn tính. Thuốc giãn phế quản, thuốc long đờm.

* *Tại bệnh viện:*

- Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống: Bệnh nhân bị bệnh phổi mạn tính khi xuất hiện khó thở, nên nghỉ ngơi làm việc nhẹ, khi đã có dấu hiệu suy tim phải cần nghỉ hoàn toàn.

Ăn ít muối

Kháng sinh: Trong đợt bội nhiễm phải điều trị kháng sinh liều cao kéo dài.

- Corticoid: Có tác dụng chống viêm chống dị ứng, giảm xuất tiết Prednisolon, hydrocortison khí dung.

- Thuốc giãn phế quản: Salbutamol, Aminophylin.

- Ô xy liệu pháp: Thở ô xy qua sond mũi trong đợt tiến triển của bệnh.

- Trợ tim và lợi tiểu.

+ Uabain.

+ Digoxin phải hết sức thận trọng có thể gây loạn nhịp, chỉ nên sử dụng khi suy tim còn bù.

- + Lợi tiểu: Dùng nhóm ức chế men AC, Diamox 0,025 x 2-4v/ ngày, furosit 0,5 x 1 ống (tiêm TM)
- Trích huyết: Chỉ định khi Hematocrit > 65 - 70%.
- Không dùng các thuốc: Mocphin, gacdenan.
- Thuốc giãn mạch máu phổi: Hydrabazin.
- Tập thở: Thở bụng
- Loại bỏ các yếu tố kích thích.

7. Dự phòng

- Điều trị tích cực các bệnh đường hô hấp tại cộng đồng.
- Loại bỏ các chất kích thích.
- Khi đã bị bệnh phổi mạn tính phải tập thở kiểu thở bụng.

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Nguyên nhân nào sau đây gây tâm phế mạn không phải trong nhóm bệnh phổi tắc nghẽn
 - A. Viêm phế quản mạn tính.
 - B. Hen phế quản
 - C. Giãn phế nang.
 - D. Giãn phế quản.
 - E. Bệnh bụi phổi
2. Triệu chứng nào sau đây ở bệnh nhân bệnh phổi mạn tính giúp sớm hướng đến biến chứng tâm phế mạn:
 - F. Khạc đờm kéo dài
 - G. Khó thở khi gắng sức
 - H. Khó thở thường xuyên
 - I. Gan to, tĩnh mạch cổ nổi
3. Triệu chứng nào sau không phải triệu chứng điển hình của tâm phế mạn:
 - J. Khó thở thường xuyên, tăng lên khi gắng sức
 - K. Gan to, tĩnh mạch cổ nổi
 - L. Nhịp tim nhanh
 - D. Thổi tâm thu ở ổ van 2 lá

Bài 6

HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng và cận lâm sàng tràn dịch màng phổi.
2. Trình bày được nguyên nhân tràn dịch màng phổi.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bình thường, hai lá thành và lá tạng của màng phổi áp sát trượt lên nhau. Trong bệnh lý có 2 biểu hiện trên lâm sàng và X. quang. Chẩn đoán được xác định bằng chọc dò.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau ngực khi hít sâu hoặc khi ho. Đau lan lên phía vai.
- Ho khan, tăng khi thay đổi tư thế.
- Khó thở nhanh nông, mức độ khó thở song song với số lượng dịch tràn, dịch càng nhiều, càng khó thở và mạch càng nhanh.

2. Triệu chứng thực thể

2.1. Nhìn:

Bên ngực tổn thương kém di động khi thở. Nếu lượng dịch nhiều: bên phổi có dịch sẽ phình to ra. Triệu chứng này thường ở phía đáy phổi (tràn dịch khoang lớn màng phổi).

2.2. Sờ:

Rung thanh giảm nhiều, hoặc mất hẳn.

2.3. Gõ:

Đục (triệu chứng trung thực và sớm)

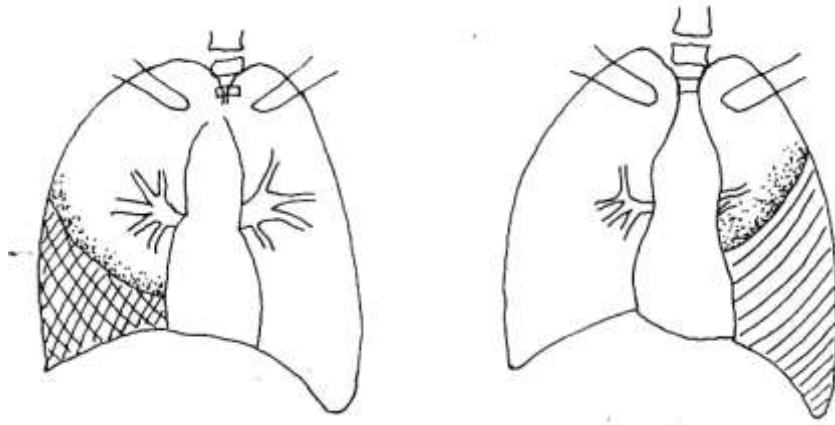
2.4. Nghe:

Rì rào phế nang giảm hoặc mất. Lúc dịch chưa nhiều, phía trên phổi có thể thấy tiếng cọ màng phổi và tiếng thổi màng phổi.

3. Triệu chứng X.quang

Cần chụp phổi để chẩn đoán. Triệu chứng X.quang có tác dụng:

- Xác định hội chứng tràn dịch màng phổi.
- Phát hiện tổn thương ở phổi, ở trung thất.
- Trên phim thẳng: có hình mờ đều ở phía dưới, ranh giới phía trên mờ, phía lõm quay lên trên và hướng vào trong. Nếu tràn dịch nhiều thì khí quản và tim sẽ bị đẩy sang phía đối diện. Cần chụp thêm các tư thế nghiêng để định vị trí tràn dịch.
- Nếu tràn dịch phổi phải: tim sẽ bị đẩy nhiều sang bên trái, và gan sẽ bị đẩy xuống dưới.
- Nếu tràn dịch nhiều phổi trái: tim đẩy sang phải, dịch phổi trái chèn ép nhiều xuống vùng Traube.



Hình 6.1 . Ảnh tràn dịch màng phổi phải (1) và trái (2)

4. Chọc dò màng phổi: có hai tác dụng:

- Chọc dò lấy dịch, nhằm chẩn đoán xác định nguyên nhân
- Chọc tháo dịch, làm cho dễ thở. Tính chất màu sắc của dịch rút ra cho ta hướng tìm nguyên nhân
 - Dịch trong màu vàng chanh: cần xem đó là dịch thấm hay dịch tiết. Làm phản ứng Rivalta để xác định (phản ứng Rivalta dương tính là lượng Protein trên 30g/lít: dịch tiết; nếu Rivalta âm tính là dịch thấm). Gặp trong bệnh lao màng phổi, viêm đa màng.
 - Dịch màu hồng, có máu, đỏ hay nâu, để lâu không đông: thường do ung thư hoặc lao. Nếu do ung thư dịch hút ra nhiều và trở lại rất nhanh.
 - Dịch đục, có mủ: gặp trong bệnh áp xe phổi, hoặc áp xe dưới cơ hoành bệnh nhân nhiễm khuẩn sốt rất cao và dao động.
 - Dịch thường trấp: dịch trắng như sữa, có nhiều lipit và dưỡng trấp.

5. Nguyên nhân

Nguyên nhân thường do lao, ung thư, chấn thương, viêm phổi, các trường hợp phù toàn bộ do suy tim, hội chứng thận hư... do đường chấp dựa vào mô tả dịch trong khoang màng phổi và xét nghiệm để tìm nguyên nhân

* Dịch vàng chanh, Rivalta dương tính (+):

- Lao phổi màng phổi
- Viêm màng phổi tiên phát
- Áp xe gan

* Dịch trong, Rivalta (-):

- Hội chứng thận hư
- Suy tim
- Suy dinh dưỡng

* Dịch hồng hoặc đỏ (máu không đông), Rivalta (+):

- Ung thư phổi
- Ung thư các cơ quan khác di căn tới phổi

Dịch này thường phát triển và tái phát nhanh sau chọc dò

* Dịch đục mủ:

- Nhiễm khuẩn tiên phát ở màng phổi
- Áp xe gan, Áp xe cơ hoành

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy đánh dấu vào các triệu chứng của tràn dịch màng phổi

TT	Bệnh	Hội chứng tràn dịch
1	Lao màng phổi	
2	Viêm phổi thùy	
3	Nhồi máu phổi	
4	Ung thư màng phổi	
5	Xẹp phổi	
6	Áp xe phổi	
7	Mủ màng phổi	
8	ứ nước trong cơ thể	

Khoanh tròn vào các ý đúng trong các câu sau:

- Triệu chứng có giá trị chẩn đoán tràn dịch màng phổi là
 - Khó thở tăng dần
 - Lồng ngực căng, kém di động
 - Khám phổi có hội chứng 3 giảm
 - Chọc dò màng phổi có dịch
- Một bệnh nhân tràn dịch màng phổi, chọc dịch màng phổi có màu vàng chanh, Rivalta (+), nguyên nhân tràn dịch màng phổi của bệnh nhân là
 - Suy tim
 - Hội chứng thận hư
 - Xơ gan
 - Lao màng phổi
- Một bệnh nhân tràn dịch màng phổi, chọc dịch có màu đỏ máu không đông, Rivalta (+), dịch tái phát nhanh sau khi chọc. Nguyên nhân nào được nghĩ đến sau đây:
 - Lao màng phổi
 - Áp xe phổi
 - Ung thư phổi
 - U nang buồng trứng
- Trình bày nguyên nhân của tràn dịch màng phổi?

Bài 7

SUY TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân chính của suy tim.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng chính của suy tim.
3. Trình bày được cách theo dõi, chăm sóc và xử trí ban đầu bệnh nhân bị suy tim - ngăn ngừa suy tim tiến triển.

NỘI DUNG

I - ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh van tim, bệnh cơ tim và các bệnh khác ảnh hưởng đến hoạt động của tim. Trong điều kiện sinh lý luôn có sự điều hoà để đảm bảo sự thăng bằng giữa hoạt động của tim và nhu cầu của cơ thể. Khi suy tim, sự thăng bằng đó mất đi, tim không đủ khả năng để đảm bảo nhu cầu của ngoại biên nữa. Vì vậy, suy tim có thể định nghĩa: Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu có thể về mặt Oxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân.

Về phân loại, có suy tim trái, suy tim phải, biểu hiện lâm sàng khác nhau, và thể thứ ba là suy tim toàn bộ.

II – NGUYÊN NHÂN

1. Suy tim trái

Do các bệnh gây ứ máu trong thất trái hoặc thất trái phải làm việc nhiều, nên giãn ra và đưa đến suy.

1.1. Tăng huyết áp

1.2. Một số bệnh van tim: Hở van hai lá, hở hay hẹp van động mạch chủ.

1.3. Các tổn thương của cơ tim: Nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim (do thấp tim, nhiễm khuẩn hay nhiễm độc).

1.4. Một số rối loạn nhịp tim: Con nhịp nhanh kịch phát trên thất, con nhịp nhanh nhất, Bloc nhĩ thất hoàn toàn.

1.5. Một số bệnh tim bẩm sinh: Còn ống động mạch, hẹp eo động mạch chủ...

2. Suy tim phải

2.1. Một số bệnh phổi và dị dạng lồng ngực, cột sống

- Các bệnh phổi mạn tính như hen phế quản, viêm phế quản mạn, giãn phế quản, bệnh bụi phổi...

- Các dị dạng lồng ngực.

- Gù, vẹo cột sống.

2.2. Một số bệnh tim mạch

- Hẹp van hai lá.

- Hẹp động mạch phổi.

- Thông liên nhĩ, thông liên thất.

3. Suy tim toàn bộ

- Gồm: Các nguyên nhân đưa đến suy tim trái và suy tim phải.

- Cường giáp trạng: Bệnh Basedow.

- Thiếu Vitamin B1.

- Thiếu máu nặng.

III - TRIỆU CHỨNG

1. Suy tim trái

1.1. Triệu chứng chức năng: *Gồm các triệu chứng biểu hiện tình trạng ứ huyết ở phổi.*

1.1.1. Khó thở: Là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu chỉ khó thở khi gắng sức, về sau khó thở thường xuyên, bệnh nhân nằm cũng khó thở. Có khi khó thở thành cơn kịch phát như cơn hen tim, cơn phù phổi cấp.

1.1.2. Ho: Thường xảy ra vào ban đêm hay khi gắng sức. Thường ho khan nhưng có khi ho ra đờm lẫn máu.

Cần chú ý: Ho có thể là dấu hiệu bắt đầu của một cơn khó thở kịch phát.

1.2. Triệu chứng thực thể

1.2.1. Khám tim

- Nhìn và sờ thấy mỏm tim đập hơi lệch sang trái.

- Nghe tim: Ngoài triệu chứng có thể gặp của một số bệnh van tim, đã gây nên suy tim trái, ta thường thấy 3 dấu hiệu:

- + Nhịp tim nhanh.
- + Tiếng ngựa phi.
- + Tiếng thổi tâm thu chức năng ở mỏm.

1.2.2. Ngoài ra, trong đa số các trường hợp, huyết áp tâm thu giảm, huyết áp tâm trương bình thường hoặc hơi tăng, nên số huyết áp chênh lệch bị nhỏ lại

1.3. Cận lâm sàng

1.3.1. X. quang: *Cung dưới phình trái to, cả hai bên phổi bị mờ nhất là vùng rốn phổi.*

1.3.2. Điện tâm đồ

- Trục trái.
- Dày nhĩ trái và dày thất trái.

2. Suy tim phải

Gồm các triệu chứng biểu hiện tình trạng ứ máu ngoại biên.

2.1. Triệu chứng chức năng

2.1.1. Khó thở: Khó thở thường xuyên, có thể ít hoặc nhiều nhưng khác với suy tim trái là không có các cơn khó thở kịch phát và không tăng lên ở tư thế nằm.

2.1.2. Tim: Nhẹ thì chỉ tím môi, nặng thì tím cả mặt, đầu, ngón tay, ngón chân hay toàn thân.

2.1.3. Ngoài ra, bệnh nhân hay có cảm giác đau tức ở vùng hạ sườn phải (do gan to và đau).

2.2. Triệu chứng thực thể

2.2.1. Tĩnh mạch cảnh ngoài nổi to và di động, ấn vào vùng gan càng nổi to hơn (phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính).

2.2.2. Gan to đều, mặt nhẵn, bờ tù mềm, khi sờ vào gan thấy đau. Lúc đầu, khi được điều trị, gan nhỏ lại (gan "đàn xếp") về sau, do ứ máu lâu, nên gan không thu nhỏ được nữa và trở nên cứng.

2.2.3. Phù: Mềm, lúc đầu chỉ ở hai chân. Về sau, phù toàn thân, thậm chí có thể gây tràn dịch màng bụng, màng phổi.

2.2.4. Khám tim: Ngoài các triệu chứng của bệnh gây suy tim phải còn thấy: Nhịp tim nhanh.

- Có nghe thấy tiếng thổi tâm thu chức năng ở ổ van 3 lá.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. X. quang

- Cung dưới phải phình to.
- Mỏm tim cao lên.
- Rốn phổi đậm.

2.3.2. Điện tâm đồ

- Trục lệch phải.
- Dày nhĩ phải, dày thất phải.

3. Suy tim toàn bộ

Là bệnh cảnh của suy tim phải ở mức độ nặng:

- Khó thở thường xuyên, phù toàn thân.
- Gan to nhiều, tĩnh mạch cổ nổi to.
- X.quang: Tim to toàn bộ.
- Điện tâm đồ: Có biểu hiện của dày cả hai thất.

IV - ĐIỀU TRỊ

1. Chế độ nghỉ ngơi: Tùy theo mức độ và giai đoạn của suy tim mà có chế độ nghỉ hoàn toàn hay mức độ.

- Nói chung bệnh nhân cần giảm toàn bộ các hoạt động gắng sức. Trong trường hợp nặng phải nghỉ tại giường theo tư thế nửa nằm, nửa ngồi.

2. Chế độ ăn nhạt

- Ăn nhạt hoàn toàn khi phù nhiều. Trong các trường hợp khác có thể ăn được chút ít muối (1-2g/ngày).

- Hạn chế nước: Lượng nước đưa vào cơ thể người bệnh = số lượng nước tiểu ngày hôm trước + 300 - 500ml

- Không dùng các chất kích thích: Rượu, cà phê, thuốc lá...

3. Thuốc

3.1. Thuốc lợi tiểu: Hypothiazit, Lasix, Aldacton.

+ Chú ý: Khi dùng kéo dài bổ xung thêm Kaliclorua để tránh hạ Kali máu.

3.2. Thuốc trợ tim: Thường dùng các Glucosid trợ tim thuộc nhóm Digitalis và Strophanthin.

- Trong trường hợp suy tim cấp, người ta thường dùng trợ tim tác dụng nhanh, tiêm tĩnh mạch như Uabain

- Trong trường hợp suy tim mạn tính, người ta dùng loại tác dụng chậm, đào thải chậm: Digitoxin hay Digoxin.

Chú ý: Khi dùng thuốc trợ tim cần theo dõi nhịp tim, nếu nhịp tim dưới 60ck/phút không dùng nhóm Glycosid.

3.3. Gần đây, bên cạnh các thuốc trợ tim, lợi tiểu vẫn dùng, người ta đã dùng các thuốc giãn mạch trong điều trị suy tim và đã thấy có hiệu quả trong nhiều trường hợp mà các thuốc kinh điển tỏ ra ít hoặc không có tác dụng. Tuy vậy không được dùng các thuốc giãn mạch khi huyết áp tâm thu dưới 90mmHg.

- Các thuốc thường dùng: Risordan, Lenitral, Nepressol.

4. Điều trị nguyên nhân

Ngoài những biện pháp điều trị chung, ta còn phải áp dụng một số biện pháp đặc biệt, tùy theo từng nguyên nhân đã gây ra suy tim.

- Nếu do thiếu Vitamin B1 thì phải chữa bằng Vitamin B1.

- Nếu do Basedow phải điều trị bằng kháng giáp trạng tổng hợp hay cắt bỏ tuyến giáp.

5. Phòng bệnh

- Phòng và điều trị thấp tim.
- Điều trị tích cực các bệnh toàn thể có dẫn tới suy tim.
- Thực hiện nghiêm chỉnh chế độ nghỉ ngơi, ăn uống và thuốc men khi đã xuất hiện suy tim.

LUỜNG GIÁ

1. Hãy nêu 3-4 nguyên nhân chính gây suy tim từng loại:

Suy tim trái	Suy tim phải	Suy tim toàn bộ

2. Hãy đánh dấu (+) các triệu chứng sau đây vào cột suy tim thích hợp?

Triệu chứng	Suy tim trái	Suy tim phải
1. Khó thở theo tư thế và có thể biến thành cơn khó thở kịch phát.		
2. Khó thở thường xuyên nhưng không có cơn khó thở kịch phát và không tăng lên ở tư thế nằm.		
3. Phù, tím da và niêm mạc.		
4. Gan to, tĩnh mạch cổ nổi to.		
5. Ho khan hoặc đờm lẫn ít máu.		

3. Phân biệt đúng - sai các biện pháp điều trị suy tim dưới đây bằng các khoanh tròn vào Đ hoặc S.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Chỉ cần dùng thuốc trợ tim là đủ | Đ | S |
| 2. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý tùy theo mức độ suy tim là cơ bản. | Đ | S |
| 3. Kết hợp với các thuốc trợ tim và lợi tiểu | Đ | S |
| 4. Điều trị tích cực các bệnh toàn thể gây suy tim | Đ | S |
| 5. Phòng và điều trị để thấp khớp cấp. | Đ | S |

Bài 8

TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp.*
2. *Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, biến chứng của tăng huyết áp.*
3. *Trình bày được nguyên tắc điều trị, theo dõi, quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.*
4. *Trình bày được cách giáo dục và hướng dẫn bệnh nhân phòng bệnh và phòng biến chứng.*

NỘI DUNG

1 - ĐẠI CƯƠNG

- Huyết áp bình thường nếu áp động mạch tối đa (còn gọi là huyết áp tâm thu) dưới 140mmHg, huyết áp động mạch tối thiểu (còn gọi là huyết áp tâm trương) dưới 90mmHg.

- Tăng huyết áp khi: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

- Huyết áp động mạch không cố định mà thay đổi trong ngày (ban đêm thấp hơn ban ngày), theo tuổi (người già cao hơn người trẻ), theo giới (nữ thấp hơn nam).

Chẩn đoán tăng huyết áp rất đơn giản nhưng nguyên nhân, tiến triển và biến chứng rất phức tạp

2 – NGUYÊN NHÂN

Người ta phân ra hai loại tăng huyết áp.

2.1. Loại nguyên nhân (còn gọi là tăng huyết áp triệu chứng).

2.1.1. Nguyên nhân thận

- Viêm thận cấp, viêm thận mạn.
- Hẹp động mạch thận.
- Sỏi thận, lao thận.
- Thận đa nang.

2.1.2. Nguyên nhân nội tiết

- + Tuyến thượng thận: U tuỷ thượng thận, cường vỏ thượng thận.
- + Tuổi mãn kinh: huyết áp tăng ít, sau một thời gian sẽ khỏi.

2.1.3. Nguyên nhân khác

- Hẹp eo động mạch chủ.
- Nhiễm độc thai nghén: Thường xảy ra vào tháng thứ 7, thứ 8 của người có thai.
- Hở van động mạch chủ: Tăng huyết áp tâm thu.

2.2. Bệnh tăng huyết áp (không có nguyên nhân còn gọi là tăng huyết áp nguyên phát).

+ Chiếm tỷ lệ 85-90% thường xảy ra ở những người làm việc trí óc nhiều, những người hay lo lắng, xúc cảm, làm ảnh hưởng xấu đến sự điều chỉnh vận mạch, hệ thống tiểu động mạch co lại gây tăng huyết áp.

+ Phần lớn các trường hợp tăng huyết áp của người trung niên và tuổi già thuộc loại nguyên phát.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng: Có khi không có biểu hiện gì, có khi biểu hiện bằng các triệu chứng:

- Nhức đầu từng cơn hay liên tục ở gáy, hai bên thái dương, hai nhân cầu và góc mũi.
- Û tai, nẩy đom đóm mắt.
- Giảm trí nhớ, hay quên.

3.2. Triệu chứng toàn thân và thực thể

3.2.1. Chủ yếu nhất là đo huyết áp thấy các chỉ số cao, thường cao cả huyết áp động mạch tâm thu và huyết áp động mạch tâm trương, có khi chỉ cao một trong hai chỉ số ấy (huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg; huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg).

3.2.2. Khám tim có thể thấy tiếng thứ hai (T2) của tim đập mạnh ở ổ van động mạch chủ.

3.2.3. Mạch: Sờ mạch có trường hợp thấy mạch cứng, ngoằn ngoèo do xơ cứng động mạch (thường thấy ở động mạch thái dương, động mạch quay ở tay).

4 - TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Phần lớn các trường hợp tăng huyết áp tiến triển chậm qua nhiều năm, nhiều giai đoạn như một bệnh mạn tính.

Bệnh có thể tiến triển qua hai mức độ:

- Nhẹ: Nếu huyết áp không cao lắm ở người già, không xảy ra biến chứng.
- Nặng: Nếu huyết áp cao (huyết áp động mạch tâm trương trên 130mmHg ở người trẻ tuổi (từ 20-40 tuổi) biến chứng xảy ra nhiều lần, dồn dập.

Những biến chứng thường gặp:

4.1. Ở mắt: Gây phù gai mắt, xuất tiết hoặc chảy máu võng mạc làm giảm hoặc mất thị lực.

4.2. Ở não: Gây tai biến mạch máu não như: Chảy máu não, chảy máu màng não, nhũn não.

4.3. Ở tim

4.3.1. 70% người cao huyết áp có biến chứng suy tim trái với các cơn khó thở kịch phát (cơn hen tim, cơn phù phổi cấp) dần dần gây suy tim toàn bộ.

4.3.2. Cơn đau thắt ngực

4.3.3. Nhồi máu cơ tim

4.4. Ở thận: Dần dần dẫn tới suy thận với các biểu hiện urê huyết cao, protein niệu, trụ niệu, phù, thiếu máu, tăng huyết áp.

5 - ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc:

- * Đưa huyết áp trở về trị số sinh lý ổn định.
 - * Ngăn ngừa các biến chứng.
 - * Cải thiện các biến đổi bất thường ở các động mạch lớn.
- Do đó phải giải quyết 3 vấn đề là:
- * Điều trị nguyên nhân tăng huyết áp như: Cắt bỏ u tuỷ thượng thận, cắt bỏ thận teo, thông động mạch bị tắc... nếu tìm thấy nguyên nhân.
 - * Điều trị triệu chứng tăng huyết áp: Bằng phương pháp nội khoa không dùng hay dùng thuốc.
 - * Điều trị biến chứng của tăng huyết áp (nếu có)
- Tôn trọng huyết áp sinh lý của người già.
- Điều trị huyết áp tăng cần liên tục, đơn giản, kinh tế và phải theo dõi chặt chẽ.

5.2. Phương pháp điều trị

5.2.1. Ăn uống và sinh hoạt

- * Hạn chế Na dưới 5g NaCl mỗi ngày.
- * Hạn chế mỡ, các chất béo động vật.
- * Không rượu, thuốc lá, chè đặc.
- * Tránh lao động trí óc căng thẳng, lo lắng quá độ, nên tập thể dục nhẹ, đi bộ thư giãn, bơi lội.
- Điều trị không dùng thuốc
- + Giảm cân nặng
 - + Hoạt động thể lực
 - + Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

5.2.2. Thuốc

Cần nắm vững cơ chế tác dụng, tác dụng phối hợp các loại thuốc điều trị tăng huyết áp và các tác dụng phụ khi sử dụng trước mắt và lâu dài. Cần dò liều của bệnh nhân trong quá trình điều trị

Có 6 nhóm thuốc chính (tham khảo liều lượng):

- * Thuốc lợi tiểu: 3 nhóm
 - Hypothiazide viên 25mg x 2 viên/ngày.
 - Furosemide (lasix) viên 20mg x 1-2 viên/24h.
 - Aldosterone như: Aldactone, Spirolactone viên 25 - 50mg x 4 lần/24h.
- * Thuốc chẹn giao cảm
 - Propranolon (Inderal) viên 40mg x 1 - 6viên/ngày.
- * Các thuốc ức chế men chuyển:
 - + Catopril: Viên 25 - 50mg liều 50 mg/ngày.
 - + Enalapril (Renitec) viên 5 - 20mg liều 20mg/ngày.
- * Thuốc ức chế canxi.
 - + Nipedipine (Adalat) viên 10mg liều 1-2 viên/ngày. Hoặc
 - + Diltiazem (Tildiem) 300mg LP x 1 viên/ngày.
- * Thuốc giãn mạch:
 - Minipres:
 - Viên 1mg x 1-2 viên/ngày tăng dần 10viên/ngày nếu cần.
 - Dihydralazine viên 25mg x 1-4viên/ngày.
- * Thuốc tác dụng lên thần kinh trung ương:

Có nhiều loại nhưng hiện nay ít dùng vì có nhiều tác dụng phụ.

 - Anpha Methyldofa (Aldomet)
 - Viên 250 mg (500mg) liều 500 - 1500 mg/24h.

VI - DỰ PHÒNG

1. Tổ chức khám bệnh thường xuyên, có chu kỳ, có đo huyết áp, quan trọng nhất là phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu.
2. Bố trí giờ giấc, chế độ nghỉ ngơi hợp lý, xen kẽ.
3. Hạn chế muối, tránh các chất kích thích (thuốc lá, cà phê, rượu, chè.....)
4. Trong sinh hoạt tránh mọi căng thẳng, xúc cảm mạnh.
5. Những người lao động trí óc cần kết hợp với công việc chân tay nhẹ nhàng tập thể dục.

LƯỢNG GIÁ

1. Anh (chị) hãy cho biết:
 - 1.1. Số huyết áp bình thường ở người Việt Nam.
 - 1.2. Khi nào gọi là tăng huyết áp?
 - 1.3. Khi nào gọi là tăng huyết áp giới hạn?
2. Những nguyên nhân thường gặp của tăng huyết áp?
3. Anh (chị) hãy kể những biến chứng thường gặp của tăng huyết áp.
4. Một bệnh nhân nam giới 60 tuổi, được chẩn đoán là tăng huyết áp do xơ mỡ động mạch đã được nằm điều trị tại bệnh viện, nay gửi về tiếp tục điều trị tại y tế cơ sở, anh (chị) cho biết anh (chị) quản lý theo dõi bệnh nhân này như thế nào?

Bài 9

NHỒI MÁU CƠ TIM

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhồi máu cơ tim
3. Trình bày được hướng xử trí nhồi máu cơ tim.

NỘI DUNG

1. Đại cương

- **Định nghĩa:** Nhồi máu cơ tim (NMCT) là hoại tử một phần của cơ tim do thiếu máu cục bộ, xảy ra sau khi tắc nghẽn kéo dài dòng máu mạch vành nuôi dưỡng vùng đó.

- Tuổi thường gặp NMCT nam giới trên 40 tuổi, chủ yếu 50-60 tuổi, nam nhiều gấp 4 lần nữ.

- Hàng năm, trên thế giới có 2,5 triệu người chết do bệnh NMCT, trong đó 25 % chết trong giai đoạn cấp tính của bệnh. Trong vòng năm sau đó chết thêm 5 % - 10 % nữa.

- Tại Việt Nam, dự báo đến năm 2017, sẽ có trên 20% dân số mắc bệnh, tức là cứ 5 người sẽ có một người bị tim mạch, trong đó số bệnh nhân NMCT ngày càng có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Nguyên nhân chính là do những thói quen không tốt cho sức khỏe như lười vận động, chế độ dinh dưỡng bất hợp lý gây tăng cân, béo phì, thói quen hút thuốc và nhả khói thuốc tùy tiện nơi công cộng; căng thẳng do nếp sống công nghiệp...

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

2.1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân chính gây ra nhồi máu cơ tim là do xơ vữa động mạch vành
- Cục máu đông từ nơi khác đến
- Do dùng các chất gây nghiện (cocain gây co thắt và tắc động mạch vành)
- Co thắt mạch vành đáng kể cũng có thể làm ngừng trệ dòng máu dẫn đến nuôi cơ tim

2.2. Các yếu tố nguy cơ

- Béo phì (BMI>25)
- Rối loạn lipid máu
- Hút thuốc lá
- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường,
- Gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm trước tuổi 60.

Có vài trường hợp nhồi máu cơ tim xảy ra ở người trẻ hoặc người không hề có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào.

3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng điển hình và thường gặp nhất của nhồi máu cơ tim là:

- Đau ngực: Với cảm giác đau như bị đè ép, bóp chặt ở giữa ngực, diễn ra trong khoảng 5-15 phút (khác về thời gian và độ đau với cơn đau ngực thông thường), thường không quá 1 giờ.

- Cơn đau có thể lan lên vai, cổ, hàm hoặc lan dọc theo cánh tay, đặc biệt là tay trái.

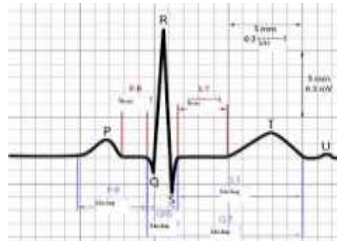
- Các triệu chứng phụ như: Vã mồ hôi, buồn nôn, chóng mặt, bất tỉnh, mệt nhọc, khó thở, tái nhợt, tim đập mạnh.

- Khám tim: Nghe T₁ yếu ở mỏm, đôi khi nghe thấy tiếng ngựa phi đầu tâm trương hoặc đầu tâm thu

Nhiều trường hợp nhồi máu cơ tim lại có biểu hiện không rõ ràng như tiêu chảy, đau bụng hoặc không hề có triệu chứng (nhồi máu cơ tim thầm lặng, thấy nhiều ở các bệnh nhân đái tháo đường) hoặc diễn biến hết sức đột ngột, biểu hiện bằng biến chứng hôn mê, rối loạn nhịp tim, ngừng tim hay chết bất ngờ ...

4. Cận lâm sàng

4.1. Điện tâm đồ (ECG): Nhồi máu cơ tim cấp có thể dựa vào những biến đổi của phức bộ QRS (sóng Q bệnh lý). Biến đổi của đoạn ST: ST chênh có hình vòm gọi là sóng Pardee



Hình 9.1. Hình ảnh điện tim bình thường



Hình 9.2. Hình ảnh nhồi máu cơ tim

4.2. Men tim huyết thanh:

- **CPK (Creatinin Phosphat Kinase)** đặc hiệu của cơ tim

+ Động học: tăng 4- 6 giờ sau khi nhồi máu.

+ Bình thường: 25- 220 U/L.

- **CK-MB:** Là isoenzym của CK, CK-MB có tính đặc hiệu cho tổn thương tại tim hơn CK và được xem là một trong những chỉ điểm của hoại tử cơ tim, được sử dụng trong chẩn đoán NMCT .

+ Bình thường: CK- MB \leq 24 U/L

+ Động học: khởi tăng 3- 12h, đỉnh 24h, về bình thường 48- 72h.

- **LDH (Lactacdehydrogennase)**

+ Động học: tăng 24- 48 giờ sau khi nhồi máu.

+ Bình thường: 230- 460 U/L

- **Men Transamin (SGOT, SGPT)** tăng 12h đến 48h sau nhồi máu. Tuy nhiên men này tăng cả trong bệnh lý cơ và gan do đó ít có giá trị chẩn đoán NMCT.

- **Troponin:** Troponin I, T: có độ nhạy- độ đặc hiệu cao

+ Troponin I, T được coi như là một chỉ báo đáng tin cậy của các tổn thương cơ tim hơn so với mức độ CK, CK -MB tăng cao.

+ Bình thường: 0,5- 2 ng/mL ($< 0,1 - 0,2$ ng/ml) > 2 : chẩn đoán chắc chắn.

+ Động học: khởi tăng 3- 12h, đỉnh 24- 48h, về bình thường 5- 14 ngày.

- **H - FABP (Heart type Fatty Acid Binding Protein): Xét nghiệm mới**

+ Ở thời điểm 0- 3 và 3- 6 giờ đầu sau khi đau ngực, men CK- MB và Troponin T, I có độ nhạy thấp, trong khi đó đã cho thấy men H- FABP có độ nhạy vượt trội đặc biệt trong giai đoạn sớm 0- 3 giờ và 3-6 giờ

+ Sự gia tăng H - FABP trong những giờ đầu sau khi có biểu hiện đau ngực là một dự báo quan trọng về khả năng gia tăng tỉ lệ tử vong hoặc NMCT tái phát trong vòng 01 năm

+ Bình thường: Âm tính. Khi H - FABP tăng trên 6,48 pg/l sẽ tăng nguy cơ bất lợi cho người bệnh

5. Biến chứng

- Shock tim, vỡ tim, suy tim

- Hở van 2 lá

- Viêm màng ngoài tim

- Hội chứng Dressler (còn gọi là hội chứng sau nhồi máu cơ tim): đau ngực khi hít vào, sốt tái đi tái lại, bạch cầu tăng, đau khớp, có tiếng cọ màng ngoài tim, tràn dịch màng phổi là do phản ứng miễn dịch.

- Huyết khối tắc mạch

- Đau loạn dưỡng phản xạ chi trên

- Phồng thành tim

6. Xử trí

6.1. Đối với nhồi máu cơ tim chưa có biến chứng

** Giai đoạn trước khi vào bệnh viện:*

- An thần Diazepam 10mg uống

- Thuốc giãn mạch vành papaverin

- Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện

** Giai đoạn ở bệnh viện:*

- Hộ lý: Nằm yên tại giường, ăn nhẹ thức ăn dễ tiêu, tránh các chất kích thích.

- Thuốc an thần và chống đau

+ Thở oxy

+ Nitroglycerin 0,5mg đặt dưới lưỡi

+ Nếu không hết đau cho propranolol 20mg (uống) x 2- 4 lần/ngày.

+ Thuốc ức chế canxi: Nifedipin 10- 20mg x 3- 4 lần trong ngày.

+ Aminophyllin 250- 500mg (tiêm TM chậm).

- Thuốc chống đông: Heparin, aspirin, Clopidogrel (Flavix)

6.2. Điều trị các biến chứng

6.3. Điều trị ngoại khoa: Đặt stent, bắc cầu nối chủ vành...

7. Dự phòng

Tuyên truyền giáo dục cho nhân dân và cộng đồng

- Bỏ thuốc lá

- Có chế độ theo dõi chặt chẽ huyết áp

- Giảm mỡ máu

- Điều trị tích cực đái tháo đường

- Tăng cường luyện tập và hoạt động thể lực nhiều hơn

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Yếu tố nguy cơ nào sau đây ít gây nhồi máu cơ tim
 - A. Hút thuốc lá
 - B. Rối loạn mỡ máu
 - C. Uống rượu
 - D. Đái tháo đường
2. Triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim là
 - A. Khó thở
 - B. Vã mồ hôi
 - C. Đau ngực kéo dài 5- 10 phút
 - D. Hồi hộp đánh trống ngực, buồn nôn
3. Triệu chứng cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán sớm nhồi máu cơ tim đang áp dụng hiện nay là:
 - A. Men CK-MB tăng
 - B. Điện tâm đồ có hình ảnh NMCT
 - C. XN men Troponin T tăng
 - D. XN men H - FABP tăng

Bài 10

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của đái tháo đường
2. Mô tả được các triệu chứng và tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường
2. Trình bày được cách điều trị và phòng bệnh đái tháo đường

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Đái tháo đường là nhóm của các bệnh chuyển hoá, có đặc điểm tăng đường huyết do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng đường huyết kéo dài kéo theo những tổn thương, rối loạn chức năng các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu.

2. Nguyên nhân

Điều chỉnh đường huyết là vai trò của các tuyến nội tiết: Tuyến yên, tuyến thượng thận, tuyến giáp. Trong một số bệnh, các tuyến này vẫn không đảm đương được sự cân bằng và sẽ gây bệnh.

Có hai loại nguyên nhân của đái tháo đường: Nguyên nhân ngoài tuyến và do tuyến.

2.1. Nguyên nhân ngoài tuyến

- Cường tuyến yên
- Cường vỏ thượng thận
- Cường tuyến giáp

2.2. Nguyên nhân tuyến: Sỏi tuyến, viêm tuyến, ung thư tuyến

Nguyên nhân thuận lợi gây bệnh là: Yếu tố gia đình, người béo, nhiều tuổi, ít hoạt động về thể lực, hoặc hay sử dụng các thuốc lợi tiểu đào thải muối (Hypothiazit, Novurit).

3. Các yếu tố nguy cơ

- Béo phì (BMI > 25)
- Tăng huyết áp
- Rối loạn mỡ máu
- Tiền sử đẻ con trên 4 kg
- Tiền sử bị đái tháo đường thai nghén
- Gia đình có người bị đái tháo đường (Bố, mẹ, anh, chị em ruột)
- Tiền sử rối loạn dung nạp Glucose
- Chứng tộc da đỏ, da đen
- Người trên 45 tuổi

4. Phân loại đái tháo đường

Theo ADA (*American Diabete Association*)(Hội đái tháo đường Mỹ) thì bệnh đái tháo đường được chia thành 4 nhóm chủ yếu sau:

- **Đái tháo đường typ 1:** do tổn thương hoặc suy giảm chức năng tế bào β nguyên phát, đưa đến thiếu insulin hoàn toàn.
 - + Xảy ra ở người trẻ, phần lớn từ 10 - 20 tuổi.

+ Tỷ lệ mới mắc cao ở các gia đình có người bị đái đường typ 1, có xu hướng hôn mê toan huyết.

- Đái tháo đường typ 2:

+ Thường xảy ra ở người trên 35 tuổi.

+ Đường huyết thường tăng cao nhiều năm trước khi được chẩn đoán.

+ Thường ở người có triệu chứng nhẹ, phát hiện tình cờ.

+ Đa số bệnh nhân thuộc loại béo

- Đái tháo đường thai nghén:

+ Đái đường thai nghén thường gặp ở phụ nữ có thai có đường huyết tăng hoặc giảm dung nạp glucose, gặp khi có thai lần đầu và thường mất đi sau đẻ.

+ Đái tháo đường ở người mang thai thường khởi phát từ tuần lễ thứ 24 của thai kỳ, đôi khi xuất hiện sớm hơn.

+ Một số phụ nữ được xếp vào nhóm có nguy cơ cao là: Béo phì, tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường, tiền sử sinh con trên 4 kg, tiền sử bị sảy thai hoặc thai chết lưu không tìm được nguyên nhân, ở phụ nữ trên 30 tuổi.

Để phát hiện sớm, tất cả phụ nữ có thai nên được kiểm tra đường huyết để phát hiện đái tháo đường vào tuần lễ thứ 24 và thứ 28 của thời kỳ mang thai.

- Rối loạn dung nạp glucose.

Rối loạn dung nạp glucose chỉ được phép kết luận sau khi đã tiến hành nghiệm pháp tăng đường huyết bằng đường uống.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Cơ năng, toàn thân

Lúc đầu rất khó chẩn đoán, không có biểu hiện rõ. Sau bệnh tiến triển dần, với các triệu chứng:

1.1. Đối với tiểu đường typ 1

- Người bệnh thường trẻ, bệnh cảnh thường bị nhiễm toan Ceton.

- Uống nhiều, đái nhiều, người bệnh mất nước, rất khát và thích nước ngọt.

- Gầy nhiều do giảm đồng hoá và tăng dị hoá Protid, Lipid, làm teo các cơ, các tổ chức mỡ dưới da.

- Sút cân có thể 5-10 kg trong vài tháng.

- Ăn nhiều, người bệnh luôn có cảm giác đói, do vậy ăn rất nhiều.

- Mệt mỏi nhiều, hay bị nhiễm trùng; đặc biệt là nhiễm trùng da, sinh dục, tiết niệu.

1.2. Triệu chứng của tiểu đường typ 2

Thường gặp ở người bệnh lớn tuổi.

Phần lớn người bệnh có béo phì, biểu hiện của bệnh kín đáo, thường diễn biến tiềm tàng trong thời gian dài (có yếu tố gia đình).

Biến chứng thường gặp là tăng áp lực thẩm thấu máu.

2. Triệu chứng thực thể: Thường thể hiện bằng các biến chứng của đái tháo đường:

2.1. Biến chứng cấp tính

- Hôn mê do nhiễm toan ceton

- Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu

- Nhiễm toan acid lactic

- Hạ đường huyết

2.2. Biến chứng mạn tính

*** Biến chứng vi mạch:**

- Biến chứng mắt: Bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể

- Bệnh thận do đái tháo đường

*** Biện chứng mạch máu lớn:**

- Suy mạch vành: Thiếu máu cơ tim gây đau ngực, nhồi máu cơ tim
- Xơ vữa mạch và rối loạn chuyển hoá lipid
- Tăng huyết áp
- Bệnh động mạch chi dưới: Viêm động mạch chi dưới
- Tai biến mạch máu não

*** Biện chứng khác**

- Biện chứng ngoài da: Ngứa lan toả, nhiễm nấm sinh dục
- Nhiễm trùng:
- Biện chứng vùng miệng: Viêm quanh răng
- Biện chứng thần kinh ngoại biên: Viêm đa dây thần kinh

3. Triệu chứng cận lâm sàng: Rất cần thiết để chẩn đoán sớm và phát hiện mức độ nặng của bệnh.

Xét nghiệm:

- Đường máu lúc đói tăng: Trên 7 mol/l
- Đường máu bất kì : Trên 11,1 mol/l

Hoặc sau làm nghiệm pháp tăng Glucose máu trên 11,1mol/l

- Nước tiểu có Glucose (+)
- U rê và Creatinin có thể tăng

III. Chẩn đoán đái tháo đường

Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng (xét nghiệm đường máu)

- Đường máu lúc đói tăng: Trên 7 mol/l
- Đường máu bất kì : Trên 11,1 mol/l
- Hoặc sau làm nghiệm pháp tăng Glucose máu trên 11,1mol/l

IV. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG

Là một bệnh mạn tính, luôn bị đe dọa bởi các biến chứng đã nói ở trên. Hôn mê đái đường là biến chứng nặng nhất dễ gây tử vong. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào công tác chăm sóc, theo dõi và điều trị về thuốc cũng như về chế độ ăn.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống

- Nghỉ ngơi hoàn toàn trong giai đoạn cấp. Giai đoạn ổn định, làm việc bình thường, tránh lao động quá sức.
- Ăn: Hạn chế chất Glucid nhưng vẫn phải đảm bảo số calo cần thiết cho mỗi ngày (2000 calo). Điều chỉnh lượng thức ăn theo kết quả xét nghiệm sinh hóa cho thích hợp. Ăn tăng Protid thực vật và nhiều Vitamin.

2. Thuốc

- Điều trị thuốc phải đạt được những yêu cầu sau:
 - + Tìm liều nhỏ nhất cho tác dụng tối ưu trên người bệnh.
 - + Chia liều điều trị theo thời gian tác dụng thuốc.
 - + Thay đổi các loại thuốc để đạt được kết quả
 - + Khi dùng thuốc đường huyết phải duy trì được ở mức 6 mmol/lít
 - + *Đái tháo đường typ I:* Thường ở người trẻ, thể trạng gầy, có nhiều biến chứng và hay gặp biến chứng về chuyển hoá, kháng nguyên bạch cầu thuộc nhóm HLA-DR3, HLA-DR4, có kháng thể chống tế bào Langerhans. Bắt buộc phải điều trị bằng insulin tiêm.
 - + *Đái tháo đường typ II:* Thường ở người nhiều tuổi, thể trạng béo, ít có biến chứng và hay gặp biến chứng về tim mạch. Thường dùng viên hạ đường huyết uống,

trong một số trường hợp cụ thể (hôn mê, có biến chứng tim mạch, giai đoạn muộn) phải dùng insulin tiêm.

2.1. Insulin có loại nhanh (tác dụng cao nhất sau 2 giờ và hết tác dụng sau 8 giờ) và loại chậm (tác dụng cao nhất sau 5-6 giờ và hết tác dụng sau 12-16 giờ). Liều lượng Insulin được dùng phụ thuộc vào con số của đường niệu và đường máu, Insulin tiêm dưới da, bằng một bơm tiêm riêng, có chia từng độ nhỏ.

2.2. Các viên hạ đường máu: Có nhiều loại:

- Loại Sunfamid hạ đường máu thế hệ 1 như Tolbutamid, Chlorpropamid.
- Loại Sunfamid hạ đường máu thế hệ 2 như daonil, diamicon.
- Loại biguanid.

LUỢNG GIÁ

1. Trong các triệu chứng của bệnh đái tháo đường kể sau đây, anh (chị) hãy cho biết 3 triệu chứng chính, có giá trị chẩn đoán bệnh:

- A. Bệnh nhân gầy nhiều và mệt mỏi
- B. Ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều
- C. Hay bị mụn nhọt, lở ngứa ngoài da.
- D. Viêm đa dây thần kinh ngoại biên
- E. Đường máu tăng lúc đói trên 7,0mmol/l
- F. Sau khi ăn 2 giờ đường máu vẫn cao.
- G. Nước tiểu có Glucose, lượng Glucose cao 40-50 g/lít

2. Hãy kể tên một số thức ăn cần kiêng và cần hạn chế đối với bệnh nhân đái tháo đường.

3. Trình bày các biến chứng của bệnh đái tháo đường?

Bài 11

BASEDOW

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của bệnh basedow.
2. Trình bày được hướng điều trị và phòng bệnh basedow.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Đặc điểm dịch tễ

Bệnh Basedow còn được gọi là bệnh parry hay bệnh Graves, bệnh bướu cổ có lồi mắt hay bệnh tăng năng giáp tự miễn.

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tập trung nhiều ở tuổi 20-40, trong đó ở Việt Nam thường gặp nhiều ở lứa tuổi 20-30 (31,8%), nữ chiếm nhiều hơn nam, tùy theo thống kê có thể chiếm tỷ lệ 4/1 – 7/1 (Williams, Lê Huy Liệu)

1.2. Định nghĩa

Bệnh Basedow là bệnh cường chức năng tuyến giáp, kết hợp với phì đại bướu lan toả. Những biến đổi bệnh lý trong cơ quan và tổ chức là do tác dụng của hormone giáp tiết quá nhiều vào trong máu.

2. Triệu chứng

Mô tả bệnh Basedow điển hình.

2.1. Triệu chứng lâm sàng

* *Bướu giáp trạng:*

- Thường là bướu giáp mạch: Bướu to lan toả, thùy phải thường to hơn thùy trái. Sờ có rung miu, nghe có tiếng thổi tâm thu hoặc tiếng thổi liên tục tại tuyến.

* *Tim mạch:* Đây là triệu chứng quan trọng, với biểu hiện:

- Nhịp tim nhanh: Nhịp nhanh xoang thường xuyên, tăng lên khi gắng sức hoặc xúc động, kèm theo có hồi hộp đánh trống ngực, đôi khi khó thở, có khi có loạn nhịp hoàn toàn hoặc loạn nhịp ngoại tâm thu.

- Có thể gây suy tim, thường là suy toàn bộ.

* *Gầy sút:*

Bệnh nhân gầy sút, mặc dù ăn vẫn ngon miệng, có khi gầy sút nhanh (khoảng 10 kg/tháng).

* *Các biểu hiện ở mắt:*

- Mắt lồi, sáng long lanh
 - + Thường lồi mắt cả hai bên
 - + Có thể có lồi mắt ác tính

* *Run tay:*

- Run nhỏ, nhanh các đầu ngón
- Tăng lên khi xúc động

* *Một số biểu hiện khác:*

- Bệnh nhân nóng bức, sợ nóng, có những cơn bốc hỏa. Ra mồ hôi nhất là hai lòng bàn tay.

- Thay đổi tính tình: Bệnh nhân bồn chồn không yên, hay cáu gắt, dễ xúc động. Bệnh nhân lo lắng nhiều về bệnh tật.

- Rối loạn tiêu hoá: Thường đi ngoài phân lỏng nhưng không có máu, mủ.

- Mỗi cơ: Thường gặp ở thể trung bình và nặng, phát hiện bằng dấu hiệu ghé đầu, khi điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, bệnh Basedow đỡ thì triệu chứng mỗi cơ cũng giảm dần.

- Rối loạn sinh dục:

+ Rối loạn kinh nguyệt ở nữ

+ Liệt dương ở nam.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chuyển hoá cơ sở tăng

- Phản xạ gân gót rút ngắn

- Cholesterol máu giảm

- Đường huyết bình thường hoặc tăng nhẹ.

- Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp ở thời điểm 2 giờ và 24 giờ thấy tăng cao và có góc chạy điển hình.

+ Định lượng T_3 , T_4 và FT_4 trong huyết thanh thấy tăng cao (theo phương pháp

RIA: Bình thường T_4 : 50- 150 nmol/l; T_3 : 1- 3 nmol/l).

+ Định lượng TSH huyết thanh theo phương pháp IRMA (Immuno Radio Metrie Assay) thấy giảm thấp (bình thường TSH: 0,3- 3,5 mU/l).

+ Ghi xạ hình và siêu âm tuyến giáp: xác định hình thể và kích thước tuyến giáp.

3. Tiến triển và biến chứng

* *Cơn cường giáp cấp:*

Dễ xảy ra ở bệnh nhân cường giáp nặng, bệnh nhân được phẫu thuật trong khi chưa đạt bình giáp hoặc không chuẩn bị nội khoa tốt. Cơn cường giáp thường có biểu hiện:

- Sốt 38 – 39⁰C hoặc cao hơn, vã mồ hôi, vật vã, kích động, đôi khi mê lả.

- Nhịp tim rất nhanh, loạn nhịp, suy tim có truy mạch.

- Bệnh nhân đau bụng, vàng da, ỉa chảy, nôn mửa, gầy sút cân nhanh.

- Ban đầu bao giờ cũng có triệu chứng run, mất ngủ, đôi khi mê sảng, hoặc rối loạn tâm thần, vật vã lo âu.

Tiền lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong cao 30-60%.

* *Biến chứng tim mạch:*

- Các rối loạn nhịp tim: Cơn nhịp nhanh xoang, nhịp nhanh trên thất, loạn nhịp hoàn toàn.

- Suy tim: Khó thở, tím, phù ngoại vi, đái ít

- Đau thắt ngực: Do suy vành cơ năng.

* *Bệnh cơ do nhiễm độc giáp*

Dễ xảy ra hơn trong trường hợp nhiễm độc giáp nặng, thường liệt gốc chi, đi lại khó khăn, phản xạ gân xương nói chung bình thường, không có dấu hiệu bó thấp.

* *Biến chứng tại mắt:*

- Lồi mắt ác tính: lúc đầu bệnh nhân bị chảy nước mắt, sợ ánh sáng, lồi mắt nặng lên nhanh, mắt đỏ, cương tụ giác mạc, dễ bị loét giác mạc, thủng nhãn cầu, có thể mù loà.

- Loét giác mạc.

- Liệt cơ vận nhãn.

4. Điều trị

Cho đến nay, trong điều trị bệnh Basedow có 3 phương pháp điều trị cơ bản:

- Điều trị nội khoa
- Điều trị bằng iod phóng xạ
- Điều trị bằng phẫu thuật

4.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu là điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, còn các thuốc khác giúp cho điều trị nội khoa đạt kết quả tốt hơn.

4.1.1. Chỉ định

- Bệnh mới khởi phát
- Thể nhẹ và trung bình
- Bướu to ít, lan nhanh
- Bệnh nhân có đủ điều kiện để điều trị kéo dài 1- 2 năm

4.1.2. Điều trị cụ thể

* *Chế độ nghỉ ngơi ăn uống:*

- Nghỉ ngơi tương đối, tránh lao động nặng, tránh stress.
- Ăn uống đảm bảo đầy đủ các chất dinh dưỡng, vitamin.

* *Thuốc:*

- Kháng giáp trạng tổng hợp: Hiện nay có các loại thuốc chủ yếu sau:

MTU (Methylthiouracil), PTU (Propylthiouracil), BTU Benzylthiouracil)

(Basden), Mercasolin, Thiamazol, Carbimazol...

- Chế phẩm có iod (dung dịch lugol): Iod ngăn cản chuyển từ iod vô cơ sang iod hữu cơ, ức chế sự xuất hormon ra khỏi tuyến giáp và phát huy tác dụng nhanh hơn so với các hợp chất ức chế tổng hợp hormone.

- Thuốc kháng giao cảm: Đây là thuốc ức chế beta giao cảm, ít tác dụng phụ, không gây hại cho huyết áp: Có thể dùng Propranolon 20mg x 1 viên/ngày

- Thuốc an thần:

Seduxen 5mg x 1-2 viên/ 24h dung 7-10 ngày.

- Vitamin B1, C.

* *Tiêu chuẩn đánh giá bình giáp (euthyroid)*

- Nhịp tim trở về bình thường.
- Tăng cân và cân trở về bình thường.
- Hết triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật.
- CHCS, T₃, T₄ về bình thường.

4.2. Điều trị bằng iod phóng xạ (I^{131})

Đây là phương pháp điều trị tương đối đơn giản, có hiệu quả và kinh tế. có thể xem như đây là một phương pháp "phẫu thuật" chọn lọc, tác dụng vào các tế bào khát iod của tuyến giáp, phá hủy các tế bào này bằng các tia beta.

4.3. Điều trị bằng phẫu thuật:

Chủ yếu là phương pháp cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp.

5. Phòng bệnh:

Trên cơ địa những người dễ mắc bệnh Basedow cần tránh các sang chấn tâm lý, tránh dùng các chế phẩm có iod liều cao kéo dài. Đặc biệt cần tuyên truyền giáo dục cho các bệnh nhân Basedow thực hiện tốt liệu trình điều trị nội khoa, để duy trì bình giáp, tránh tái phát, tránh các biến chứng có thể xảy ra.

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau :

1. Triệu chứng nào sau đây có giá trị chẩn đoán bệnh Basedow

- A. Mất lồi
- B. Run tay
- C. Xét nghiệm T3, T4 trong máu tăng
- D. Rối loạn thần kinh thực vật

2. Các triệu chứng sau đây là của cơn bão giáp, ngoại trừ :

- A. Sốt cao
- B. Hôn mê
- C. Nôn mửa
- D. Không ngủ được

3. Điều trị nội khoa bệnh Basedow được chỉ định trong các trường hợp sau :

- A. Bệnh mới bắt đầu
- B. Thể nhẹ và vừa
- C. Bướu có nhân lan tỏa
- D. Bướu to vừa, lan tỏa

4. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh Basedow ?

Bài 12

XƠ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố thuận lợi gây bệnh, các triệu chứng lâm sàng, biến chứng của xơ gan.
2. Trình bày được các nguyên nhân gây xơ gan, hướng điều trị và phòng bệnh xơ gan

NỘI DUNG

1. Đại cương

Xơ gan là một bệnh còn tương đối phổ biến ở Việt Nam và thế giới. Xơ gan gặp cả ở 2 giới nhưng nam có phần nhiều hơn nữ. Một số nghiên cứu gần đây ở nước ta thấy tỷ lệ Nam/ nữ gần bằng 3/1, tuổi trung bình của bệnh nhân từ 40-50.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng không đặc hiệu bao gồm mệt mỏi gày sút, mau mệt, kém ăn, sợ mỡ... thường thấy trong các bệnh mạn tính khác.

2.1.1. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC)

- Cô trướng tự do dịch thấm. Lượng albumine thấp dưới 30g/l
- Lách to do ứ máu, từ đó có thể gây giảm tế bào máu, nhất là giảm số lượng và độ tập trung tiểu cầu
- Giãn các tĩnh mạch ở vòng nối cửa chủ, tuần hoàn bàng hệ kiểu gánh chủ. Đặc biệt gây giãn TM thực quản, rất nguy hiểm do có thể vỡ, chảy máu.

2.1.2. Suy chức năng gan

- Rối loạn tiêu hoá, chán ăn, sợ mỡ, táo hoặc lỏng.
- Phù 2 chi hoặc phù toàn thân kèm theo cổ trướng.
- Xuất huyết dưới da, niêm mạc.
- Giãn các mao mạch dưới da (sao mạch, bàn tay son).
- Vàng da do chèn ép ống mật và bilirubin tự do không liên hợp được. Khi có vàng da thường thể hiện đợt tiến triển nặng của bệnh.
- Rối loạn chuyển hoá Gluxit, lipit, protit biểu hiện:
 - + Chóng mặt môi, có cơn hạ đường huyết
 - + Da khô, bong vảy, lông tóc móng dễ rụng, gãy.
- Trí nhớ giảm, mất ngủ đêm.
- Giảm tình dục
- Giai đoạn muộn: tiền hôn mê, hôn mê gan.

2.1.3. Khám gan

- Gan teo nhỏ hoặc to ra nhưng thường teo nhỏ.
- Mật độ chắc.
- Bờ sắc, không đều.
- Mặt gồ ghề do tăng sinh các cục u.

2.2. Cận lâm sàng

* Suy gan

- Công thức máu: giảm 3 dòng tế bào máu, khi có lách to càng rõ.
- Albumine giảm, tỷ số A/G < 1.
- Prothrombin máu giảm < 75%.
- Cholesterol ester giảm < 65% cholesterol toàn phần.
- Bilirubin máu tăng
- Phosphatase kiềm tăng
- BSP và Galactose niệu (+).
- NH₃ tăng, ure có thể tăng hoặc giảm.

* Do viêm tổ chức liên kết

- Gros < 1,7ml dung dịch Hayem. MacLagan > 10 đơn vị
- (Globulin tăng > 20%.

* Do hoại tử tế bào gan

ALT, AST tăng vừa. (men SGOT, SGPT cũ)

* Siêu âm gan:

Trên mặt gan có nhiều nốt đậm, có hình ảnh giãn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách. Hình ảnh siêu âm chỉ là xét nghiệm bổ xung chứ không phải là xét nghiệm đặc hiệu.

* Sinh thiết gan

3. Nguyên nhân xơ gan

Có một số nguyên nhân xơ gan đã được xác định. Một số vẫn chưa rõ hoặc còn đang tranh cãi.

- Xơ gan do viêm gan virus: ngày nay đã biết 6 loại virus gây viêm gan trong đó virus B, virus C được coi là tác nhân gây xơ gan nhiều nhất

- Xơ gan do ứ mật kéo dài:

+ Ứ mật thứ phát: sỏi, giun gây tắc, chít hẹp.

+ Ứ mật nguyên phát: hội chứng Hanot

- Xơ gan do rượu.

- Xơ gan do ứ đọng máu kéo dài:

+ Suy tim, viêm màng ngoài tim dày dính

+ Viêm tắc tĩnh mạch trên gan (hội chứng Budd-Chiari).

+ Bệnh huyết sắc tố (hồng cầu hình liềm).

- Xơ gan do ký sinh trùng: sán máng, sán lá gan.

- Xơ gan do nhiễm độc hoá chất và thuốc.

- Xơ gan do rối loạn chuyển hoá: nhiễm sắt, nhiễm đồng, rối loạn chuyển hoá porphyrin.

- Xơ gan do di truyền.

- Xơ gan lách to kiểu Banti.

4. Chẩn đoán xác định

4.1. Xơ gan tiềm tàng

Triệu chứng nghèo nàn, chỉ có một vài triệu chứng cơ năng như đau nhẹ hạ sườn phải, rối loạn tiêu hoá, chướng hơi, chảy máu cam, giãn mao mạch vùng cổ, ngực. Gan có thể to, mềm.

Chẩn đoán khó, dựa vào sinh thiết gan.

4.2. Xơ gan mất bù: biểu hiện 2 hội chứng

Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng suy tế bào gan cùng một số xét nghiệm cận lâm sàng khác như đã nêu ở trên

5. Chẩn đoán phân biệt

5.1. Với xơ gan to

- Gan to trong suy tim. Do ứ huyết, BN có các triệu chứng tại tim, phản hồi gan
- TM cổ (+).
- Ung thư gan: Gan to cứng, suy kiệt nhanh, AFP (+)
- Gan to của viêm gan mãn: Tiền sử viêm gan, Transaminaza tăng, có thể có HBsAg(+).

5.2. Cổ trướng cần chẩn đoán phân biệt với

- Lao màng bụng: Chọc dò cổ trướng dịch tiết, hội chứng nhiễm lao.
- U nang nước buồng trứng: Siêu âm hoặc X quang thấy hình ảnh u nang
- Ung thư các tạng trong ổ bụng: Thường dịch cổ trướng có máu, toàn thân suy sụp nhanh.

6. Biến chứng - Tiên lượng

Xơ gan là bệnh nặng, nếu được theo dõi, điều trị và loại bỏ nguyên nhân có thể kéo dài cuộc sống được 10- 15 năm. Xơ gan to tốt hơn teo. Nếu có cổ trướng, vàng da kéo dài là những dấu hiệu xấu.

Có 4 biến chứng

- Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản: Nguy hiểm vì mất máu, NH₃ tăng, hôn mê, tử vong
- Tiên hôn mê, hôn mê: Nếu không điều trị tốt sẽ đi vào hôn mê. Thường xảy ra sau các yếu tố như xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng, ỉa chảy, chọc tháo nhiều dịch cổ trướng.

- Nhiễm khuẩn: viêm phổi, lao, nhiễm trùng dịch cổ trướng.

- Ung thư hoá.

7. Điều trị

- Chế độ nghỉ ngơi tuyệt đối trong đợt tiến triển.
- Ăn tăng đường, đạm, ăn nhạt nếu có phù.
- Thuốc:
 - + Cải thiện chuyển hoá tế bào gan: các vitamin.
 - + Glucocorticoid 20- 25 mg/ ngày trong 2 tuần.
 - + Tăng cường đồng hoá đạm: Testosteron 100mg/ 2 tuần.
 - + Uống, truyền Glucoza
 - + Truyền máu, đạm, plasma, albumin.
- Cổ trướng:
 - + Chọc tháo không quá 2 lít, tốc độ chậm
 - + Lợi tiểu không thải Kali, kháng aldosteron;
- Xử trí các biến chứng.
- Ghép gan

8. Dự phòng

Để dự phòng cần phát hiện những trường hợp có nguy cơ xơ gan, đó là các viêm gan mạn, nghiện rượu, các bệnh nhiễm trùng gan cấp và mạn. Biện pháp chung dự phòng là không làm cho gan nhiễm độc. Điều trị các bệnh gan có sẵn

Đối với các bệnh nhân chưa có viêm gan mạn điều trị dự phòng tránh mắc các bệnh dẫn đến viêm gan mạn như tiêm vaccin phòng viêm gan B, không uống nhiều rượu. Khi dùng các thuốc điều trị bệnh mạn tính khác phải chú ý chức năng gan có bị ảnh hưởng không

Đối với các bệnh nhân đã viêm gan mạn hoặc có bệnh gan khác : dự phòng là điều trị bảo tồn không làm cho viêm gan nặng lên không tiếp tục nhiễm thêm các tác nhân có hại cho gan

Dự phòng cần được đặt ra từ ngay tuyến cơ sở bằng các biện pháp tuyên truyền tác hại của rượu , bệnh viêm gan B , các tác nhân khác... và dự phòng Vaccin viêm gan B.

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

Xét tình huống: Bệnh nhân nam, 47 tuổi, vào viện vì phù hai chi dưới, bụng to dần, hay chảy máu chân răng, thỉnh thoảng có đi ngoài ra máu tươi.

1. Bệnh nhân có thể mắc bệnh nào sau đây:
 - A. Loét dạ dày tá tràng
 - B. Viêm quanh răng
 - C. Xơ gan
 - D. Rối loạn yếu tố đông máu
2. Khi khai thác tiền sử cần hỏi các vấn đề nào sau đây, loại trừ:
 - A. Tiền sử uống rượu
 - B. Tiền sử vàng da, vàng mắt
 - C. Tiền sử điều trị lao
 - D. Tiền sử điều đại tiện phân nhầy, máu mũi
3. Xét nghiệm nào sau đây cần thiết làm để giúp cho chẩn đoán
 - A. Bilirubin máu
 - B. Tỷ lệ Prothronbin, NH3
 - C. Soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm
 - D. Siêu âm gan mật
4. Trình bày triệu chứng lâm sàng của xơ gan?
5. Trình bày các biến chứng của xơ gan?
6. Trình bày hướng điều trị và phòng bệnh xơ gan?

Bài 13

LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của bệnh loét dạ dày, hành tá tràng
2. Mô tả được chẩn đoán, phác đồ điều trị và các biện pháp dự phòng của bệnh loét dạ dày, hành tá tràng.

NỘI DUNG

1. Đặc điểm dịch tễ học

Là một bệnh phổ biến trong các bệnh đường tiêu hoá. Mọi lứa tuổi đều có thể gặp nhưng gặp nhiều hơn ở 20- 40 tuổi. Thường nam mắc nhiều hơn nữ với tỉ lệ 3:1. Lao động căng thẳng, ở thành phố mắc nhiều hơn nông thôn, thời chiến nhiều hơn thời bình. Loét dạ dày hành tá tràng ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ của bệnh nhân, làm giảm khả năng lao động và quan trọng hơn có một số biến chứng có thể nguy hiểm đến tính mạng.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

- Do mất cân bằng giữa 2 yếu tố bảo vệ và huỷ hoại: Tăng tiết HCl, pepsin - Giảm tiết chất nhầy bảo vệ.

- Một số yếu tố được coi là yếu tố thuận lợi hoặc nguy cơ như : sự căng thẳng thần kinh quá mức và kéo dài, yếu tố gia đình, thiếu dinh dưỡng, ăn không đúng bữa, thức ăn cứng, lứa tuổi: 20- 40 tuổi, nam dễ mắc bệnh hơn nữ, Các thuốc corticoit, các thuốc hạ sốt giảm đau không steroid, thuốc chẹn giao cảm. Gần đây vi khuẩn *Helicobacter pilory* (HP) được đánh giá là nguyên nhân gây viêm, loét dạ dày, hành tá tràng.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Triệu chứng thường đa dạng, diễn biến theo chu kỳ.

- Đau: là triệu chứng chính, có tính chất chu kỳ, từng đợt. Vị trí đau thay đổi tuỳ vị trí loét.

- + Loét tâm vị, mặt sau dạ dày có thể đau khu trú ở thượng vị, lan lên ngực trái, dễ chẩn đoán nhầm. Đau ngay sau khi ăn

- + Loét bờ cong lớn- hang vị: đau sau khi ăn 2-3 giờ

- + Loét môn vị: thường không liên quan đến thời gian ăn và thường đau quặn.

- + Loét hành tá tràng: đau lúc đói, hơi lệch sang phải, cảm giác đau bỏng rát

- + Cả loét dạ dày- hành tá tràng có thể không đau gọi là loét câm. Đây là một thể lâm sàng khá đặc biệt của loét dạ dày hành tá tràng thường không phát hiện triệu chứng gì, chỉ thực sự phát hiện khi có các biến chứng như thủng hoặc chảy máu ổ loét.

- Rối loạn dinh dưỡng dạ dày: ợ hơi, ợ chua ,nấc, nôn, buồn nôn.

- Rối loạn thần kinh thực vật: chóng hơi, táo bón. ít gặp hơn loét tá tràng.

- Thăm khám: Phản ứng nhẹ khi khám vùng thượng vị, ấn tức hoặc cảm giác đau tăng lên. Ngoài cơn đau khám không thấy gì đặc biệt.

- Nếu có hẹp môn vị nôn ra thức ăn của ngày hôm trước, lắc óc ách lúc đói.

- Thăm khám thấy co cứng thượng vị hơi lệch phải.

3.2. Cận lâm sàng

- Soi dạ dày bằng ống soi mềm rất có giá trị để chẩn đoán xác định (đánh giá về số lượng, vị trí tính chất ổ loét) và sinh thiết để chẩn đoán phân biệt.

- Chụp X quang dạ dày: hành tá tràng có uồng cản quang, thấy ổ đọng thuốc ở dạ dày, hành tá tràng biến dạng. Hình ảnh rất phong phú tùy theo hình thái loét. Tuy nhiên có nhiều hạn chế

- BAO: hút dịch vị lúc đói để đánh giá số lượng, màu sắc, định lượng HCl, đo hoạt lực của pepsin, xét nghiệm tế bào: hồng cầu, bạch cầu, tế bào khác.

- Đánh giá tình trạng bài tiết khi kích thích: nghiệm pháp Histamin, nghiệm pháp Insulin.

Ngày nay thăm dò chức năng ít làm vì có nội soi, chỉ làm trong nghiên cứu và khi có thiếu toan dạ dày.

4. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt

4.1. Chẩn đoán xác định

- Đau thượng vị có tính chất chu kỳ.

- X quang hoặc nội soi có kết luận loét dạ dày hay hành tá tràng.

- Thăm dò chức năng của dạ dày có rối loạn.

- Trong việc chẩn đoán ở cộng đồng cần chú ý hỏi bệnh kỹ nhằm phát hiện tính chu kỳ của đau. Đây là triệu chứng quan trọng và có thể chẩn đoán được bệnh, không nhất thiết bắt buộc phải có đầy đủ các xét nghiệm như trong phần triệu chứng cận lâm sàng đã nêu. Chỉ định nội soi hoặc Xquang cần tùy thuộc hoàn cảnh của cơ sở và là xét nghiệm tham khảo

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dạ dày mạn: lâm sàng có đau thượng vị, tính chu kỳ không rõ; soi, chụp không có ổ loét.

- Viêm túi mật: thường có sốt hoặc chẩn đoán nhờ siêu âm.

- Ung thư dạ dày: dựa vào soi và sinh thiết.

- Viêm đại tràng, nhất là đại tràng ngang: chẩn đoán dựa vào tính chất đi ngoài, tính chất phân và chẩn đoán dựa vào nội soi dạ dày, đại tràng.

5. Các biến chứng

Các biến chứng hay gặp

- Chảy máu dạ dày- hành tá tràng:

- Thủng ổ loét:

- Ung thư hoá:

- Hẹp môn vị

- Viêm quanh dạ dày- tá tràng

6. Điều trị

6.1 Chỉ định nội khoa

Phần lớn các trường hợp loét dạ dày, hành tá tràng ngày nay được chỉ định điều trị nội khoa nhằm bảo tồn chức năng của dạ dày, tránh những rối loạn sau này

Các thuốc điều trị và phác đồ:

- Thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương và thần kinh thực vật

+ Cắt kích thích từ vỏ não: Sulpirit (dogmaltyl), diazepam, meprobamat.

+ Cắt sự dẫn truyền qua synap thần kinh phế vị: atropin, pirenzepine 100-150mg (ức chế M1)

- Thuốc chống axit:

Chủ yếu trung hoà axit: Hydroxit nhôm, Hydroxit magiê, trixiliat magiê. Không dùng NaHCO₃ gây viêm dạ dày và tăng HCl pha 2.

- Các thuốc bảo vệ niêm mạc, băng niêm mạc
- Alumin Sacharo sulfat (Sucralfate). Khi gặp HCl trở nên dính quánh, có tác dụng băng niêm mạc. Liều: 4 g / 24 giờ.
- Bismus: trước đây là vô cơ, nay không dùng vì hội chứng não- bismus hiện nay dùng dạng hữu cơ liều nhỏ là muối citrate. Biệt dược Trymo, denon... ngoài tác dụng băng niêm mạc còn có tác dụng diệt HP
- + Laze Heli-neon chiếu vào ổ loét
- + Các vitamin PP, B1, B6 có tác dụng điều hoà axit bảo vệ niêm mạc dạ dày.
- + Prostaglandin PGE2 (cytotex, selbex) kích thích liền sẹo niêm mạc.
- Các thuốc chống bài tiết
- + Ức chế cảm thụ H2 (tế bào viền): cimetidin, ranitidin, nizatidin, famotidin thế hệ sau có nhiều ưu việt hơn thế hệ trước liều nhỏ hơn ít tác dụng phụ hơn
- + Ức chế bơm Proton K⁺ H⁺ ATPaza tại tế bào viền: Omeprazol, Lanzoprazol
- Chống nhiễm khuẩn

Một số kháng sinh được sử dụng chống HP như Amoxixilin, Clarith-romyxin, Metronidazol, Tetracilin được dùng với các phác đồ sau

- 1 thuốc kháng sinh + 1 thuốc chống loét (dễ kháng thuốc)
- 2 thuốc kháng sinh + 1 thuốc chống loét
- 3 thuốc kháng sinh + 1 thuốc chống loét
- 3 thuốc kháng sinh + 1 thuốc chống loét + thuốc ức chế bơm proton

Tuỳ theo sự nhạy cảm của HP mà phối hợp KS, tuy nhiên cần tuân thủ nguyên tắc phối hợp chung và chú ý các tác dụng phụ khi dùng kháng sinh (dị ứng, nhờn thuốc...)

Điều trị tấn công từ 4-8 tuần tuỳ vị trí loét . Sau đó cần điều trị duy trì 8-16 tuần.

Có thể phối hợp nhiều loại thuốc trong điều trị song chú ý không phối hợp các thuốc cùng nhóm. Thường thì phối hợp như trên với thuốc ức chế thần kinh, thuốc băng niêm mạc nếu cần

- *Các thuốc y học dân tộc*: Có rất nhiều bài thuốc Nam đã được sử dụng điều trị loét dạ dày hành tá tràng và cho hiệu quả đáng kể như Chè dây, dạ cẩm, lá khôi, đơn số 12... các thuốc này đang được tiếp tục nghiên cứu. ở những cơ sở vùng sâu vùng xa nên tận dụng nguồn thuốc tại chỗ này để tăng cường hiệu quả điều trị

- Việc lựa chọn thuốc điều trị cho bệnh nhân phải căn cứ vào tình hình của từng bệnh nhân, khả năng tài chính của cơ sở , của bệnh nhân để đảm bảo bệnh nhân có thể dùng đủ liều, đảm bảo tính thích hợp và tính chấp nhận của cộng đồng. Các thuốc mới thường đắt tiền, hiệu quả cao hơn nhưng nếu khả năng không đủ liều thì không nên dùng vì dễ làm kháng thuốc hoặc tái phát nhanh.

- *Chế độ sinh hoạt*: ăn uống nghỉ ngơi, thư giãn tinh thần sẽ giúp cải thiện điều trị.

6.2. Chỉ định ngoại khoa

- Khi điều trị nội khoa đúng phác đồ, đủ thời gian không đỡ hoặc có những biến chứng nguy hiểm như thủng dạ dày, hành tá tràng, chảy máu không cầm, ung thư... cần được phát hiện sớm và phẫu thuật.

7. Dự phòng

7.1. Dự phòng chung

- Làm việc điều độ, tránh mọi kích thích quá mức, nghỉ ngơi sau khi ăn
- Không ăn quá nhiều một số thức ăn có thể làm bỏng niêm mạc như gừng, tiêu... không uống quá nhiều rượu
- Điều trị các bệnh viêm nhiễm liên quan vùng tai mũi họng.

7.2. Dự phòng biến chứng và tai biến của thuốc

- Điều trị sớm bệnh loét, điều trị triệt để, tránh các biến chứng xảy ra.
- Một số thuốc có khả năng làm tăng nguy cơ biến chứng hoặc tăng nguy cơ mắc bệnh như các thuốc giảm đau chống viêm, các steroid phải được chú ý đặc biệt khi dùng cho những người có tiền sử loét. tốt nhất không dùng nếu có chỉ định thật cần thiết thì khi dùng phải theo dõi chặt chẽ, khi có các biểu hiện tai biến của thuốc phải ngừng ngay
- Các thuốc điều trị dạ dày hành tá tràng hiện nay chưa thấy có tai biến đáng kể. với các kháng sinh phải tuân thủ nguyên tắc sử dụng kháng sinh.
- Điều trị diệt HP dự phòng hiện nay chưa có tài liệu nào đề cập

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

Tình huống lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, vào viện vì đau bụng vùng thượng vị, đau lan ra sau lưng, đau nhiều khi đói kèm ợ hơi, ợ chua, đau nhiều về ban đêm và mùa lạnh, không sốt.

1. Nguyên nhân nào được nghĩ đến nhiều nhất ở bệnh nhân này
 - A. Áp xe gan
 - B. Loét dạ dày
 - C. Loét tá tràng
 - D. Giun chui ống mật
2. Các xét nghiệm, thăm dò sau đây cần làm cho bệnh nhân để chẩn đoán, ngoại trừ:
 - A. Chụp xquang dạ dày tá tràng có uống Barit
 - B. Soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm
 - C. Siêu âm bụng tổng quát
 - D. Hút dịch vị lúc đói để định lượng HCl
3. Thuốc nào sau đây không được chỉ định ở bệnh nhân này
 - A. Ranitidin
 - B. Amoxicillin
 - C. Phosphalugel
 - D. Paracetamol
4. Trình bày các biến chứng của loét dạ dày tá tràng?
5. Trình bày phác đồ điều trị loét dạ dày tá tràng?
6. Trình bày cách phòng bệnh loét dạ dày tá tràng?

Bài 14

VIÊM ỐNG THẬN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân chính của viêm ống thận cấp.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm ống thận cấp
3. Trình bày được cách hướng dẫn và giáo dục phòng bệnh cho người bệnh.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ống thận cấp là một hội chứng suy thận do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên và đều dẫn đến tổn thương, thoái hoá ống thận. Triệu chứng đặc trưng là vô niệu và U rê huyết cao.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Ngộ độc

1.1. Thuốc

- Kháng sinh (các loại Polymicin, gentamicin)
- Sunfamit
- Iốt cản quang để tiêm tĩnh mạch chụp X quang

1.2. Hoá chất thường dùng

- Cồn Metylic
- Tetrachlorua cacbon
- Thuỷ ngân, Bismut

1.3. Độc tố sinh vật

- Mật cá trắm, cá mè
- Mật cóc

2. Sốc

2.1. Sốc do giảm thể tích máu

- Sau mổ, chấn thương
- Bỏng rộng
- Mất nước theo đường tiêu hoá

2.2. Sốc do nhiễm khuẩn, nhiễm độc

2.3. Sốc tim do suy tim cấp

2.4. Do tan máu

- Truyền nhầm nhóm máu
- Nhiễm ký sinh trùng (sốt rét)
- Nhiễm khuẩn máu

3. Dị ứng (quá mẫn): Penicilin, Rifampycin, Sunfamit.

III. TRIỆU CHỨNG

Là bệnh cảnh của suy thận cấp thường diễn biến qua 4 giai đoạn:

1. Giai đoạn khởi đầu

Là giai đoạn tấn công của tác nhân gây bệnh, nhanh hay chậm tùy theo từng nguyên nhân.

2. Giai đoạn đái ít - vô niệu

- Lượng nước tiểu giảm dần dưới 500ml/ngày rồi vô niệu, bệnh nhân không có nước tiểu hoặc thông đái cả ngày cũng chỉ có vài giọt đến 5 - 10ml. Có hội chứng kèm tăng U rê máu: Rối loạn tiêu hoá (nôn, ỉa lỏng).

- Kích thích vật vã, co giật, hôn mê, rối loạn nhịp thở, nhịp tim nhanh hay chậm, huyết áp không cao hoặc cao vừa.

Trong giai đoạn này làm xét nghiệm thấy:

- Nước tiểu có Protein, hồng cầu, bạch cầu, U rê niệu giảm.

- U rê máu tăng, Creatinin tăng, Kali máu tăng, Natri máu giảm.

3. Giai đoạn đái nhiều:

Nước tiểu lúc đầu đục, sau trong, số lượng tăng dần có thể 3 - 4 lít/ngày nhưng U rê máu và Creatinin vẫn tăng và U rê niệu vẫn giảm do khả năng cô đọng của ống thận chưa hồi phục, bệnh nhân có thể chết do U rê máu cao.

4. Giai đoạn phục hồi:

Nước tiểu trong, các rối loạn về sinh hoá và chức năng thận dần dần trở về bình thường: U rê máu và Creatinin máu giảm dần, bệnh nhân ngày càng cảm thấy dễ chịu và khỏi hẳn không để lại di chứng.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh diễn biến qua 4 giai đoạn như đã nêu trên. Trong quá trình đó, có thể gây biến chứng.

- Phù não gây những cơn co giật.

- Phù phổi cấp.

- Trụy tim mạch.

Tiên lượng bệnh ngày nay nói chung là tốt nếu được điều trị sớm và hợp lý. Phương pháp lọc máu ngoài thận đã làm giảm tỷ lệ tử vong xuống rất nhiều.

Nếu tiến triển tốt bệnh nhân khỏi hẳn không để lại di chứng. Tuy nhiên, chức năng thận phục hồi chậm trong vài tháng.

V. ĐIỀU TRỊ

Phương hướng điều trị gồm các bước sau:

1. Chế độ ăn uống

- Ăn ít đạm và nhiều chất có năng lượng bằng Glucid và Lipid.

- Không ăn thức ăn nhiều Kali như rau, quả.

- Hạn chế muối và nước, ngày chỉ dùng 500 - 700ml nước.

2. Chống rối loạn điện giải và toan máu: bằng dung dịch Natricacbonat 1.4%.

3. Chống sốc:

Truyền dung dịch đẳng trương 5% (không quá 1lít/24h), tốt nhất là đo áp lực tĩnh mạch trung tâm và theo dõi lượng nước tiểu để tính lượng dịch có thể truyền.

4. Chống vô niệu:

Dùng lợi tiểu mạnh, ít độc (Furosemit, lasix). Nếu có dấu hiệu mất nước và tụt huyết áp phải bù dịch và nâng huyết áp trước khi dùng.

5. Chống bội nhiễm:

Phải thận trọng khi dùng kháng sinh, đặc biệt là đối với người già.

6. Điều trị đặc hiệu:

Nếu nhiễm độc kim loại nặng thì dùng BAL (nên dùng sớm trong giai đoạn đầu).

7. Lọc máu ngoài thận (lọc màng bụng, thân nhân tạo) là biện pháp tốt nhất để hạ Kali máu.

VI – PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền phổ biến về việc thận trọng khi sử dụng thuốc, nhất là một số thuốc giảm đau liều lượng và tính chất chưa rõ rệt.
- Phòng và điều trị sốc tích cực.
- Phải thận trọng khi truyền máu, phải kiểm tra, đối chiếu kỹ nhóm máu trước khi truyền.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nguyên nhân của viêm ống thận cấp?
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm ống thận cấp?
3. Trình bày nguyên tắc điều trị suy thận cấp

Bài 15

SUY THẬN MẠN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân triệu chứng của suy thận mạn
2. Trình bày được hướng điều trị và phòng bệnh suy thận mạn

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Suy thận mạn là hậu quả các bệnh thận mạn tính của thận gây giảm sút từ từ số lượng Nephron chức năng làm giảm dần mức lọc cầu thận dẫn đến tình trạng tăng Nitơ phiprotein máu. Khi mức lọc cầu thận giảm xuống dưới 50% (60ml/phút) thì được gọi là suy thận mạn.

Suy thận mạn là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa tiến triển mạn tính qua nhiều tháng năm.

Đặc trưng của suy thận mạn là:

- Có tiền sử bệnh tiết niệu kéo dài.
- Mức lọc cầu thận giảm.
- Nitophiprotein máu tăng cao.
- Kết thúc trong hội chứng Ure máu cao.

2. Nguyên nhân gây bệnh

Hầu hết các bệnh mạn tính khởi phát là bệnh cầu thận, bệnh ống kẽ thận hay bệnh mạch thận đều có thể dẫn đến suy thận mạn.

- Bệnh viêm cầu thận mạn
- Bệnh viêm thận, bể thận mạn
- Bệnh viêm thận kẽ
- Bệnh mạch thận
- Bệnh thận bẩm sinh (di truyền hoặc không di truyền)

3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của suy thận mạn

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Phù

- Ở bệnh nhân suy thận mạn do viêm cầu thận mạn thường là có phù (trừ giai đoạn đái nhiều). Phù ở đây có thể do hậu quả của hội chứng thận hư, do suy tim kết hợp và do các yếu tố nội tiết khác gây giữ muối và nước.

3.1.2. Thiếu máu

- Thường gặp, nặng nhẹ tùy theo giai đoạn, suy thận càng nặng thì thiếu máu càng tăng. Đây là một dấu hiệu quý trên lâm sàng để chẩn đoán phân biệt với những trường hợp urê máu cao do các nguyên nhân cấp tính.

3.1.3. Tăng huyết áp

- Tăng huyết áp thường gặp chiếm khoảng 80% bệnh nhân có tăng huyết áp. Cá biệt có bệnh nhân có đợt tăng huyết áp ác tính làm chức năng thận suy sụp nhanh chóng dẫn đến tử vong.

3.1.4. Suy tim

- Khi xuất hiện thường đã muộn vì thường do giữ muối, nước và tăng huyết áp lâu ngày của quá trình suy thận mạn.

3.1.5. Viêm ngoại tâm mạc

- Tiếng cọ màng tim là một biểu hiện cho giai đoạn cuối cùng của suy thận mạn và là dấu hiệu báo hiệu tử vong 1-4 ngày nếu không được lọc máu hoặc điều trị tích cực.

3.1.6. Nôn, ỉa chảy

- Triệu chứng tiêu hoá của suy thận mạn ở giai đoạn đầu thường là chán ăn, ở giai đoạn 3 trở đi thì có buồn nôn, ỉa chảy. Có khi có xuất huyết tiêu hoá, có loét hoặc không loét.

3.1.7. Xuất huyết

- Chảy máu mũi, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da là thường gặp. có trường hợp tiểu cầu giảm rất khó cầm máu. Xuất huyết tiêu hoá nếu có thì ure máu sẽ tăng lên rất nhanh.

3.1.8. Ngứa

Là một biểu hiện ngoài da thường gặp do lắng đọng calci trong da. Đây là triệu chứng

Gợi ý của cường cận giáp trạng thứ phát

3.1.9. Chuột rút

- Thường xuất hiện ban đêm có thể là do giảm natri và calci máu.

3.1.10. Viêm thần kinh ngoại vi

- Tốc độ dẫn truyền thần kinh giảm. Bệnh nhân có cảm giác rát bỏng ở chân, kiến bò. Các triệu chứng này rất khó điều trị kể cả lọc máu ngoài thận.

3.1.11. Hôn mê

- Hôn mê do urê máu tăng cao là biểu hiện lâm sàng cuối cùng của suy thận mạn. Ở giai đoạn tiền hôn mê bệnh nhân có thể có co giật, có rối loạn tâm thần. Những triệu chứng lâm sàng rất hay gặp là: phù, thiếu máu, tăng huyết áp, do đó dựa vào các triệu chứng chính này tại tuyến cơ sở có thể chẩn đoán được bệnh suy thận mạn.

3.2. Biểu hiện cận lâm sàng

3.2.1. Mức lọc cầu thận giảm

- Càng giảm nhiều suy thận càng nặng

3.2.2. Nitrophoprotein tăng cao:

- Urê máu trên 50mg % là bắt đầu tăng.
- Creatinin máu 1,5mg % là tăng rõ.
- Acid uric cũng tăng.
- Urê máu phụ thuộc vào chế độ ăn và quá trình giáng hoá của cơ thể.
- Urê máu và creatinin máu tăng song song là biểu hiện của suy thận đơn thuần.
- Urê máu tăng nhiều và creatinin máu tăng ít là biểu hiện tăng urê ngoài thận.

3.2.3. Natri máu thường giảm

Kali máu bình thường hoặc giảm. Khi kali máu cao có biểu hiện đợt cấp, có kèm theo thiếu niệu hoặc vô niệu.

3.2.4. Protein niệu

Ở suy thận mạn giai đoạn III - IV bai giờ cũng có nhưng không cao. Nếu là viêm thận bể thận thì chỉ dưới 1g/24h, nếu là viêm cầu thận mạn thì khoảng 2 đến 3g/24h.

3.2.5. Hồng cầu niệu

Nếu có đái máu thì phải nghĩ đến sỏi tiết niệu trong viêm cầu thận mạn cũng có hồng cầu trong nước tiểu.

3.2.6. Bạch cầu niệu và vi khuẩn niệu

Trường hợp suy thận do viêm thận bể thận mạn có khi có đái mủ.

3.2.7. Trụ niệu

Có trụ hạt hoặc trụ trong là dấu hiệu của suy thận mạn.

4. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định:

- Suy thận mạn do bệnh cầu thận:

+ Có tiền sử phù

+ Phù - cao huyết áp - thiếu máu.

+ Urê máu, creatinin máu cao, mức lọc cầu thận giảm.

+ Protein niệu 2-3 g/24h.

- Suy thận mạn do bệnh viêm thận bể thận mạn:

+ Có tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu.

+ Tăng huyết áp - thiếu máu.

+ Urê máu, creatinin máu cao, mức lọc cầu thận giảm.

+ Protein niệu có nhưng ít không quá 1 g/24h.

+ Bạch cầu niệu bao giờ cũng có, vi khuẩn niệu có thể có hoặc không.

Ở tuyến cơ sở có thể dựa vào các triệu chứng trên để nghĩ đến bệnh nhân bị suy thận mạn và nếu có điều kiện thì làm các xét nghiệm urê máu, creatinin máu để chẩn đoán xác định.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Đợt cấp của suy thận mạn dựa vào:

+ Tiền sử.

+ Tỷ lệ urê máu / creatinin máu > 40.

+ Mức độ thiếu máu tương xứng mức độ suy thận.

3. Chẩn đoán giai đoạn:

Giai đoạn Suy thận mạn	Mức lọc cầu thận (ml/phút)	Creatinin máu μmol/l		Lâm sàng
Bình thường	120	70 - 106	0,8 - 1,2	Bình thường
I	60 - 41	< 130	< 1,5	Gần bình thường
II	40 - 21	130 - 299	1,5 - 3,4	Gần bình thường, thiếu máu nhẹ
IIIa	20 - 11	300 - 499	3,5 - 5,9	Chán ăn, thiếu máu vừa
IIIb	10 - 5	500 - 900	6,0 - 1	Chán ăn, thiếu máu nặng, bắt đầu chỉ định lọc máu
IV	< 5	> 900	> 10	Hội chứng urê máu cao, lọc máu là bắt buộc.

5. Điều trị

5.1. Điều trị bảo tồn

5.1.1. Chống các yếu tố gây nặng bệnh

5.1.2. Điều trị theo giai đoạn

- Tăng huyết áp

- Nhiễm khuẩn (không dùng các thuốc kháng sinh độc với thận)
- Điều chỉnh nước và điện giải.
- Không dùng thuốc độc cho thận.

5.1.3. *Tránh các sai sót thường mắc phải*

- Dùng lợi tiểu không đúng
Dùng Lasix gây mất nước, Hypothiazid gây giảm mức lọc cầu thận.
- Ăn nhạt quá mức kéo dài không cần thiết gây giảm natri máu.
- Dùng thuốc độc cho thận gây giảm mức lọc cầu thận: Gentamycin, Kanamycin...
- Dùng thuốc quá liều so với chức năng thận

5.1.4. *Chống các yếu tố gây nặng bệnh*

5.1.5. *Điều trị theo giai đoạn*

- Suy thận giai đoạn 1 và 2.
 - + Ăn ít đạm hơn bình thường.
 - + Điều chỉnh huyết áp:
 - + Ăn nhạt nếu có phù và cao huyết áp.
 - + Lợi tiểu nếu có phù và tăng huyết áp.
- Suy thận giai đoạn III:
 - + Chế độ ăn là biện pháp chủ đạo để hạn chế urê máu tăng
 - + Muối: ăn nhạt khi có phù, cao huyết áp.
 - + Nước: chỉ uống bằng lượng nước tiểu 24h.
 - + Kali: giai đoạn đầu thường không tăng kali máu, ở cuối giai đoạn 3 có thể tăng kali máu nên hạn chế các rau quả và thức ăn có nhiều kali.
 - + Kiềm: cho khi có toan máu
 - + Trợ tim: không dùng kéo dài, giảm liều lượng khi có suy thận nặng.
 - + Chống thiếu máu: có thể truyền máu, hồi hõn cầu cho viên sắt, Erythropoietin.
- Suy thận giai đoạn IV:
 - + Lọc máu ngoài cơ thể là chỉ định bắt buộc, có điều kiện thì ghép thận.

5.2. *Lắc m, u ngoại thận*

- Chỉ định bắt buộc: giai đoạn IV
- Chỉ định sớm: giai đoạn IIIb.

LUỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào các ý đúng nhất trong các câu sau:

Tình huống lâm sàng:

Bệnh nhân T, có tiền sử thường xuyên bị bệnh nhiễm trùng da, thỉnh thoảng có phù kín đáo, sau đó xuất hiện phù tăng dần, phù từ mặt tới chân, phù trắng, phù mềm, ấn lõm. Nước tiểu 400ml/24h. Xét nghiệm ure máu 14,5mmol/l. Creatinin 150 μ mol/l. Huyết áp 160/90mmHg. Mức lọc cầu thận 30 ml/p

1. Bệnh nhân T bị mắc bệnh nào trong những bệnh sau:

- Viêm cầu thận cấp
- Suy thận mạn
- Hội chứng thận hư
- Suy thận cấp

2. Chế độ ăn cho bệnh nhân T là:

- Ăn nhạt, giảm đạm
- Ăn nhạt, tăng đạm

C. Ăn nhạt, nhiều trái cây

D. Ăn uống bình thường

3. Bệnh nhân ở giai đoạn suy thận nào sau đây:

A. Giai đoạn I

B. Giai đoạn II

C. Giai đoạn IIIa

D. Giai đoạn IIIb

4. Khi có nhiễm trùng, kháng sinh nào được ưu tiên lựa chọn:

A. Gentamycin

B. Nhóm Cephalosporine

C. Erythromycine

D. Streptomycine

Bài 16

VIÊM ĐÀI BỂ THẬN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, yếu tố nguy cơ, triệu chứng, biến chứng viêm đài bể thận cấp
2. Trình bày được hướng xử trí và phòng viêm đài bể thận cấp.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

1.1. Định nghĩa:

Viêm đài bể thận là nhiễm khuẩn ở tổ chức kẽ của thận nguyên nhân do vi khuẩn. ở giai đoạn cấp của bệnh có thể chữa khỏi hoàn toàn nếu được loại bỏ nguy cơ và nguyên nhân gây bệnh. Nếu bị tái phát nhiều lần sẽ bị chuyển thành mạn, và hậu quả cuối cùng sẽ dẫn đến suy thận mạn. Bệnh nhân có thể tử vong do biến chứng suy thận mạn, do đó nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và triệt để bệnh nhân phục hồi hoàn toàn.

1.2. Đặc điểm dịch tễ:

Viêm đài bể thận cấp và mạn là một bệnh gặp nhiều ở nữ, gặp ở mọi lứa tuổi nhất là lứa tuổi lao động và hoạt động sinh dục nhiều. Nữ giới có sự liên quan với tình trạng có thai. Viêm đài bể thận mạn là nguyên nhân đứng hàng thứ hai dẫn đến suy thận.

2. Nguyên nhân gây bệnh

2.1. Nguyên nhân:

2.1.1. Nguyên nhân vi khuẩn

- Vi khuẩn Gram (-) chiếm khoảng 90% các trường hợp:
 - + E. Coli: 60-70%
 - + Klebsiella: 20% (15-20%)
 - + Proteus mirabilis: 15% (10-15%)
 - + Enterobacter: 5-10%
 - + Và một số vi khuẩn Gram (-) khác.
- Vi khuẩn Gram (+) chiếm < 10%
 - + Enterocoque: 2%
 - + Staphylocoque: 1%
 - + Các vi khuẩn khác: 3-4%.

2.1.2. Nguyên nhân thuận lợi :

Là nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu, gây ứ trệ dòng nước tiểu, tạo điều kiện cho nhiễm trùng và khi đã có nhiễm trùng thì duy trì nhiễm trùng. Vì vậy viêm đài bể thận xảy ra trên một bệnh nhân có tắc nghẽn dòng nước tiểu thường rất dai dẳng và nặng.

- Các nguyên nhân thường gặp là:
 - + Sỏi thận tiết niệu
 - + U thận tiết niệu
 - + U bên ngoài đè ép vào niệu quản
 - + U tuyến tiền liệt

- + Dị dạng thận, niệu quản
- Các nguyên nhân khác:
- + Thận đa nang
- + Thai ngắn
- + Đái tháo đường

3. Triệu chứng lâm sàng

- Hội chứng bàng quang: Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ cuối bãi.
- Tuy nhiên hội chứng bàng quang có thể xuất hiện trước khi có viêm đài bể thận cấp. Khi có triệu chứng viêm đài bể thận cấp thì triệu chứng viêm bàng quang đã đỡ nên dễ bỏ qua chẩn đoán.
- Đau vùng thắt lưng
 - + Thường đau một bên, nhưng cũng có khi đau cả 2 bên
 - + Đau âm ỉ thỉnh thoảng trở thành từng cơn.
 - + Vỗ hông lưng (+) là triệu chứng rất có giá trị, nhất là trong trường hợp chỉ có đau một bên
- Khám có thể thấy thận to và đau.
- Triệu chứng toàn thân
- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, có thể thấy dấu hiệu mất nước do sốt.
- Nước tiểu đục có thể có đái mủ đại thể, bạch cầu niệu dương tính, vi khuẩn niệu dương tính, Protein niệu có nhưng <1g/24h.
- Xét nghiệm máu:
 - + Bạch cầu đa nhân trung tính tăng
 - + Đôi khi có suy thận cấp: Ure máu, Creatinin máu tăng .
 - + Cấy máu khi có sốt > 38,05°C có thể dương tính.
- Siêu âm thận:
 - + Thận hơi to hơn bình thường
 - + Đài bể thận giãn
 - + Có thể thấy nguyên nhân thuận lợi như sỏi, thận đa nang ...
- X quang:
 - + Chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có sỏi.
 - + Có thể thấy nguyên nhân thuận lợi gây tắc nghẽn đường bài niệu.

4. Chẩn đoán:

4.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tam chứng cổ điển:
- + Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, rét run.
- + Đau mỗi vùng thắt lưng
- + Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ, nước tiểu có bạch cầu, tế bào mủ và vi khuẩn.

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- *Viêm đài bể thận cấp phân biệt với đợt cấp của viêm đài bể thận mạn:*
- Viêm đài bể thận mạn đợt cấp có các triệu chứng của viêm đài bể thận cấp ngoài ra có thêm triệu chứng suy thận, siêu âm thận và x-quang thận thấy thận teo nhỏ không đều.

5. Điều trị

- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn :
- Tốt nhất là cấy nước tiểu tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ, dựa vào kết quả kháng sinh đồ để dùng kháng sinh cho thích hợp.

- Các kháng sinh thường dụng hiện nay cho viêm đài bể thận cấp là:
- + Nhóm Quinolon: Peflacin, Nofloxacin ...
- + Cephalosporine: Zinnat, Fortum ...
- + Nhóm Aminoglycoside: Amikacin, Gentamycin ...
- + Nhóm (lactam): Ampicillin, Unasyn ...
- Dùng liều cao và phối hợp kháng sinh, thời gian dùng kháng sinh ít nhất là 2 tuần lễ.

5.3. Điều trị chung cho viêm đài bể thận cấp và mạn:

- Uống nhiều nước đảm bảo nước tiểu >1,5l/24h.
- Loại bỏ được các nguyên nhân thuận lợi: Mổ lấy sỏi, điều trị u tuyến tiền liệt...

6. Phòng bệnh.

- Đảm bảo vệ sinh tránh viêm thận ngược dòng
- Tránh các thủ thuật không cần thiết: Thông đài ...
- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ .

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào các ý đúng nhất trong các câu sau:

Tình huống lâm sàng:

Bệnh nhân T, có tiền sử khỏe mạnh, vào viện sốt, đái buốt, đái rắt. Khám thấy bệnh nhân có sưng, nóng đỏ vùng hố thắt lưng trái. Không phù.

1. Chẩn đoán nào sau đây là phù hợp ở bệnh nhân T

- A. Viêm cầu thận cấp
- B. Viêm cầu thận mạn
- C. Suy thận cấp
- D. Viêm đài bể thận cấp

2. Thuốc nào sau đây được lựa chọn, ngoại trừ

- A. Kháng sinh nhóm quinolon
- B. Kháng sinh nhóm Sulfamid
- C. Giảm đau: Nospa
- D. Trofurit

3. Chế độ ăn phù hợp cho bệnh nhân T là:

- A. Ăn nhạt, hạn chế đạm
- B. Ăn nhạt, nhiều trái cây
- C. Ăn nhạt, uống nhiều nước
- D. Ăn uống bình thường

4. Các nguyên nhân sau đây của viêm đài bể thận, ngoại trừ:

- A. E. Coli
- B. Klebsiella
- C. Proteus mirabilis
- D. Enterobacter

Bài 17

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của viêm khớp dạng thấp.
2. Trình bày được phác đồ điều trị tại y tế cơ sở, theo dõi và gửi lên tuyến trên đúng giai đoạn.
3. Trình bày được cách hướng dẫn người bệnh tập luyện để phòng di chứng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Mở đầu

Viêm khớp dạng thấp là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh khớp mạn tính. Là bệnh mang tính chất xã hội vì sự diễn biến kéo dài và hậu quả dẫn đến tàn phế, ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt của bệnh nhân và gia đình. Nên rất cần được tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán sớm, quản lý tốt tại cộng đồng, có biện pháp điều trị thích hợp với điều kiện hoàn cảnh của từng tuyến góp phần điều trị hiệu quả hạn chế tàn phế.

1683 Sydenham mô tả và gọi là thấp khớp teo đét.

1853 Charcot gọi là bệnh khớp Charcot.

1890 Garrod gọi là viêm khớp dạng thấp.

Bệnh gặp ở khắp nơi trên thế giới, chiếm 0,5 - 3% dân số người lớn, 6% phụ nữ Anh. ở Việt Nam có 0,5% trong nhân dân và 20% số bệnh nhân mắc bệnh khớp điều trị tại bệnh viện.

Bệnh hay gặp ở nữ (70-80%), tuổi trung niên (60-70%).

Một số trường hợp bệnh có tính chất gia đình.

1.2. Nguyên nhân

Người ta coi viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn, có sự tham gia của nhiều yếu tố:

- Yếu tố tác nhân gây bệnh (chưa chắc chắn): Virus.

- Yếu tố cơ địa: Vì có liên quan HLA DR 24.

Vì bệnh liên quan đến tuổi, giới.

- Yếu tố di truyền: Viêm khớp dạng thấp có yếu tố gia đình.

- Yếu tố thuận lợi: Chấn thương, cơ thể suy yếu, mệt mỏi, lạnh ẩm kéo dài....

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Viêm khớp

* Giai đoạn bắt đầu (khởi phát).

- Vị trí: Có thể bắt đầu bằng viêm một khớp, thường là khớp gối, khuỷu, bàn tay, ...

- Tính chất: Sưng đau rõ, ngón ta thường có hình thoi. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng.

- Diễn biến vài tuần, vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn rõ rệt.

* Giai đoạn rõ rệt:

- Vị trí: bàn tay, cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón, khớp gối, bàn chân, cổ chân, khớp khuỷu.

- Tính chất viêm:

- + Đối xứng (95%), ngón tay hình thoi.

- + Sung phần mu tay hơn phần lòng bàn tay.

- + Đau tăng về đêm, gần sáng. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng (90%).

- + Sung đau, hạn chế vận động, ít nóng đỏ, có thể có nước ở khớp gối.

- Diễn biến: Các khớp viêm tăng dần và nặng dần sang các khớp khác, dẫn đến dính khớp và biến dạng ở tư thế nửa co và lệch trục về phía xương trụ (bàn tay gío thổi, ngón tay hình cổ cò), khớp nối ở tư thế nửa co.

2.1.2. Triệu chứng toàn thân và ngoài khớp

- * Toàn thân: gầy sút, mệt mỏi, ăn ngủ kém, da xanh, niêm mạc nhợt, rối loạn thần kinh thực vật ...

- * Da:

- Hạt dưới da (5%): là hạt, cục nổi lên khỏi mặt da mặt độ chắc, không đau, không di động, không dò, đường kính khoảng 0,5 - 2cm. Số lượng một vài hạt.

- Da khô, xơ, teo.

- Gan bàn tay và chân giãn mạnh, đỏ hồng.

- Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch: Loét vô khuẩn ở chân, phù 1 đoạn chi dưới.

- * Cơ, gân, dây chằng, bao khớp:

- Teo cơ rõ rệt vùng quanh khớp tổn thương.

- Viêm gân: Achille ...

- Dây chằng: viêm co kéo, có thể giãn dây chằng.

- Bao khớp: Phình thành kén (kyste) hoạt dịch ở chân (kén Baker).

- * Nội tạng: Hiếm khi bị tổn thương, có thể:

- Tim: Tổn thương cơ tim kín đáo, viêm màng ngoài tim ...

- Hô hấp: Viêm màng phổi nhẹ, xơ phế nang.

- Hạch to, lách to.

- Xương mất vôi, gãy xương tự nhiên.

- * Mắt, thần kinh, chuyển hoá:

- Mắt: viêm giác mạc, viêm móng mắt, thể mi.

- Thần kinh: do viêm và xơ dính phần mềm quanh khớp có thể chèn ép dây thần kinh ngoại biên.

- Thiếu máu nhược sắc (chưa rõ nguyên nhân).

- Rối loạn thần kinh thực vật.

- Nhiễm amyloid, thường là muon.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm chung

- Công thức máu: Hồng cầu giảm, nhược sắc.

- Tốc độ máu lắng tăng, sợi huyết tăng.

- Điện di protein: Albumin giảm, globulin tăng.

2.2.2. Xét nghiệm miễn dịch

- Waaler Rose và latex: Nhằm phát hiện yếu tố dạng thấp (tự kháng thể) trong huyết thanh, do IgM ngưng kết với IgG. Nếu dùng hồng cầu người hoặc hồng cầu cừu tiến hành phản ứng gọi là phản ứng Waaler - Rose, nếu dùng hạt nhựa latex gọi là test latex.

- Nếu ngưng kết ở độ pha loãng huyết thanh $< 1/32$ là phản ứng dương tính.

- Tế bào Hargrave (+) 5 - 10%.

2.2.3. Dịch khớp

- Lượng mucin giảm, test mucin (+ + +) dịch khớp lỏng, vàng nhạt, giảm độ nhớt.

- Bạch cầu đa nhân trung tính tăng sẽ thực bào phức hợp kháng nguyên - kháng thể dẫn tới xuất hiện tế bào hình nho, nếu có hơn 10% (so với tế bào dịch khớp) có giá trị chẩn đoán.

- Waaler Rose (+).

2.2.4. Sinh thiết

* Màng hoạt dịch: Thấy 5 tổn thương cơ bản:

- Sự tăng sinh các hình lông màng hoạt dịch.

- Tăng sinh lớp tế bào phủ hình lông.

- Đám hoại tử dạng tơ huyết.

- Tăng sinh nhiều mạch máu tân tạo.

- Thâm nhập nhiều tế bào viêm quanh mạch máu (lymphocyt, plasmocyte).

* Hạt dưới da:

- Giữa hạt là đám lớn hoại tử dạng tơ huyết.

- Xung quanh có nhiều lymphocyt và tương bào.

2.2.5. X quang

- Giai đoạn đầu: Mất vôi đầu xương và cản quang phần mềm quanh khớp.

- Sau đó thấy hình khuyết nhỏ ở phần tiếp giáp sụn khớp và đầu xương, hẹp khe khớp.

- Cuối cùng huỷ hoại sụn khớp, dính khớp và biến dạng.

3. Tiến triển, biến chứng, tiên lượng

3.1. Tiến triển

Kéo dài nhiều năm, 25% tiến triển từng đợt, có giai đoạn lui bệnh, có khi nặng lên do bội nhiễm, chấn thương ...

Dựa vào chức năng vận động và tổn thương X quang chia 4 giai đoạn (theo Stein brocken):

- Giai đoạn I: Tổn thương khu trú ở màng hoạt dịch, sưng đau ở phần mềm, vận động gần như bình thường.

- Giai đoạn II: Tổn thương ảnh hưởng đến đầu xương và sụn khớp, vận động hạn chế nhưng còn cầm nắm được, đi lại bằng gậy và nạng.

X quang: có hình khuyết, hẹp khe khớp.

- Giai đoạn III: Tổn thương nhiều ở đầu xương sụn khớp, dính khớp một phần. Khả năng vận động còn ít còn tự phục vụ sinh hoạt cá nhân, không đi lại được.

- Giai đoạn IV: Dính khớp và biến dạng trầm trọng, mất hết chức năng vận động, tàn phế.

Thời gian từ giai đoạn I đến giai đoạn IV khoảng 10 - 15 năm.

3.2. Biến chứng và tiên lượng

- Biến chứng:

+ Nhiễm khuẩn: lao ...

+ Chèn ép thần kinh gây liệt.

+ Tai biến do dùng thuốc.

- Tiên lượng: Nặng nếu tổn thương nhiều khớp, có tổn thương nội tạng.

4. Thể lâm sàng

4.1. Thể bệnh theo triệu chứng

- Thể 1 khớp: thường khớp gối, cần sinh thiết màng hoạt dịch.

- Thể có lách to (hội chứng Felty): Lách to, giảm bạch cầu, có thể gan to, hạch to, xạm da.
- Thể có kém hội chứng Sjogrens Gougerot: Viêm khớp dạng thấp kèm xơ teo tuyến lệ và tuyến nước bọt.
- Thể xuất hiện sau bệnh bụi phổi (Caplan) thường nhiễm bụi than và bụi Silic.

4.2. Thể bệnh theo tiến triển

- Lành tính: Tiến triển chậm.
- Nặng: Tổn thương nhiều khớp, sốt, tổn thương nội tạng, tiến triển nhanh.
- Ác tính: Sốt cao, tràn dịch khớp, tiến triển nhanh chóng, dính khớp và biến dạng.

4.3. Thể theo cơ địa

- Nam giới: Nhẹ, không điển hình.
- Người già: Nhẹ.
- Waaler Rose (-): nặng, khó điều trị.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Nếu đủ triệu chứng thường chẩn đoán dễ, nhưng muộn.

5.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán ARA (American Rheumatism Association) 1958 gồm 11 tiêu chuẩn

- Cứng khớp buổi sáng.
- Khớp 1 khớp trở lên (khi khám, khi vận động).
- Sưng một khớp trở lên.
- Sưng khớp trước cách khớp sau ≤ 3 tháng.
- Sưng có tính chất đối xứng 2 bên.
- Có hạt dưới da.
- X quang: Mất vôi đầu xương, hẹp khe khớp.
- Waaler Rose, test Latex (+).
- Dịch khớp: Giảm mucin rõ.
- Sinh thiết màng hoạt dịch có ≥ 3 tổn thương.
- Sinh thiết hạt dưới da có tổn thương điển hình.

Chẩn đoán xác định nếu có trên 7 tiêu chuẩn thời gian trên 6 tuần. Nghi ngờ nếu có 4 tiêu chuẩn, thời gian 4 tuần.

5.1.2. Tiêu chuẩn ARA 1987 (đang áp dụng): Gồm 7 yếu tố

- Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng trên 1 giờ.
- Sưng đau tối thiểu 3 khớp ở chi (khớp ngón tay gần, bàn ngón, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân) đối xứng, kéo dài trên 6 tuần.
- Sưng đau tối thiểu 1 khớp trong 3 vị trí: khớp ngón tay gần, bàn ngón tay, cổ tay, kéo dài trên 6 tuần.
- Sưng đau đối xứng.
- Waaler Rose (+).
- X quang điển hình.
- Có hạt dưới da điển hình.

Chẩn đoán các định nếu có trên 4 tiêu chuẩn.

5.1.3. Việt Nam

Do một số nơi xét nghiệm cận lâm sàng chưa làm được đầy đủ nên dựa vào các yếu tố sau (Theo Trần Ngọc Ân):

- Nữ, tuổi trung niên.

- Viêm các khớp nhỏ ở 2 bàn tay và khớp gối, khuỷu, cổ chân.
- Đối xứng.
- Cứng khớp buổi sáng.
- Diễn biến trên 2 tháng.

Dựa vào các yếu tố này để chẩn đoán rất phù hợp với điều kiện và thực tế Việt Nam.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. Giai đoạn đầu cần phân biệt với

- Thấp tim: Đau có tính chất di chuyển, thường gặp ở tuổi trẻ.
- Thấp khớp phản ứng: Xuất hiện sau nhiễm khuẩn, không có di chứng.
- Hội chứng Reiter: Viêm khớp, viêm niệu đạo và kết mạc mắt.

5.2.2. Giai đoạn sau cần phân biệt với

- Hội chứng Pierre - Marie: Viêm nhiều khớp, ngón tay dài trỏ. Do u phế quản.
- Biểu hiện khớp trong các bệnh tạo keo: xơ cứng bì, lupút ban đỏ.
- Bệnh gút: Viêm nhiều khớp, nổi u cục quanh khớp, a.uric máu tăng.
- Viêm cột sống dính khớp: viêm khớp lớn và cột sống thường gặp ở nam giới, trẻ tuổi.
- Thoái khớp: Đau, mõi nhiều.
- Thấp khớp vẩy nến: viêm khớp và có vẩy nến ngoài da ...

6. Điều trị

Phải điều trị kiên trì từng đợt, kết hợp điều trị nội, ngoại, vật lý, chỉnh hình, liên tục kéo dài trong nhiều năm.

6. 1. Nghỉ ngơi trong thời gian sưng đau nhiều. Tăng cường tập luyện, vận động, xoa bóp để tránh dính khớp và teo cơ.

Chế độ ăn: nhiều đạm, nhiều calo, vitamin

6. 2. Thuốc chống viêm :

- Indometacin 25mg x 4-6 viên/ngày
- Brufen (Ibuprofen) 200mg x 2-4 viên/ngày
- Voltaren (Diclofenac) 25mg x 12 viên/ngày
- Mobic 7.5mg x 2 - 4 viên/ ngày hoặc Piroxicam 20mg 1- 2 ổng/ ngày

6.3. Thuốc giãn cơ: dùng một trong các loại sau:

+ Mydocalm 20mg x 2-4 viên/ngày hoặc Decontractyl 200mg 2 – 4 viên/ngày chia 2 lần

6.4. Sau một tuần điều trị, bệnh không đỡ có xu hướng nặng ta dùng kết hợp với Corticoid

- Prednisolon viên 5mg x 8 viên/ngày hoặc
- Dexametazon 0,50mg x 12 viên/ngày x 5 ngày

Sau đó, mỗi ngày giảm bớt 1/2 viên, cho đến khi mỗi ngày uống còn 1 viên.

6.5. Điều trị bằng các thuốc chống thấp tác dụng chậm là thuốc điều trị cơ bản

- Thuốc chống sốt rét: Hydrochlroquin
- Salazopyzin 500mg: 2-4 viên/24h .
- Endoxan: 1-2mg/ kg/ 24h.
- Methotrexat: 10mg 20 mg/24h, một tuần uống 1 lần vào 1 ngày nhất định.

6.6. Khi bệnh ổn định, điều trị củng cố bằng một trong các loại thuốc chống viêm giảm đau với liều thấp: Indometacin, Brufen, Voltaren , Mobic hoặc Piroxicam... kéo dài.

- Có thể kết hợp y học cổ truyền dân tộc: châm cứu, Đông y, lý liệu pháp.

- Kết hợp với vật lý trị liệu phục hồi chức năng: Xoa bóp, đắp nén, tắm suối nước nóng...

Những trường hợp có di chứng khớp, teo cơ, biến dạng, cần kết hợp với ngoại khoa, vật lý để chỉnh hình, lấy lại chức năng vận động của khớp.

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Viêm khớp dạng thấp là bệnh:

- A. Bệnh khớp mạn tính
- B. Bệnh tự miễn
- C. Bệnh di truyền
- D. Bệnh

2. Triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán viêm khớp dạng thấp, ngoại trừ:

- A. Cứng khớp buổi sáng trên 1 giờ
- B. Đối xứng hai bên
- C. Viêm ít nhất 1 trong 3 vị trí: khớp cổ tay, khớp bàn ngón, khớp ngón gần
- D. Sưng đau khớp gối 2 bên

3. Trình bày các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo ACR 1987?

4. Trình bày hướng điều trị, và phòng bệnh viêm khớp dạng thấp?

Bài 18

BỆNH GÚT (GOUTE)

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh goute.
2. Trình bày được các cận lâm sàng của bệnh Goute.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh gút (bệnh thống phong) nằm trong các bệnh khớp do rối loạn chuyển hoá hay gặp nhất.

Đây là bệnh thường gặp ở các nước châu Âu, chiếm khoảng 0,02 - 0,2% dân số, gặp chủ yếu ở nam giới (95%), tuổi trung niên, một số trường hợp có tính chất gia đình

Ở Việt Nam những năm gần đây bệnh được chú ý chẩn đoán và điều trị, bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng và phần lớn chưa được chẩn đoán và điều trị sớm nên có nhiều biến chứng nặng (nổi u cục, suy thận)

2. Nguyên nhân

Có thể nói nguyên nhân gây bệnh trực tiếp gây bệnh là do acid uric tăng cao trong máu.

2.1. Nguồn gốc của acid uric

Acid uric được tạo thành từ hai nguồn:

- Thoái giáng từ các chất có nhân purin do thức ăn mang vào
- Tổng hợp các purin từ con đường nội sinh

2.2. Vai trò sinh bệnh của acid uric

Khi acid uric trong máu tăng cao thì nó sẽ lắng đọng lại ở một số cơ quan tổ chức dưới dạng tinh thể acid uric hay urat monosodic.

- Lắng đọng ở màng hoạt dịch gây viêm khớp
- Lắng đọng ở thận
- Lắng đọng ở nội tạng hoặc các cơ quan gây các biểu hiện bệnh ở các nơi này (sụn xương, gân, tổ chức dưới da, thành mạch, tim,...)

2.3. Nguyên nhân gây tăng lượng acid uric

- Tăng bẩm sinh: Tăng từ nhỏ. Bệnh rất hiếm và rất nặng
 - Bệnh gút nguyên phát: Gắn liền với yếu tố di truyền và cơ địa do rối loạn chuyển hoá purin (tăng) gây tăng nhiều acid uric.
 - Bệnh gút thứ phát
 - + Do ăn nhiều nhất là những thức ăn có nhiều purin như gan, tim, não, lòng, thịt, cá, nấm, tôm, cua. Đây là những nguyên nhân phát động bệnh hơn là nguyên nhân trực tiếp.
 - + Do tăng cường giáng hoá purin nội sinh
 - + Do giảm thải acid uric qua thận.
- Trên thực tế đa số gặp Gút thứ phát.

3. Triệu chứng

3.1. Gout cấp tính

3.1.1. Tiền triệu

- Con gout cấp thường xuất hiện sau những điều kiện thuận lợi như:

- Sau một bữa ăn nhiều rượu thịt
- Sau chấn thương hoặc phẫu thuật
- Sau lao động nặng hoặc đi lại nhiều, đi giày quá chật
- Xúc động, cảm động
- Nhiễm khuẩn cấp
- Sau dùng một số thuốc Steroid, B12...

3.1.2. *Cơn gout cấp*

- 60 - 70 % biểu hiện ở khớp bàn ngón chân cái
 - Đang đêm thức dậy vì sưng đau khớp bàn chân cái (một bên) đau ngày càng tăng, chạm vào đau tăng lên.
 - Ngón chân sưng to, phù nề, căng bóng, nóng đỏ, sưng huyết trong khi các ngón khác bình thường.
 - Toàn thân sốt nhẹ, mệt mỏi, lo lắng
 - Viêm kéo dài khoảng 1 - 2 tuần, đêm đau nhiều hơn ngày
 - Ở Việt Nam hơn 50% bệnh nhân khởi phát bằng sưng đau ngón chân cái
- Đối với trường hợp không điển hình có thể sưng đau vị trí khác hoặc nhiều khớp và kéo dài.

3.1.3. *Cận lâm sàng*

- Ở giai đoạn cấp chụp X quang không có gì thay đổi so với bình thường
- Xét nghiệm Acid uric máu tăng trên 416,5 micromol/l, bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng, chọc dịch ở nơi viêm có thể thấy tinh thể urat nằm trong bạch cầu, nhưng cũng có khi không tăng.

3.2. *Gout mạn tính*

3.2.1. *Triệu chứng ở khớp*

- Nổi u cục (tophi):
- + Là hiện tượng lắng đọng urat ở xung quanh khớp, ở màng hoạt dịch, đầu xương sụn.
- + Vị trí ở trên các khớp bàn ngón chân cái và ở các khớp khác và có một vị trí rất đặc biệt là ở sụn vành tai
- + Tính chất: Kích thước to nhỏ không đồng đều, vài milimét đến vài centimét đường kính, lồi lõm, hơi chắc hoặc mềm, không di động do dính vào nền ở dưới, không đối xứng, ấn vào không đau được bọc bởi một lớp da mỏng bên dưới có cặn trắng như phấn khi bị loét dễ chảy chất vàng hoặc trắng như phấn.
- Viêm đa khớp: Các khớp nhỏ và nhỏ bị viêm có tính chất đối xứng và thường viêm nhẹ.

3.2.2. Ngoài khớp ra còn tổn thương ở thận và có thể lắng đọng urat ở một số cơ quan ngoài khớp như gân, ngoài da, móng, màng ngoài tim...

3.2.3. *Cận lâm sàng*

- Xét nghiệm máu: Acid uric máu tăng cao trên 416 micromol/l, tốc độ máu lắng tăng trong đợt tiến triển của bệnh
- Xét nghiệm Acid uric niệu giảm rõ trong gout thứ phát
- Xét nghiệm dịch khớp: Thấy tinh thể urat monosodic trong hoặc ngoài tế bào: là những tinh thể hình que, hai đầu nhọn, lưỡng chiết quang.
- Chụp X quang: Quan trọng là thấy khuyết xương hình hốc ở các đầu xương
- + Khuyết hình hốc hay gập ở xương đốt ngón chân, tay, xương bàn tay, chân, đôi khi ở cổ chân, cổ tay và khuỷu.
- + Khuyết lúc đầu ở sụn khớp và vỏ xương, khe khớp hẹp rõ rệt (hình 3)

+ Sau cùng hình khuyết lớn dần và tạo nên hình tuỷ xương rộng xung quanh, có những vệt vôi hoá

+ Ghép thêm vào hình ảnh khuyết xương và hẹp khe khớp nếu bệnh lâu có thể thấy hình ảnh thoái hoá thứ phát (hình 4)

4. Chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào hai tác giả Mỹ (1968)

- Hoặc tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hay trong cục tophi

- Hoặc có ít nhất hai tiêu chuẩn sau đây:

+ Trong tiền sử hoặc hiện tại có đợt sưng đau khớp với tính chất ban đầu đột ngột dữ dội khỏi hoàn toàn trong 2 tuần

+ Trong tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn chân cái với các tính chất như tiêu chuẩn trên

+ Tìm thấy cục tophi

+ Tác dụng điều trị kết quả nhanh chóng của Colchicin trong tiền sử hay hiện tại.

5. Điều trị

- Thuốc chống viêm đặc hiệu trong bệnh gout: Colchicin và phenylbutazon

Colchicin 1mg ngày đầu uống 3 viên chia 3 lần

Ngày thứ 2 uống 2 viên chia 2 lần

Ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 uống 1 viên vào buổi tối.

Tuyệt đối không sử dụng các thuốc Steroid (prednisolon, dexamethason...) mặc dù giảm đau nhanh nhưng làm tăng acid uric máu đẩy bệnh nhanh chuyển sang mạn tính.

- Thuốc tăng thải tiết acid uric thận: probenexit, zoxazolamin...

- Thuốc làm giảm lượng acid uric trong máu: allopurinol, thiopurinol, acid orotic.

- Chú ý: Trong cơn gout cấp cần nghỉ ngơi hoàn toàn, ăn ẩm, ăn nhẹ, uống nhiều nước 2 - 3 lít/ngày

- Thuốc an thần: Diazepam hoặc an thần phối hợp colchicin (colchimax)

- Điều trị dự phòng gout tái phát:

+ Không rượu và các chất kích thích

+ Hạn chế các thức ăn có nhiều purin (phủ tạng động vật, thịt, cá, cua, nấm, rau dền, đậu Hà Lan, đậu hạt, các loại, măng...)

+ Uống nhiều nước mỗi ngày, tốt nhất là nước khoáng

+ Tránh làm việc quá sức, tránh lạnh, tránh ăn uống quá mức, không dùng thuốc lợi tiểu chlorothiazid, steroid.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh goute.

2. Trình bày các cận lâm sàng của bệnh Goute

Bài 19

ĐỘT QUY NÃO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ và triệu chứng của đột quỵ não.
2. Trình bày được hướng xử trí ban đầu đột quỵ não.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

"Đột quỵ não (tai biến mạch máu não) là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh, thường là khu trú hơn là lan toả, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương". Theo tổ chức Y tế thế giới 1990.

2. Phân loại

TBMMN gồm 2 loại chính:

- Nhồi máu não hoặc thiếu máu não cục bộ (nhũn não)
- Chảy máu não

Theo các thống kê ở các nước Âu - Mỹ cho thấy trong đột quỵ não thì chảy máu não màng não chiếm 15%, tắc mạch do huyết khối 80%, lấp tắc mạch 5%.

3. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não

* Xuất huyết não:

- Chủ yếu là tăng huyết áp, nhất là thể tăng huyết áp kịch phát thường kết hợp với vỡ xơ động mạch, đứt thào đường.
- Phồng động mạch bẩm sinh hay mắc phải, phồng động mạch - tĩnh mạch.
- U não hoại tử gây chảy máu.
- Các bệnh do thiếu yếu tố đông máu, suy gan nặng, giảm Prothrombin máu.
- Bệnh loxêmi cấp tính.

* Nhồi máu não:

- Vỡ xơ động mạch.
- U não
- Do co thắt mạch.
- Do lấp mạch: do mảng vỡ xơ, do huyết khối.

* Các yếu tố nguy cơ đột quỵ não

- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường
- Các bệnh tim mạch.
- Hút thuốc lá.
- Thiếu máu não cục bộ thoáng qua.
- Dùng thuốc tránh thai.
- Protein niệu.
- Béo phì
- Uống rượu.
- Tăng kết dính tiểu cầu.
- Rối loạn lipid máu.
- Tăng acid uric máu.

- Yếu tố di truyền, gia đình.

4. Triệu chứng lâm sàng

- **Hoàn cảnh xuất hiện:** bệnh khởi phát đột ngột có thể liên quan đến một số hoàn cảnh sau:

- + Trong hoặc sau khi uống rượu, bia.
- + Thay đổi thời tiết, khí hậu.
- + Căng thẳng tinh thần hoặc thể lực.
- + Tắm nóng hoặc lạnh.
- + Thời gian khi đêm về sáng.

- **Các triệu chứng sớm, xuất hiện đột ngột :** Bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều các triệu chứng sau:

- + Tê nửa người, một tay hoặc nửa mặt.
- + Yếu (liệt) (hoặc động tác vụng về, cảm giác nặng nề) nửa người, một tay hoặc nửa mặt.
- + Nói khó hoặc khó hiểu lời nói.
- + Nhìn mờ hoặc mù (một hoặc cả hai mắt).
- + Chóng mặt hoặc mất thăng bằng.

Tuỳ theo động mạch não bị tổn thương và vùng não do động mạch đó chi phối mà các thiếu hụt chức năng thần kinh có thể khác nhau.

- **Có thể có các rối loạn kèm theo:** ngôn ngữ, cảm giác, rối loạn về nuốt (nuốt khó, nuốt sặc), rối loạn cơ tròn, rối loạn nhận thức, nặng có thể hôn mê, rối loạn nhịp thở, kiêu thở, suy hô hấp

5. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp CT- Scanner sọ não, cộng hưởng từ hạt nhân: có hình ảnh giảm tỷ trọng hoặc tăng tỷ trọng nhu mô não.

- Xét nghiệm đông máu (APTT, prothrombin, độ tiêu sợi huyết...), các xét nghiệm về glucose, các lipid máu.

- Điện tim, Doppler mạch

- Xét nghiệm dịch não tủy: trong hoặc có máu

6. Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng (chụp cắt lớp vi tính sọ não)

7. Xử trí và phòng bệnh

7.1. Tại gia đình bệnh nhân

Khi người nhà phát hiện thấy bệnh nhân có biểu hiện của các triệu chứng với các đặc điểm xuất hiện và hoàn cảnh xuất hiện như trên, thì người nhà bệnh nhân nên và không nên làm các công việc sau:

Nên:

- Bất động, theo dõi bệnh nhân, sơ cứu duy trì nhịp tim và nhịp thở khi cần thiết.

- Vận chuyển bệnh nhân càng nhanh càng tốt tới một trung tâm cấp cứu gần nhất, tốt nhất là gọi xe cấp cứu chuyên dụng hoặc mời một bác sĩ xử trí và hộ tống vận chuyển.

- Chuẩn bị tâm lý cho mọi người trong gia đình, chủ động đón nhận một thời kỳ chăm sóc, điều trị bệnh nhân lâu dài, vất vả.

Không nên:

- Để bệnh nhân tại nhà chờ đợi sự thuyên giảm tự nhiên của bệnh, hoặc cho rằng bệnh nhân tuổi đã cao không cần đưa đi bệnh viện cứu chữa.

- Trì hoãn để đưa bệnh nhân đi khám trong hoàn cảnh tiện lợi (khám theo tuyến, chờ cho đầy đủ các thành viên gia đình, chờ cho trời sáng mới đưa bệnh nhân đi bệnh viện....)

- Tự sử dụng các loại thuốc cấp cứu điều trị mà không có đơn của bác sỹ.

7.2. Tại bệnh viện

- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn đầu cao 30°

- Làm thông đường thở, nếu cần đặt nội khí quản hay mở khí quản, hút đờm rãi.

- Thở ôxy qua mũi liên tục hay ngắt quãng.

- Hỗ trợ hô hấp cho bệnh nhân bằng bóp bóng Ambu, thở máy nếu có chỉ định.

- Cân bằng nước và điện giải, cân bằng kiềm toan.

- Nếu cần, đặt ống thông dạ dày qua mũi để nuôi dưỡng và cho thuốc vào dạ dày.

- Chỉ dùng thuốc điều trị HA khi HA tâm thu > 200 mmHg: làm thủng 1 nang Adalat 10mg nhỏ III - V giọt vào dưới lưỡi để đưa xuống < 200mmHg, vào khoảng 170 - 180 mmHg.

- Tùy trường hợp chảy máu não hay nhồi máu não mà có phác đồ điều trị khác nhau: Chống đông, tăng tuần hoàn não, tiêu sợi huyết...

- Can thiệp ngoại khoa khi thấy có dị dạng mạch máu bị vỡ và khối máu tụ ở não hay tiểu não.

- Ở giai đoạn ổn định cần phối hợp vật lý trị liệu, y học cổ truyền (châm cứu), liệu pháp phản xạ thần kinh để phục hồi di chứng.

7.3. Phòng bệnh

Đột quỵ não để lại di chứng tàn phế nghiêm trọng như di chứng vận động, giảm hoặc mất trí tuệ, để lại cho xã hội một gánh nặng, do vậy phòng bệnh có ý nghĩa rất quan trọng

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ (huyết áp cao, đái tháo đường, các bệnh tim...).

- Dùng thuốc chống đông và thuốc chống kết dính tiểu cầu.

- Phòng các tai biến mạch máu não tái phát.

- Phòng chống loét và bội nhiễm; quản lý và điều trị bệnh nhân ở cộng đồng.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các yếu tố nguy cơ và triệu chứng của đột quỵ não.

2. Trình bày hướng xử trí ban đầu đột quỵ não.

Bài 20

BỆNH BẠCH CẦU CẤP, BẠCH CẦU KINH (BỆNH LEUCÉMIE CẤP, KINH)

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh bạch cầu
2. Trình bày được biến chứng của bệnh bạch cầu.
3. Trình bày được hướng điều trị bệnh bạch cầu.

NỘI DUNG

I. BỆNH BẠCH CẦU CẤP

1. Định nghĩa.

Bệnh bạch cầu cấp là bệnh tăng sinh dòng bạch cầu hạt non chưa biệt hoá lẫn át các dòng khác.

2. Nguyên nhân

Có nhiều giả thuyết:

- Do Virus: Tế bào bạch cầu bị virus tấn công, sản sinh không ngừng, cấu trúc và màng tế bào thay đổi, mất khả biệt hoá và trưởng thành.
- Do nhiễm chất phóng xạ.
- Do hoá chất độc: Benzen, Toluene, thạch tím vô cơ.
- Do yếu tố di truyền: trong gia đình có người mắc bệnh ung thư thì tỷ lệ mắc bạch cầu cấp cao gấp 4 lần.
- Phần lớn chưa rõ nguyên nhân, được cho là bệnh tự miễn dịch.

3. Triệu chứng

Gặp ở lứa tuổi trẻ, đặc điểm là tăng sinh bạch cầu non chưa biệt hoá, dòng bạch cầu trung gian không có.

3.1. **Lâm sàng:** Biểu hiện bằng 5 hội chứng:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao từ 39 - 40°C, sốt liên tục
- Hội chứng thiếu máu
 - + Hoa mắt chóng mặt
 - + Hôi hộc đánh trống ngực
 - + Da xanh niêm mạc nhợt
 - + Mạch nhanh, nhịp tim nhanh
- Hội chứng xuất huyết
 - + Xuất huyết tự nhiên, đa hình thái, đa lứa tuổi
- Hội chứng gan, lách, hạch to ở mức độ vừa phải
- Hội chứng viêm loét miệng, hơi thở hôi.
- Ngoài ra có thể đau các xương dài.

3.2. **Cận lâm sàng**

- Huyết đồ (máu ngoại vi):
 - + Số lượng hồng cầu giảm
 - + Số lượng tiểu cầu giảm
 - + Số lượng bạch cầu có khi tăng, có khi bình thường, có khi giảm, nhưng có rất nhiều bạch cầu non chưa biệt hoá (leucoplate >80%) là những bạch cầu chưa có chức năng miễn dịch.

- + Bạch cầu trưởng thành và bạch cầu đa nhân trung tính giảm.
- Tuỷ đồ:
 - + Số lượng tế bào tuỷ tăng sinh (bình thường: 30.000-100.000/mm³ máu), tăng nhất là dòng bạch cầu non chưa biệt hoá.
 - + Bạch cầu trung gian (tuỷ bào, hậu tuỷ bào) không có.
 - + Bạch cầu già (bạch cầu đũa, mui) ít.
 - Đặc điểm tuỷ đồ như trên được gọi là khoảng trống bạch cầu*
 - + còn dòng hồng cầu và dòng tiểu cầu giảm.

4. Điều trị

- Dùng thuốc chống ung thư và ức chế miễn dịch để ức chế tăng sinh dòng bạch cầu non:
 - + Vincristin hoặc leucovorin, myleran, 6MP.
 - + prednisolon 5mg x 6 - 10 viên/24h, uống sau ăn.
 - Truyền máu cùng nhóm nếu thiếu máu nhiều:
 - + Có thể truyền máu tươi toàn phần.
 - + Có thể truyền khối hồng cầu, hoặc tiểu cầu.
 - Cho uống thêm các loại thuốc hỗ trợ tạo hồng cầu như: vitamin C, vitamin B6, viên sắt.
 - Hạ sốt: paracetamol 0,5g x 2 viên/24h.
 - Chống nhiễm khuẩn: cho kháng sinh thích hợp tuỳ theo cơ quan bị nhiễm khuẩn và loại vi khuẩn gây bệnh.

II. BỆNH BẠCH CẦU MẠN TÍNH

1. Đại cương

Bệnh bạch cầu mạn tính là một bệnh máu ác tính có tăng sinh quá sản dòng bạch cầu đã biệt hoá nhiều nhưng chất lượng bạch cầu không bình thường, số lượng bạch cầu tăng cao ở máu ngoại vi và tuỷ xương. Trong công thức bạch cầu gặp đủ các lứa tuổi từ non đến già nhưng không có khoảng trống bạch cầu.

Đời sống trung bình của bệnh nhân bạch cầu mạn tính kéo dài hơn bệnh bạch cầu cấp. Bệnh bạch cầu cấp đời sống trung bình được 6 tháng còn bệnh bạch cầu mạn tính dòng hạt đời sống trung bình được 44 tháng.

Bệnh thường gặp ở tuổi 30-50 tuổi, rất ít gặp ở trẻ con và người trên 70 tuổi.

Nguyên nhân gây bệnh chưa được khẳng định rõ ràng, người ra cho rằng bệnh có liên quan đến phóng xạ, hoá chất và người có tiền sử sốt rét.

2. Triệu chứng

2.1 Lâm sàng

Có thể gặp các triệu chứng sau theo thứ tự từ hay gặp đến ít gặp

- Lách to rất điển hình (quá rốn đến mào chậu), mật độ chắc, có bờ răng cưa.

Gặp ở hơn 90% số bệnh nhân

- Thiếu máu nhẹ gặp ở hơn 70% số bệnh nhân.

- Sốt 39-40°C có ở hơn 70% số bệnh nhân.

- Gan to 1-2 cm dưới bờ sườn phải.

- Gầy sút cân.

- Rối loạn tiêu hoá, ăn kém.

- Nghe tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng.

- Hạch to: to vừa, một vài hạch cổ hoặc bẹn.

- Xuất huyết: ở giai đoạn kinh điển không có xuất huyết, xuất huyết chỉ xảy ra trong giai đoạn chuyển dạng cấp.

- Các triệu chứng khác ít gặp hơn: đau khớp, tắc mạch, vàng da nhẹ, sạm da, suy tim (gặp ở giai đoạn chuyển dạng cấp), phù mềm hai chân, viêm gan, viêm phổi, u dưới da do thâm nhiễm, rụng tóc, tuyến giáp to, hôn mê (gặp trong giai đoạn chuyển dạng cấp), máu tinh hoàn to.

2.2. Cận lâm sàng

- Tăng sinh dòng bạch cầu hạt với số lượng thường xuyên là trên $80 \times 10^9/\text{lít}$ có bệnh nhân lên đến $300-400 \times 10^9/\text{lít}$ và có thể lên trên $700 \times 10^9/\text{lít}$.

- Công thức bạch cầu có tỷ lệ nguyên thủy bào khoảng 5-10% hoặc 10-15% ở máu ngoại vi và ở tủy xương.

- Hàm lượng vitamin B₁₂ trong huyết thanh tăng gấp 2-10 lần bình thường (bình thường 4500-8600 ng/lít). Người ta thấy rằng dòng hạt trung tính có protein mang vitamin B₁₂.

- Men phosphatase kiềm bạch cầu thường giảm hoặc không có (bình thường 30-80%) vì tế bào của dòng bạch cầu hạt không trưởng thành hoàn toàn.

- Hàm lượng acid uric huyết thanh tăng hơn bình thường (bình thường là 4-6mg/100ml máu), do tăng sự thoái hoá các acid nucleic trong nhân tế bào gây bởi sự phá huỷ các thành phần của tế bào bạch cầu dòng hạt.

- Có nhiễm sắc thể philadelphia dương tính trong tế bào ở máu ngoại vi và tủy xương.

- Thiếu máu đẳng sắc với hình thái hồng cầu bình thường.

- Tăng số lượng tiểu cầu ở giai đoạn đầu (giai đoạn còn mạn tính)

- Tăng số lượng tế bào tủy xương với ưu thế dòng tủy bào, tăng tế bào nhân không lồ và giảm tiểu hồng cầu.

3. Tiến triển và biến chứng

Trong quá trình tiến triển bệnh có thể gặp các biến chứng sau:

- Tắc mạch nhiều nơi: não, lách...

- Vỡ lách

- Nhiễm khuẩn

- Suy kiệt cơ thể.

- Xuất huyết khi số lượng tiểu cầu giảm.

Các biến chứng thường gặp trong giai đoạn chuyển cấp của bệnh và bệnh nhân thường tử vong trong giai đoạn chuyển cấp.

4. Điều trị

4.1. Giai đoạn kinh điển

Điều trị bệnh trong giai đoạn này đã được nhiều tác giả nghiên cứu từ nhiều năm nay bằng phương pháp khác nhau là:

- Hoá học trị liệu (hiện nay vẫn thường được sử dụng):

+ Bisilfan (các biệt dược: misulban, myleran, myelosan): là một chất tổng hợp chống phân bào nhiễm sắc thể alkylant. Loại thuốc này có hiệu lực nhất đối với bệnh bạch cầu mạn tính dòng hạt và rất dễ dung nạp.

+ Liều dùng: 4-5 mg/ngày, uống hàng ngày và theo dõi công thức máu sau điều trị một tháng, rồi duy trì cho số lượng bạch cầu khoảng $10-15 \times 10^9/\text{lít}$ hoặc cho trở lại bình thường.

+ Thuốc có tác dụng phụ: mất kinh nguyệt do tổn thương buồng trứng, rối loạn sắc tố da do rối loạn chuyển hoá lưu huỳnh, xơ tủy và suy tủy.

- Một số biện pháp khác:

+ Gạn bạch cầu.

+ Cắt bỏ lá lách.

- + Miễn dịch trị liệu.
- + Quang tuyến liệu pháp và phospho phóng xạ.
- + Phương pháp ghép tủy xương và tự ghép tủy bản thân cho bệnh bạch cầu mạn tính dòng hạt hện nay một số nước Châu Âu đang tiến hành nhưng kết quả còn quá ít ỏi.

4.2. Giai đoạn chuyển tiếp

Áp dụng điều trị như bệnh bạch cầu cấp.

LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn vào ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Triệu chứng có giá trị chẩn đoán bệnh bạch cầu cấp là:

- A. Xuất huyết
 - B. Sốt kéo dài
 - C. Xét nghiệm huyết đồ có bạch cầu non
 - D. Thời gian máu chảy máu đông kéo dài
- 2. Trình bày triệu chứng của bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu kinh?**
- 3. Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu kinh?**

Bài 21

SHOCK (SỐC)

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán sốc.
2. Trình bày được các nguyên nhân gây sốc
3. Trình bày được nguyên tắc xử trí sốc

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Sốc là tình trạng thiếu oxy tổ chức do nguyên nhân tuần hoàn, thực chất là thiếu tưới máu tổ chức, biểu hiện trên lâm sàng bằng các dấu hiệu:

- Mặt tái, tím các đầu chi, mảng tím trên da, khi ấn vào các chi thì nhợt đi và chậm trở lại
- Da lạnh, mũi, các đầu chi lạnh, toát mồ hôi
- Mạch nhanh, huyết áp hạ, HA dao động và kẹt
- Nhịp thở nhanh
- Vô niệu (dưới 50ml trong giờ đầu -sonde)
- Điện tâm đồ có rối loạn tái cực

2. Các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng

2.1. Lâm sàng

- Hạ huyết áp: Không có con số cứng nhắc cho huyết áp (HA). Nếu biết được số huyết áp lúc bình thường thì rất tốt. Trong truy mạch HA tụt nhanh đột ngột mà không dao động, còn trong sốc HA thường dao động trước khi truy mạch. Trong sốc HA thường kẹt - khoảng cách HA tối đa và tối thiểu nhỏ. Thường đo áp lực tĩnh mạch trung tâm trong sốc nhằm giúp chẩn đoán và theo dõi sốc. Thường từ 0-5cm nước. Nếu áp lực giảm thường sốc do giảm thể tích, nếu tăng thường do suy tim hoặc ép tim cấp

- Nhịp tim thường nhanh hoặc rất nhanh, nhưng trong ngộ độc gacdenal hoặc meprobamat thường chậm hoặc sốc nhồi máu cơ tim mạch lại bình thường

- Ý thức: Bệnh nhân thường tỉnh hoặc có lo sợ hốt hoảng, cũng có khi lơ đãng khó tiếp xúc có khi hôn mê, nếu hôn mê phải nghĩ đến nguyên nhân ngộ độc, chấn thương sọ não

- Da: Da thường lạnh, toát mồ hôi, có mảng tím. Đôi khi da lại nóng do giãn mạch, đó là trường hợp sốc nóng hiếm gặp hơn (sốc nhiễm khuẩn)

- Nước tiểu: Nên theo dõi bằng sonde. Thường trong sốc lượng nước tiểu giảm hoặc vô niệu, khi nước tiểu tăng chứng tỏ tiến triển tốt.

- Thân nhiệt: Thường tăng trong sốc nhiễm khuẩn, lúc đầu rét run sau đó nhiệt độ có thể về bình thường. Chú ý cấy máu cho BN khi sốt

- Nhịp thở: Khi có sốc nặng nhịp thở nhanh và sâu do tăng thông khí tiên phát. Chú ý tìm các tổn thương ở đường hô hấp

- Các biểu hiện khác: Khám toàn thân tìm những tổn thương, tìm nguyên nhân: Thăm âm đạo, trực tràng cẩn thận. Chú ý tìm dấu hiệu chảy máu trong, dấu hiệu thủng tạng rỗng, dấu hiệu viêm tụy, vv...

2.2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ: Thường có rối loạn, kali máu tăng

- Ure huyết tăng, ure niệu tăng hoặc giảm. Ure niệu cao chứng tỏ có suy thận chức năng nhưng nếu giảm có thể do tổn thương thận khi đó truyền dịch nhất là dịch có natri phải cân nhắc kỹ.

- Đường huyết thường tăng lúc đầu

- Thăng bằng kiềm toan: Thường không có rối loạn đáng kể về thăng bằng kiềm toan trong sốc nếu sốc nặng có thể thấy tăng lactat máu.

- Men: CK, AST, ALT tăng trong sốc do nhồi máu cơ tim, có thể tăng trong 1 số sốc khác. Amylaza tăng trong viêm tụy cấp

- Đông máu: Sốc nặng có thể dẫn đến đông máu trong mao mạch xét nghiệm có Fibrin giảm, Prothrombin giảm, tiêu cầu giảm. Đông máu nội mạch là hậu quả của sốc chứ không phải là nguyên nhân gây sốc

3. Chẩn đoán

Trên lâm sàng khi có bệnh nhân trụy mạch, tụt huyết áp người ta thường nghĩ đến sốc. Để chẩn đoán sốc cần phải đối chiếu các biểu hiện như mạch, huyết áp nhịp thở, thân nhiệt da mặt... Cần thăm khám các cơ quan, làm các xét nghiệm để tìm các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của sốc. Khi điều kiện không cho phép không thể làm được các xét nghiệm người ta căn cứ vào các dấu hiệu lâm sàng nhất là huyết áp, tình trạng tuần hoàn, hô hấp để chẩn đoán sốc.

4. Phân loại và nguyên nhân gây sốc

Phân loại sốc thường dựa vào cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân gây sốc là đúng đắn và dễ hiểu nhất. Tuy nhiên cũng có những phân loại dựa trên tính chất của sốc. Sốc tiên phát gồm các nguyên nhân thần kinh và dị ứng, thường xuất hiện nhanh, khởi nhanh hoặc chết. Sốc chậm thường xuất hiện muộn tiên triển chậm, điều trị phức tạp.

Phân loại theo nguyên nhân bao gồm các sốc sau đây:

*** Sốc do tim:**

Thường do nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi gây tình trạng tâm phế cấp. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như nhiễm độc nọc cóc, quinidine, quinin, nhiễm khuẩn thương hàn, bạch hầu. Có khi do các nguyên nhân rối loạn nhịp quá nhanh hoặc quá chậm, ngay sau mổ tim, ép tim do tràn máu, tràn dịch màng ngoài tim cấp... Thường sốc nặng trên bệnh nhân đã có bệnh tim từ trước, xử trí rất khó khăn

*** Sốc giảm thể tích**

Thường do mất máu trong chảy máu tiêu hoá, chữa ngoài tử cung vỡ, vỡ lách, phẫu thuật. Do mất huyết tương trong bỏng, viêm phúc mạc, viêm tụy. Mất nước, mất muối do nôn mửa, ỉa chảy cấp nhiễm khuẩn, tắc ruột, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, suy thượng thận cấp

*** Sốc nguyên nhân thần kinh, ngộ độc, dị ứng làm giảm tuần hoàn ngoại vi:**

Diễn hình là sốc phản vệ. Thường xảy ra sau khi tiêm hoặc uống một chất có tính kháng nguyên như kháng sinh, các peptid lạ hoặc một số thức ăn. Biểu hiện rầm rộ bằng phù nề toàn thân phù nề đường hô hấp, trụy tim mạch, tình trạng nặng có thể tử vong. Xử trí khẩn trương và đúng phác đồ có thể cứu được bệnh nhân

*** Sốc nhiễm khuẩn:**

Xảy ra trên bệnh nhân có nhiễm khuẩn nặng từ trước lại có mất máu mất nước, mất muối hoặc có bệnh tim phổi hợp. Cũng có khi xảy ra sau truyền máu, truyền dịch bị nhiễm khuẩn. Thường là sốt nội độc tố nhưng cũng có khi do các vi khuẩn có ngoại độc tố như tụ cầu, liên cầu trực khuẩn mủ xanh, v.v...

*** Sốc chấn thương:**

Xảy ra sau các chấn thương nặng, đa chấn thương. Các sốc chấn thương có nhiều cơ chế gây nên: Mất máu, mất huyết tương, đau đớn, nhiễm độc sản phẩm chuyển hoá của các tổ chức dập nát... điều trị khó khăn do tổn thương thường lớn và nghiêm trọng.

5. Nguyên tắc chung trong xử trí sốc

Tuỳ theo nguyên nhân có cách xử trí riêng biệt. Đây là 10 động tác cơ bản khi xử trí sốc

- Sơ cứu chảy máu nếu có
- Đảm bảo thông khí: Oxy, hút đờm rãi, nội khí quản hoặc hô hấp nhân tạo khi cần
- Đo huyết áp, lấy mạch
- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, qua đó đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, lấy máu làm xét nghiệm, truyền dịch qua catheter thông thường hoặc dịch cao phân tử hoặc truyền máu nếu cần
- Ghi điện tim, điện não, đặt máy monitor theo dõi tim mạch
- Đặt sonde bàng quang lấy nước tiểu xét nghiệm, theo dõi lượng nước tiểu từng giờ.
- Lấy nhiệt độ.
- Chụp phổi tại giường
- Theo dõi tính chất, khối lượng phân
- Tìm và xử trí nguyên nhân gây sốc

Tại tuyến cơ sở không phải lúc nào cũng có đủ điều kiện để làm được mười bước xử trí sốc, thường chỉ thực hiện được ba bước đầu sau đó truyền dịch và nếu có thể duy trì huyết áp bằng dopamin, noradrenalin rồi tìm phương tiện vận chuyển lên tuyến trên. Chú ý trong khi vận chuyển vẫn cần xử trí tiếp tục.

6. Các loại dịch truyền

- Trong sốc do giảm thể tích máu: Dịch truyền được sử dụng rất rộng rãi, truyền ngay dung dịch natri clorua 9%, glucoza 5%, huyết tương, dextran, các dung dịch cao phân tử như hemacel, heasteril 6%, plasma... nói chung có thể truyền bất cứ loại dịch truyền nào có trong tay trong khi chờ máu truyền (chú ý không truyền glucoza 30%). Trong sốc do mất nước mất muối: Natriclorua 9%, glucoza 5%, bicarbonat 14%, có thể cho thêm Kali vào dịch truyền nhưng cần đánh giá kali máu
- Tốc độ và lượng dịch truyền phụ thuộc áp lực tĩnh mạch trung tâm, tình trạng sốc và mức độ giảm thể tích máu
- Đối với sốc nhiễm khuẩn, sốc chấn thương: Việc truyền máu hết sức cần thiết vì thường trong sốc nhiễm khuẩn có tan máu và xuất huyết. Sốc chấn thương thường có chảy máu nhiều khi chảy máu và mất huyết tương nặng. Khi không có máu hoặc huyết tương mới dùng các dịch truyền như đã nêu trên.
- Truyền dịch trong sốc cần chú ý đề phòng phù phổi cấp bằng cách theo dõi mạch huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, nước tiểu, thể tích gan, tĩnh mạch cổ, nghe tim, nghe phổi
- Trong sốc tim và sốc phản vệ: Vấn đề truyền dịch không phải là cơ bản. Dịch truyền chỉ vừa đủ để duy trì đường tĩnh mạch cho phép truyền các loại thuốc vận mạch, trợ tim

7. Các thuốc trong điều trị sốc

- * Các thuốc co mạch: Noradrenalin, adrenalin, dopamin:
- * Các thuốc kích thích thụ thể beta

* Corticoid: Có thể sử dụng hydrocortison hemisuccinate (Solu-cortef), hoặc Methylprednisolon (Solu-medrol) truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc tiêm tĩnh mạch chậm

* Trợ tim:

* Chống toan máu

* Xử trí các rối loạn đông máu:

8. Điều trị các nguyên nhân

Tuỳ theo nguyên nhân mà có biện pháp điều trị thích hợp mới có hiệu quả trong hồi sức sốc.

9. Dự phòng sốc

9.1. Dự phòng chung

Trong điều trị thường ngay ở các khoa phòng cần đánh giá đúng tình trạng nặng của bệnh nhân không để bệnh nhân rơi vào tình trạng sốc nhất là các sốc như nhiễm khuẩn, sốc do tim.

Trong đời sống hàng ngày trước các nguyên nhân gây đau đớn như chấn thương, bỏng nặng... cần được xử trí ngay như cố định giảm đau, và chuyển lên tuyến trên không để bệnh nhân đau quá dẫn đến sốc

9.2. Dự phòng đặc hiệu và dự phòng tai biến điều trị

Bù đủ lượng dịch cần thiết cho các bệnh nhân có nguy cơ sốc trong bệnh viện. Cho kháng sinh đủ và đúng với các bệnh nhân nhiễm trùng nặng, với các bệnh nhân nhiễm trùng đường mật cần hết sức đề phòng sốc mật. Trong chấn thương nhất là gãy xương đùi, đa chấn thương phải giảm đau an thần tốt có thể cho morphin để phòng sốc do đau đớn.

Phòng tai biến sốc phản vệ khi dùng kháng sinh và một số thuốc có thể gây sốc như novocain ...bằng cách thử phản ứng trước tiêm

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các nguyên nhân gây shock?
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của shock?
3. Trình bày các nguyên tắc điều trị shock?

Bài 22

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm của bệnh truyền nhiễm
2. Trình bày được phân loại bệnh truyền nhiễm
3. Trình bày được căn cứ chẩn đoán và phương hướng điều trị bệnh truyền nhiễm

NỘI DUNG

1. Vị trí và tầm quan trọng của môn học

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

Bệnh truyền nhiễm đa số là những bệnh thường gặp ở tất cả các nước trên thế giới. Tùy 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 bệnh tật khác nhau (vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, vùng có điều kiện kinh tế xã hội nghèo nàn lạc hậu thì tỷ lệ mắc bệnh cao và có nhiều loại 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 đã được đẩy lùi, có những bệnh được vĩnh viễn xóa bỏ (như bệnh đậu mùa). Tuy vậy một số bệnh như sốt rét, viêm gan virus, Dengue xuất huyết, sốt xuất huyết, nhiễm HIV/AIDS...

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 rất cao, nhiều vụ dịch xảy ra quanh năm (như Dengue xuất huyết, sốt rét, nhiễm khuẩn do màng não cầu, dịch tả, dịch hạch...)

2. Sơ lược lịch sử nghiên cứu

Từ cổ xưa – thời Hypocrat 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 người ta cho rằng bệnh có liên quan đến những “ khí độc ”. Vào thế kỷ XVI, 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 năm 1784. Từ nửa đầu thế kỷ XIX người ta mới chia bệnh truyền nhiễm thành một chuyên ngành riêng biệt. Tiếp sau là sự phát minh ra kính hiển vi đã tìm ra những vi khuẩn (mầm bệnh) mà các bác học đi đầu là L.Pasteur, R.Koch, I.I.Mechnhicop... 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.

3. Những đặc điểm của bệnh truyền nhiễm

3.1. Những đặc điểm về bệnh sinh, đường lây và phát bệnh

+ 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

+ Bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền từ người bệnh sang người khỏe bằng nhiều đường khác nhau. Nhiều bệnh có một đường lây truyền, một số ít bệnh có 2 đến 3 đường lây truyền .

+ Bệnh phát triển thường có chu kỳ mà trong lâm sàng gọi là các giai đoạn của bệnh diễn ra kế tiếp nhau : nung bệnh, khởi phát, toàn phát, lui bệnh và hồi phục.

+ Sau khi mắc bệnh truyền nhiễm, cơ thể có đáp ứng miễn dịch dịch thể và đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Quá trình đó gọi là tạo thành miễn dịch. Tùy theo bệnh và tùy theo cơ thể người mà miễn dịch được hình thành với mức độ khác nhau, thời gian tồn tại miễn dịch bảo vệ cũng khác nhau.

+ Sức thụ bệnh khác nhau tùy theo loại bệnh và cơ thể bệnh nhân : có loại bệnh khi cơ thể nhiễm phải mầm bệnh sẽ mắc 100%; nhưng cũng có loại mầm bệnh khi cơ thể nhiễm phải mầm bệnh không nhất thiết trường hợp nào cũng mắc bệnh.

3.2. Tiến triển của bệnh

Bệnh truyền nhiễm diễn ra qua các thời kỳ (hay còn gọi là “giai đoạn”) sau :

3.2.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ lúc mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể cho tới trước khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên. Trong thời kỳ này, người bệnh không cảm thấy có triệu chứng gì. Thời kỳ ủ bệnh dài hay ngắn phụ thuộc vào loại bệnh, số lượng và độc tính của mầm bệnh, sức đề kháng của cơ thể. Thời kỳ này rất ngắn (hàng giờ) nhưng có thể rất dài (hàng tháng). Có không ít trường hợp người nhiễm bệnh mang mầm bệnh kéo dài (thể tiềm tàng hoặc người lành mang mầm khuẩn).

3.2.2. Thời kỳ khởi phát

Là những triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện nhưng chưa phải lúc bệnh nặng và rầm rộ nhất. Bệnh truyền nhiễm thường khởi phát theo 2 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 cũng là sốt.

3.2.3. 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 một lúc có thể biểu hiện triệu chứng ở nhiều cơ quan khác nhau.

3.2.4. 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 độc tố của chúng dần dần được loại trừ ra khỏi cơ thể. Người bệnh sẽ cảm thấy đỡ dần. Những triệu chứng của thời kỳ toàn phát dần dần mất đi. Nếu không được can thiệp sớm và có hiệu lực, một số bệnh diễn biến kéo dài, tái phát với những biến chứng và hậu quả nặng.

3.2.5. Thời kỳ hồi phục (lại sức)

Sau khi mầm bệnh và độc tố của chúng được 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 chỉ còn những rối loạn không đáng kể. Bệnh nhân có thể ra viện về nghỉ ngơi hoặc tiếp tục lao động, chiến đấu được tùy theo khả năng bình phục.

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 gồm 5 nhóm để tiện cách ly, quản lý đồng thời cũng tiện cho chăm sóc điều trị. 5 nhóm bệnh đó là

- Bệnh lây truyền theo đường tiêu hóa
- Bệnh lây truyền theo đường hô hấp
- Bệnh lây truyền theo đường máu
- Bệnh lây truyền theo đường da và niêm mạc
- Bệnh truyền nhiễm có thể lây bằng nhiều đường khác nhau.

5. Một vài quan niệm khác

+ Nhiễm trùng hỗn hợp

Thông thường một bệnh truyền nhiễm chỉ do một mầm bệnh gây ra nhưng có khi lại đồng thời một lúc hai hay nhiều mầm bệnh cùng phối hợp tác động gây bệnh. Khi đó gọi là nhiễm trùng hỗn hợp hay đồng nhiễm.

+ Nhiễm trùng thứ phát

Trong khi bệnh đang tiến triển, chưa khỏi lại có mầm bệnh khác nhờ điều kiện thuận lợi đó mà xâm nhập gây bệnh nặng thêm thì gọi là nhiễm trùng thứ phát (hay bội nhiễm).

+ Tái phát

Khi bệnh chưa khỏi hẳn, do một điều kiện thuận lợi nào đó làm các triệu chứng của bệnh quay trở lại.

+ Tái nhiễm

Tái mắc lại bệnh đó, do nhiễm lại mầm bệnh (mà trước kia đã mắc) thêm lần nữa.

6. Căn cứ chẩn đoán và phương hướng điều trị

6.1. Căn cứ chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm dựa vào căn cứ sau

6.1.1. Dịch tễ

- 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

- Động vật nơi sống có gì đặc biệt (vì bệnh lây từ súc vật sang người như than, dịch hạch...)

- Khu vực sống hoặc đến công tác có ổ dịch lưu hành gì (sốt rét, dịch hạch, dịch tả...); mùa phát bệnh.

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

6.1.2. 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.

6.1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm không đặc hiệu : Công thức máu, tốc độ máu lắng, xét nghiệm nước tiểu và các xét nghiệm chức phận liên quan.

- Xét nghiệm đặc hiệu : Là yếu tố quyết định chẩn đoán. Xác định được mầm bệnh hoặc các dấu ấn của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể...).

6.2. Phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm

6.2.1. Điều trị đặc hiệu

Là diệt mầm bệnh (vi khuẩn, virus, rickettsia, ký sinh trùng, nấm...). Thuốc diệt mầm bệnh thường là các loại kháng sinh và hóa dược hoặc thảo dược. Điều trị đặc hiệu quyết định làm khỏi bệnh triệt để

6.2.2. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

Tác động lên quá trình sinh bệnh nhằm ngăn cản hoặc điều chỉnh những rối loạn bệnh lý. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh hiện nay là biện pháp duy nhất giúp người bệnh qua khỏi các bệnh do virus, vì hiện tại chưa có thuốc có tác dụng thực sự diệt virus.

6.2.3. Điều trị triệu chứng

Nhằm làm giảm các triệu chứng giúp cho người bệnh dễ chịu hơn và được coi là biện pháp điều trị hỗ trợ cần thiết

KẾT LUẬN

Bệnh truyền nhiễm rất thường gặp. Các bệnh truyền nhiễm có những đặc điểm chung, bệnh tiến triển theo quy luật qua các thời kỳ. Sự phân chia bệnh truyền nhiễm cũng như chẩn đoán và điều trị theo một quan niệm và nguyên tắc thống nhất.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm về bệnh truyền nhiễm ?
2. Trình bày căn cứ chẩn đoán và hướng điều trị bệnh truyền nhiễm ?
3. Xét nghiệm cơ bản với các bệnh truyền nhiễm bao gồm
A
B.....
4. Chẩn đoán xác định bệnh truyền nhiễm dựa vào
A.....
B.....
C.....

Bài 23

BỆNH CÚM

MỤC TIÊU

1. Kể được các đặc điểm dịch tễ và giải thích cách phòng bệnh cúm
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các biến chứng thường gặp của bệnh cúm.
3. Trình bày được căn cứ chẩn đoán, phác đồ điều trị bệnh cúm

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường hô hấp, có khả năng gây dịch lớn do virus cúm gây nên, bệnh biểu hiện bằng triệu chứng viêm long đường hô hấp.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân

Virus cúm hình cầu hay hình sợi, kích thước 80- 130nm, nhân có ARN. Dựa vào tính kháng nguyên người ta chia làm 4 tuyp: A, B, C, D. Virus cúm có sức đề kháng kém, dễ bị tiêu diệt ở ngoại cảnh tính kháng nguyên của virus cúm dễ biến dị hay phát sinh thành các chủng mới.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh: là người bệnh

2.2.2. Đường lây: theo đường hô hấp qua các giọt nước bọt nhỏ

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch: người có tính cảm thụ cao, nhất là lứa tuổi đi học, đi làm, sau khi khỏi bệnh nhân có miễn dịch bền vững, không có miễn dịch chéo giữa các tuyp.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Dịch tản phát cả 4 mùa nhưng hay thành dịch vào mùa lạnh.
- Dịch cúm thường xảy ra đột ngột, lan truyền nhanh có tính chất bùng nổ.
- Số người mắc nhiều, thời gian lại sức kéo dài gây ra các tổn thất về kinh tế.

3. Triệu chứng học

3.1. Lâm sàng: (thể thông thường, điển hình)

3.1.1. Ủ bệnh: 1-3 ngày có khi chỉ vài giờ

3.1.2. Khởi phát và toàn phát: xuất hiện đột ngột, sốt cao, rét run 39°C- 40°C, mệt mỏi đau mình, nhức đầu. Có 2 hội chứng nổi bật:

+ Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc:

- Sốt cao liên tục hoặc giảm tạm thời vào ngày thứ 3 rồi nhiệt độ lại lên ngay (nhiệt độ hình chữ V), đau đầu, đau mình, đau cơ khớp, nước tiểu vàng, đại ít, quanh miệng có thể có Ecpet.

+ Hội chứng viêm xuất tiết đường hô hấp:

- Ho, hắt hơi, sổ mũi, chảy nước mắt, ngạt mũi, màng tiếp hợp đỏ, họng đỏ, Amidan đỏ, rát họng, khạc đờm trong nhày. Nghe phổi có ran ngáy, ran rít.

3.2. Cận lâm sàng

- CTM: Số lượng bạch cầu giảm, tỷ lệ bạch cầu đa nhân giảm
- XQ: Rón phổi đậm

- Phản ứng Hirst : Kết quả dương tính khi hiệu giá kháng thể đạt 1/1280 hoặc biến động kháng thể lần hai tăng gấp 4 lần trở lên
- Phản ứng kết hợp bổ thể
- Chẩn đoán miễn dịch huỳnh quang
- Phân lập virus : Có giá trị chẩn đoán quyết định. Lấy dịch mũi họng, cấy trên tổ chức phôi gà.

3.3. Thử lâm sàng

Ở trẻ em và người già: bệnh cảnh có thể mờ nhạt, không rõ ràng. Nhưng hay có biến chứng nặng ở hệ thần kinh và đường hô hấp.

4. Tiến triển và biến chứng

4.1. Tiến triển: thông thường bệnh diễn biến nhanh, sốt 4 – 5 ngày, các triệu chứng viêm xuất tiết kéo dài hơn và thời kỳ lại sức thường kéo dài tới vài tuần.

4.2. Biến chứng

- + Não, màng não: hôn mê, co giật, liệt hoặc li bì, mê sảng, có hội chứng màng não.
- + Xuất huyết: nôn ra máu, đái ra máu.
- + Phù phổi cấp: khó thở, tím tái, ho ra bọt màu hồng.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng
- Dịch tễ

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan virus
- Ho gà
- Leptospirae

6. Điều trị

6.1. Điều trị thể thông thường

- Cách ly bệnh nhân: cho bệnh nhân nằm riêng, che thêm màn gió, người bệnh phải đeo khẩu trang, không được tiếp xúc với người khỏe.
- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi, tránh lạnh
- Nhỏ mũi: bằng Ephedrin 3%
- Hạ sốt: APC, Aspirin
- An thần
- Vi tamin

6.2. Thể nặng có biến chứng

- Bù nước và điện giải
- Trợ tim
- Thở oxy
- Kháng sinh

7. Phòng bệnh: rất khó phòng

- Nhỏ mũi bằng dầu Gomenol 3%, nước tỏi
- Giảm tập trung đông người trong vụ dịch
- Phát hiện và cách ly người bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ và triệu chứng học của bệnh cúm
2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu1. Trong giai đoạn toàn phát của bệnh cúm, có hai hội chứng nổi bật sau:

A.....

B.....

Câu 2. Các biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cúm

A.....

B.....

C.....

Bài 24

BỆNH THỦY ĐẬU

MỤC TIÊU

1. Kể được các đặc điểm dịch tễ và giải thích cách phòng bệnh thủy đậu.
2. Mô tả được diễn biến của bệnh và các biến chứng của bệnh thủy đậu.
3. Trình bày được các căn cứ chẩn đoán và biện pháp điều trị bệnh thủy đậu.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường hô hấp do virus thủy đậu gây ra, bệnh gặp chủ yếu ở trẻ em, biểu hiện trên lâm sàng bằng phát ban có mụn nước, bệnh nhìn chung diễn biến lành tính.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân: Virus thủy đậu là loại virus có ADN trong nhân, có sức đề kháng kém ở ngoại cảnh.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh: là người bệnh lây mạnh từ thời kỳ bắt đầu phát ban cho tới 5 ngày sau khi mọc đợt ban cuối cùng.

2.2.2. Đường lây: lây theo đường hô hấp

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch: trẻ em có tính cảm thụ mạnh tuổi cảm thụ mạnh nhất từ 7 tháng đến 7 tuổi. Sau khi khỏi, bệnh nhân có miễn dịch bền vững.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Hay gây dịch ở các tập thể trẻ em.
- Bệnh tăng mạnh vào mùa thu, đông xuân.

3. Triệu chứng học

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Ủ bệnh: trung bình là 2 tuần

3.1.2. Khởi phát: kéo dài 1 ngày

- Trẻ nhỏ: không có triệu chứng gì hoặc có sốt nhẹ
- Trẻ lớn: sốt, đau mỏi, nhức đầu

3.1.3. Toàn phát: kéo dài 6 – 8 ngày.

- + Trẻ sốt nhẹ hoặc không sốt
- + Mọc ban: với các đặc điểm sau

- Ban mọc lung tung, kích thước khác nhau, nhỏ bằng đầu đinh giun hoặc to bằng hạt đậu.

- Mụn nước ở rất nông trên mặt da, dịch của mụn nước màu trong suốt.

- Các mụn nước xẹp nhanh sau 1 – 2 ngày rồi đóng vảy màu nâu và không để lại sẹo, sau đó lại mọc tiếp đợt khác.

Như vậy: trên cùng một mảng da có nhiều lứa tuổi ban thủy đậu khác nhau.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc hơi giảm, tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng tỷ lệ bạch cầu Lympho.
- Tốc độ máu lắng tăng

4. Tiến triển – biến chứng

4.1. **Tiến triển**: thường diễn biến lành tính

4.2. Biến chứng

- Bội nhiễm tại chỗ gây viêm da mủ
- Viêm tai giữa
- Viêm phế quản phổi
- Viêm não hậu phát.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- + Lâm sàng : Phát ban có mụn nước.
Hội chứng nhiễm trùng nhẹ
- + Dịch tễ: có ổ dịch

5.2. **Chẩn đoán phân biệt**

- + Eczema: có nhiều mụn nước nhỏ li ti trên một vùng da đỏ ranh giới không rõ gặp nhiều ở vùng đầu, mặt.
- + Đậu mùa
- + Viêm da liên cầu: biểu hiện bằng các mụn mủ → vỡ và lan ra xung quanh.

6. Điều trị

- Vệ sinh để phòng nhiễm khuẩn thứ phát
- Lau rửa bằng thuốc tím pha loãng (tránh cọ sát làm vỡ mụn nước, cắt móng chân móng tay)
- Nhỏ mũi bằng Sulfarin, Argylol
- Chấm lên mụn nước dung dịch xanhmetylen
- Cho thuốc kháng Histamin để giảm ngứa
- Chỉ cho kháng sinh khi có bội nhiễm.

7. Phòng bệnh

- Phát hiện sớm và cách ly 9 ngày kể từ khi mọc ban.
- Mở cửa thông gió.
- Đối với trẻ em cần được bảo vệ: tiêm gama Globulin 3 – 6ml.

LUỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học và triệu chứng lâm sàng của bệnh thủy đậu?

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Các triệu chứng của bệnh thủy đậu.

- A. Bội nhiễm
- B.....
- C.....
- D.....

Câu 2. Đặc điểm dịch bệnh thủy đậu.

- A.....
- B.....

Câu 3. Để chẩn đoán xác định bệnh thủy đậu, người ta dựa vào:

- A.....
- B.....

Câu 4. Cần phân biệt bệnh thủy đậu với một số bệnh sau:

- A.....
- B. Đậu mùa
- C.....

Bài 25

BỆNH QUAI BỊ

MỤC TIÊU

1. Kể được các đặc điểm dịch tễ và giải thích cách phòng bệnh quai bị.
2. Mô tả được triệu chứng và các thể lâm sàng của bệnh quai bị.
3. Trình bày được các căn cứ chẩn đoán và biện pháp điều trị bệnh quai bị.

NỘI DUNG

1. Đại cương: Là bệnh viêm tuyến nước bọt cấp tính do Virút quai bị gây nên, bệnh lây theo đường hô hấp

2. Nguyên nhân - đặc điểm dịch tễ

2.1. Nguyên nhân: Virút quai bị thuộc nhóm Myxovirút, kích thước 85 – 340Nm. Sức đề kháng kém ở ngoại cảnh.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh: Là người bệnh, bệnh bắt đầu lây ở cuối thời kỳ ủ bệnh đến ngày thứ 9 của bệnh.

2.2.2. Đường lây: trực tiếp theo đường hô hấp

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch:

Tính cảm thụ thấp hơn nhiều so với các bệnh khác, bệnh cảm thụ mạnh nhất ở lứa tuổi 5 – 15 tuổi, sau khi khỏi thì bệnh nhân có miễn dịch bền vững.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Bệnh tản phát

- Có thể thành dịch ở các tập thể trẻ em, trường học, doanh trại bộ đội.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Ủ bệnh: 18 – 20 ngày

3.1.2. Khởi phát: 2- 3 ngày: sốt 38° - 39°C, nhức đầu, mệt mỏi, đau các cơ khớp.

3.1.3. Toàn phát

+ Tuyến mang tai sưng và đau

- Sưng: mới đầu biểu hiện sưng một bên và sau 2 – 3 ngày lan sang bên kia, da căng chắc, không đỏ, ấn không lún da xung quanh hơi nề, nề có thể lan tới má và cổ làm khuôn mặt bị thay đổi.

- Đau: bệnh nhân có cảm giác đau vùng mang tai, đau tăng lên khi nhai và khi há miệng. Đau nhiều lên khi ấu vào nắp lỗ tai và góc hàm.

- Khám vùng hạch trước tai và góc hàm cũng to và đau

+ Tuyến nước bọt sưng và đau.

3.2. Cận lâm sàng

- CTM: số lượng bạch cầu giảm, tỷ lệ bạch cầu đa nhân giảm, tăng tỷ lệ bạch cầu Lympho

- Amylaza máu và nước tiểu đều tăng

3.3. Các thể lâm sàng

3.3.1. Viêm tinh hoàn

- Thường gặp ở thanh niên, xuất hiện vào ngày 7-10 của bệnh sau khi có viêm tuyến mang tai, đa số là ở một bên.

- Triệu chứng báo hiệu: sốt cao, ớn lạnh, đau bụng, nhức đầu.... Sau đó có biểu hiện tinh hoàn sưng to (nóng, đỏ, sưng, đau)

- Bệnh khỏi sau 8-10 ngày, 30 – 40% số trường hợp teo tinh hoàn nhưng chỉ có rất ít bị vô sinh.

3.3.2. Viêm buồng trứng:

Chiếm 2-5% số trường hợp, bệnh nhân có đau vùng hố chậu, có thể gây chảy máu tử cung và thường không có di chứng.

3.3.3. Viêm màng não

- Thường gặp ở trẻ em, xuất hiện vào ngày thứ 3-10 sau khi có viêm tuyến mang tai.

- Bệnh nhân sốt cao và không có hội chứng màng não.

- Nói chung là diễn biến lành tính.

3.3.4. Một số biến chứng khác

- Viêm tụy cấp

- Viêm tuyến giáp

- Viêm cơ tim

4. Tiến triển

Thường sau khoảng một tuần lễ các triệu chứng sốt, tình trạng viêm tuyến mang tai giảm đi.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: sốt, đau, sưng tuyến mang tai, không hoá mủ

- Cận lâm sàng

- Dịch tễ học: mùa, ổ dịch, lứa tuổi.

5.2. Chẩn đoán phân biệt: Với viêm tuyến mang tai do nguyên nhân khác: chỉ viêm một bên và có hoá mủ, bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.

6. Điều trị

- Nghỉ ngơi

- Đắp ấm vùng tuyến mang tai

- Thuốc hạ nhiệt, giảm đau

- Chế độ ăn lỏng

+ Nếu có viêm tinh hoàn.

- Nằm nghỉ tuyệt đối 7-10 ngày

- Corticoide

- Mặc si-lip để treo tinh hoàn.

7. Phòng bệnh

- Cách ly (tại gia đình) tới ngày thứ 9 của bệnh

- Với trẻ (có tiếp xúc với nguồn bệnh) cần cách ly và theo dõi 11 ngày kể từ khi không tiếp xúc với bệnh nhân nữa.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ và triệu chứng lâm sàng của bệnh quai bị?

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Các thể lâm sàng của bệnh quai bị.

A.....

B.....

C.....

D. Viêm tụy, viêm tuyến giáp, viêm cơ tim.

Câu 2. Biện pháp điều trị bệnh quai bị.

A.....

B.....

C.....

D. Chế độ ăn lỏng.

Bài 26

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

MỤC TIÊU

1. Kể được các đặc điểm dịch tễ và lý giải cách phòng bệnh viêm màng não mủ.
2. Mô tả được triệu chứng, tiến triển và biến chứng bệnh viêm màng não mủ.
3. Trình bày được chẩn đoán và phác đồ điều trị bệnh viêm màng não mủ.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường hô hấp do cầu khuẩn màng não gây nên, bệnh có thể phát thành dịch.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân :

Cầu khuẩn màng não (*Neisseria meningitidis*) có hình song cầu khuẩn hạt cà phê, có sức đề kháng kém ở ngoại cảnh.

(Trẻ sơ sinh: *Streptococcus*, *Echoli*; trẻ 3-24 tháng: *Haemophilus influenza* nhóm B; 5 – 15 tuổi: *Neisseriameningitidis*, *Streptococcus Pneumoniae*, *Staphylococcus*)

2.2. Đặc điểm dịch tễ :

2.2.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh.
- Người lành mang vi khuẩn

2.2.2. Đường lây

- Trực tiếp: qua đường hô hấp là con đường cơ bản
- Gián tiếp: qua đồ vật.

2.2.3. Cảm thụ miễn dịch

Trong một vụ dịch thì 99% là người lành mang vi khuẩn và chỉ có 1% là biểu hiện bệnh; tuổi hay mắc bệnh từ 10 – 18 tuổi.

Sau khi khỏi bệnh nhân có kháng thể trong máu nhưng vai trò bảo vệ kém.

2.2.4. Đặc điểm dịch: dịch tản phát quanh năm, gặp nhiều về mùa lạnh.

3. Triệu chứng học

3.1. Lâm sàng:

3.1.1. Ủ bệnh: trung bình từ 3 – 4 ngày

3.1.2. Khởi phát

- Sốt đột ngột với triệu chứng sốt cao, nhức đầu, nôn
- Có viêm mũi họng
- Có thể có vài nốt xuất huyết dưới da
- Tư thế bệnh nhân: nằm co quắp, gáy ưỡn, quay mặt vào bóng tối.

3.1.3. Toàn phát: biểu hiện bằng 2 hội chứng.

* Hội chứng màng não:

- + Cơ năng.
- Đau đầu

- Nôn vọt, nôn dễ dàng, nhất là khi thay đổi tư thế
- Táo bón hoặc ỉa chảy.
- + Thực thể:
 - Cổ cứng
 - Kernig (+)
 - Vạch màng não (+)
- * *Rối loạn thần kinh thực vật*: vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi
- * *Các dấu hiệu khác*:
 - Mê sảng, li bì, buồn ngủ, hôn mê hoặc co giật
 - Dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt mặt, liệt 1/2 người
- * *Hội chứng nhiễm khuẩn - nhiễm độc*: Sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, mệt mỏi.

3.2. Cận lâm sàng

- + *Công thức máu*: số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng
- + Chọc dò dịch não tủy:
 - Màu sắc: đục như nước vo gạo hoặc giống mủ
 - Áp lực: tăng
 - Sinh hoá: Protein tăng (0,5 – 2g/l)
 - Tế bào: tăng từ vài trăm đến vài ngàn/ml đa số là bạch cầu đa nhân trung tính.
- + Nuôi cấy dịch não tủy: có cầu khuẩn màng não mọc.

4. Tiến triển – biến chứng

4.1. Tiến triển: nếu được điều trị sớm và tích cực các hiệu chứng sẽ giảm đi sau một tuần lễ

4.2. Biến chứng

- Tắc lỗ lưu thông nước não tủy → não úng thủy
- Bội nhiễm: viêm tai, viêm phổi.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào 3 yếu tố

- + Lâm sàng: hội chứng màng não
hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc
- + Cận lâm sàng
- + Dịch tễ : có ổ dịch

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não do lao: khởi phát từ từ và có các triệu chứng của bệnh lao (sốt về chiều, ho vv...) nước não tủy màu vàng chanh, tế bào 100 – 200/ml chủ yếu là lymphocyt.
- Viêm màng não do virút: bệnh khởi phát đột ngột, dịch não tủy trong vắt, có sự phân ly giữa đạm và tế bào.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc điều trị: Dùng kháng sinh

- Dùng sớm, ngay khi có chẩn đoán.
- Dựa vào kháng sinh đồ, chọn kháng sinh dễ thấm qua màng não.
- Dùng theo đường tĩnh mạch, đủ liều, đủ thời gian.

6.2. Điều trị nguyên nhân

Phối hợp Penicillin + Sunfamide

- Penicillin 5 – 10 triệu đơn vị/24h vừa kết hợp truyền nhỏ giọt tĩnh mạch vừa tiêm bắp.
- Sunfamide 0,1 – 0,5g/kg/24h

- Nếu vi khuẩn kháng Penicillin thì thay bằng Cloramphenicol 4-6g/24h

6.3. Điều trị triệu chứng và cơ chế

- Chống phù não
- An thần, chống co giật: Seduxen 5-10mg/24h
Meprobamat 0,4-0,8g/24h
- Trợ tim mạch.
- Ăn lỏng, nhẹ, thức ăn giàu đạm và vitamin
- Nếu bệnh nhân hôn mê thì cho ăn qua Sonde

7. Phòng bệnh

- Phát hiện sớm, cách ly sớm bệnh nhân, điều trị kịp thời, giảm tập trung đông người trong vụ dịch.
- Tẩy uế buồng bệnh nhân và khu dịch.
- Điều trị tích cực các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát (tai, mũi, họng)

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học và biện pháp phòng bệnh viêm màng não mủ?
2. Trình bày triệu chứng học của bệnh viêm não mủ ?
3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Bệnh viêm màng não mủ có các nguồn bệnh như sau:

A.....

B.....

Câu 2. Bệnh viêm màng não mủ có các đường lây nhiễm như sau:

A.....

B.....

Câu 3. Hội chứng màng não có biểu hiện bằng các triệu chứng cơ năng như sau:

A.....

B.....

C.....

Câu 4. Các biến chứng có thể gặp trong bệnh viêm màng não mủ:

A.....

B.....

Câu 5. Các căn cứ để chẩn đoán xác định bệnh viêm màng não mủ:

A.....

B.....

C.....

Câu 6. Bệnh viêm màng não mủ cần phân biệt với các bệnh sau:

A.....

B.....

Bài 27

BỆNH LAO PHỔI

MỤC TIÊU

1. Mô tả được triệu chứng của các thể bệnh lao phổi và biện pháp phòng bệnh lao phổi.
2. Trình bày được các biện pháp chẩn đoán và điều trị bệnh lao phổi.

NỘI DUNG

1. Lao phổi cấp

- Đây là những thể lao rất nặng và có triệu chứng lâm sàng rầm rộ bao gồm lao kê, phế quản phế viêm lao, phế viêm lao.
- Trước đây khi chưa có thuốc điều trị thì tỷ lệ tử vong của bệnh này rất cao, từ khi có thuốc điều trị đặc hiệu cùng các biện pháp phòng bệnh có hiệu quả đã làm thay đổi rất nhiều bệnh cảnh lâm sàng, tiến triển và tiên lượng bệnh.
- Hiện nay, lao kê gặp ở mọi lứa tuổi, phế quản phế viêm lao và phế viêm lao ít gặp hơn.

1.1. Lao kê

1.1.1. Khái niệm

- Là một thể lao cấp tính có đặc điểm tổn thương là những nốt lao rất nhỏ như hạt kê, đường kính từ 1-2 mm rải rác khắp 2 phổi và có xu hướng lan tràn ra các cơ quan khác của cơ thể.
- Bệnh rất nặng nhưng có thể điều trị khỏi một cách triệt để.
- Tuổi mắc bệnh: trước đây thường gặp ở trẻ em nhưng hiện nay gặp ở mọi lứa tuổi.
- Lao kê có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh lao.

1.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng thường không tương xứng với tổn thương.

+ Giai đoạn khởi đầu:

- Bệnh khởi đầu một cách rầm rộ : sốt cao, rét run sốt kéo dài kèm theo khó thở, ho khan ra ít đờm, ho ra máu, khàn tiếng, thể trạng suy sụp nhanh.

- Bệnh có thể khởi đầu một cách từ từ: sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, gầy sút, khó thở khi gắng sức, các triệu chứng trên kéo dài vài tuần lễ. Sau đó sốt đột ngột tăng cao 39 – 40°C.

- Một số bệnh nhân không biểu hiện các triệu chứng cơ năng về hô hấp và chỉ phát hiện khi chụp phổi.

+ Giai đoạn toàn phát:

- Bệnh nhân trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng, sốt cao 39 – 40°C, li bì. Ở trẻ nhỏ có biểu hiện gầy sút, khó thở nhẹ, sốt nhẹ hoặc không sốt (gọi là lao kê thể lạnh).

- Các triệu chứng thực thể ở phổi nghèo nàn, có thể có các triệu chứng ở các bộ phận khác như màng não, màng bụng, xương khớp vv...

1.1.3. Cận lâm sàng

- Xquang: thấy hình ảnh lao kê
- Phản ứng Mantoux (+)
- Xét nghiệm đờm : BK(+)

- Máu: VSS tăng, số lượng bạch cầu tăng và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.

1.1.4. Diễn biến

- Bệnh khởi hoàn toàn : Phổi trở lại bình thường, đây là các trường hợp nhẹ, phát hiện sớm và điều trị đúng.

- Nếu được điều trị muộn: sau khi được điều trị vẫn để lại một vài nốt nhỏ và khả năng tái phát.

- Bệnh nhân tuy khỏi bệnh nhưng trên phim vẫn còn có các nốt vôi hoá.

- Một số trường hợp không được phát hiện và điều trị kịp: ngoài những tổn thương cấp tính còn xuất hiện cả lao xơ hang mạn tính, kèm theo lao ngoài phổi.

1.1.5. Chẩn đoán

+ Chẩn đoán xác định.

- Lâm sàng: sốt kéo dài, ho khan, khó thở, toàn thân biểu hiện tình trạng nhiễm độc, nhiễm khuẩn, người gầy sút, mệt mỏi.

- Xquang

- Xét nghiệm đờm có BK(+)

- Dựa vào nguồn lây.

+ Chẩn đoán phân biệt.

- Nhiễm khuẩn phổi do tụ cầu hay do virus sởi.

- Ứ huyết phổi: suy tim, phù phổi cấp.

- Bụi phổi nghề nghiệp.

1.1.6. Phòng bệnh

- Tiêm phòng vacxin BCG.

- Điều trị dự phòng cho tất cả những người bị nhiễm lao

1.2. Phế quản phế viêm lao

- Trên lâm sàng có biểu hiện triệu chứng ho khạc ra đờm.

- Xét nghiệm: có thể tìm thấy BK bằng phương pháp nhuộm, soi trực tiếp.

- Xquang: là những nốt mờ không đồng đều về đậm độ và kích thước tập trung thành đám ở cạnh tim và 2 rốn phổi.

- Phế quản phế viêm lao hiện nay thường gặp ở những người nghiện rượu, người già, người suy sụp sức khoẻ.

2. Lao phổi mạn tính

2.1. Đại cương

+ Định nghĩa: lao phổi mạn tính là thể viêm phế nang kéo dài, có thể gây hoại tử bã đậu và vôi xơ hoá phổi. Nguyên nhân do vi khuẩn lao.

+ Đặc điểm:

- Lao phổi mạn tính gặp chủ yếu tái phát sau lao xơ nhiễm.

- Lao phổi mạn tính là thể lao còn phổ biến.

- Đặc điểm lâm sàng của lao phổi mạn tính diễn biến đa dạng, các triệu chứng ở giai đoạn đầu thường kín đáo, kéo dài và xen kẽ có những đợt tiến triển, do đó chẩn đoán bệnh thường muộn.

+ Yếu tố thuận lợi.

- Gặp ở những người suy giảm miễn dịch mắc phải hoặc bẩm sinh.

- Người dùng thuốc điều trị Corticoid, các hoá chất điều trị ung thư, bệnh bạch cầu.

2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn mạn tính: sốt nhẹ $37^{\circ}5 - 38^{\circ}5$, sốt kéo dài 2-3 tuần lễ, sốt thường vào buổi chiều và tối.
- Ho khạc đờm kéo dài trên 4 tuần.
- Ho ra máu: máu đỏ tươi, thường có đuôi khái huyết lượng máu nhiều hay ít là tùy thuộc vào tổn thương rộng hay hẹp.
- Gầy, sút cân: bệnh nhân mệt mỏi, ăn kém, gầy sút 2-3 kg, có khi sút tới 5 – 6 kg.
- Đau ngực : đau nhẹ theo nhịp thở và lan ra vùng sau lưng bên bả cột sống.
- Có thể gặp khó thở nhẹ và tăng dần khi tổn thương rộng hoặc sơ phổi.
- Khám thực thể:
 - . Nhìn: lồng ngực lép khi có tổn thương xơ hang và co kéo gây biến dạng lồng ngực.
 - . Sờ: rung thanh tăng.
 - . Gõ đục vùng tổn thương.
 - . Nghe: rì rào phế nang giảm, có rales ẩm, rales nổ.

2.3. Cận lâm sàng

- Phản ứng Mantoux (+)
- Xét nghiệm đờm BK(+)
- Xquang:
 - . Lao thâm nhiễm
 - . Lao thể nốt.
 - . Lao xơ

2.4. Chẩn đoán

- + Chẩn đoán xác định:
 - Lâm sàng: ho ra máu hoặc ho kéo dài, đã điều trị kháng sinh thông thường nhưng không có kết quả.
 - Xquang
 - Xét nghiệm: BK(+)
- + Chẩn đoán phân biệt:
 - Viêm đường hô hấp trên.
 - Viêm phế quản
 - Viêm khuẩn do tạp khuẩn, virút, ký sinh trùng.
 - Absces phổi
 - Bụi phổi
 - Ung thư phế quản.
 - Giãn phế quản.
 - Sán lá phổi.

2.5. Phòng bệnh

- Điều trị triệt để lao tiên phát.
- Tránh tiếp xúc với nguồn lây: đặc biệt là trẻ em và người sức khỏe kém.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời, đúng nguyên tắc.

3. Điều trị bệnh lao

3.1. Nguyên tắc điều trị

- + Phối hợp các thuốc chữa lao: nhằm tiêu diệt toàn bộ các trực khuẩn lao trong các tổn thương tránh hiện tượng kháng thuốc, thường sử dụng 3- 4 loại thuốc ở giai đoạn đầu, 2 loại thuốc ở giai đoạn sau:

+ Tiên lượng: thuốc đủ, dùng vào một lần trong ngày để đảm bảo nồng độ thuốc trong máu có hiệu quả. Nồng độ này có khả năng diệt vi khuẩn, không gây ra tình trạng kháng thuốc.

+ Điều trị gồm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu (giai đoạn tấn công): với ba loại thuốc nhằm tiêu diệt số lượng BK có rất nhiều trong cơ thể, thời gian từ 2-3 tháng.

- Giai đoạn tiếp tục (giai đoạn duy trì): với hai loại thuốc, thời gian từ 4 đến 6 tháng.

+ Dùng thuốc đều đặn theo đúng quy định: không được bỏ thuốc, chế độ điều trị có kiểm soát, đòi hỏi người bệnh phải uống thuốc, tiêm thuốc trước mặt nhân viên y tế.

+ Thời gian điều trị: phải đủ, liên tục để đảm bảo nồng độ thuốc thường xuyên có hiệu quả.

3.2. Thuốc chống lao

3.2.1. Rifampicin: (R)

- Đây là loại thuốc tác dụng mạnh nhất, tỷ lệ đột biến kháng thuốc thấp, khuếch tán rất tốt, nồng độ trong máu kéo dài.

- Liều lượng 10mg/kg/ngày

- Cách sử dụng: theo đường uống, dùng khi đói, uống 1 lần.

- Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hoá nhẹ, phản ứng ngoài da, rối loạn chức năng gan.

3.2.2. Isoniazid (INH)

- Là loại thuốc có tác dụng mạnh, tỷ lệ đột biến kháng thuốc thấp.

- Liều lượng: 5 - 8mg/kg/ngày (trường hợp sử dụng phối hợp với Rifampicin thì liều $\leq 5\text{mg/kg/ngày}$)

- Cách sử dụng: theo đường uống.

- Tác dụng phụ: viêm đa dây thần kinh do thiếu VitaminB₆

3.2.3. Streptomycin: (S)

- Tác dụng kém INH 10 lần

- Liều lượng: người lớn 1g/ ngày với người lớn

- Cách sử dụng: tiêm bắp thịt

- Tác dụng phụ: dây thần kinh sọ não số 8

- Chống chỉ định: suy thận, tổn thương dây thần kinh số 8, dị ứng với Streptomycin.

3.2.4. Ethambutol: (E)

- Tác dụng kém INH 5 lần

- Liều lượng: 25mg/kg/ngày

- Cách sử dụng: theo đường uống

- Tác dụng phụ: có thể gây ngộ độc thần kinh thị giác do dùng quá liều lượng.

- Chống chỉ định: tổn thương mắt, suy thận.

3.2.5. Pyrazinamid: (Z)

- Là thuốc chống lao tương đối mạnh

- Liều lượng: 1,5g đến 2g/ngày

- Cách sử dụng: theo đường uống

- Tác dụng phụ: độc tính với gan, viêm khớp.

3.3. Điều trị

3.3.1. Các nhóm bệnh nhân được ưu tiên điều trị

+ Nhóm bệnh nhân được ưu tiên điều trị hàng đầu là:

- Những bệnh nhân lao phổi BK(+) (nguồn lây chính)
- Những bệnh nhân lao phổi BK(+) nhưng khi nuôi cấy tìm thấy BK (nguồn lây tiềm tàng)
- Các trường hợp lao cấp tính không tìm được vi khuẩn lao: lao kê cấp tính, lao màng não vv...

+ Nhóm bệnh nhân cần điều trị là:

- Lao phổi BK(-) và nuôi cấy (-) có tổn thương lên XQ phổi.
- Lao ngoài phổi được xác định trên lâm sàng.

3.3.2. Nơi điều trị

+ Điều trị tại viện:

- Ưu tiên cho các bệnh nhân cần vào viện để tiêm thuốc, uống thuốc hàng ngày.
- Có ho ra máu, tràn khí màng phổi, suy hô hấp, toàn trạng suy sụp, tràn dịch, tràn mủ màng phổi do lao.

- Điều trị tại nhà thất bại.

+ Điều trị tại nhà:

- Nếu bệnh nhân được điều trị theo đúng phương pháp cũng đảm bảo kết quả tốt như điều trị tại viện.

- Điều trị tại nhà đơn giản hơn, rẻ và thực tế hơn điều trị tại bệnh viện.

3.3.3. Hoá trị liệu

+ Nguyên tắc cơ bản.

- Phác đồ điều trị có hiệu quả trên thực tế được bệnh nhân chấp nhận
- Bệnh nhân phải cộng tác với thầy thuốc trong việc dùng thuốc hàng ngày.
- Uống thuốc đều đặn theo đúng công thức điều trị, đảm bảo đủ thời gian điều trị.
- + Các thuốc chống lao chính: gồm Rimifon, Rifampicin, Pyrazinamid, Streptomycin, Ethambutol.

3.3.4. Các công thức điều trị lao

3.3.4.1. Các công thức cổ điển

+ Công thức I: 3 SH₂/6 S₂H₂

- Cách dùng: 3 tháng đầu: hàng ngày dùng 3 loại thuốc
6 tháng sau: 1 tuần dùng 2 lần 2 loại thuốc.
- Chỉ định: những trường hợp lao phổi mới phát hiện có BK(+), chưa điều trị bao giờ.

+ Công thức II: 3 RHE/ 6 R₂H₂E₂

- Cách dùng: 3 tháng đầu : hàng ngày dùng 3 loại thuốc
6 tháng sau : 1 tuần dùng 2 lần 3 loại thuốc
- Chỉ định: trường hợp dùng công thức 1 bị thất bại hoặc bệnh tái phát hoặc bệnh lao ngoài phổi.

3.3.4.2. Công thức mới

+ Công thức (a) : 2SHR₂/6HE

- Chỉ định: các trường hợp có 2 mẫu đờm có kết quả BK(+) khác nhau, chưa bao giờ điều trị hoặc đã điều trị chưa được 1 tháng.

+ Công thức (b): 2SHR₂E/1HR₂E/5R₃H₃E₃

- Chỉ định: dùng công thức (a) bị thất bại hoặc đã phát bệnh.

+ Công thức điều trị lao cho trẻ em: 2RHE/4RH

3.3.4.3. Hoá trị liệu ngắn ngày (DOST)

- Người lớn: 2 RH₂S/ 6HE

- Trẻ em : 2 RH₂/ 4RH

*** Chú ý:**

Trong thời gian điều trị lao, yêu cầu chế độ nghỉ tối thiểu là 10h/24h, chế độ ăn tăng, chế độ dinh dưỡng đảm bảo tăng cân .

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng học của bệnh lao phổi mẫn tính? Căn cứ để chẩn đoán xác định bệnh này

2. Trình bày triệu chứng, diễn biến của bệnh lao kê ?

3 . Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Biện pháp phòng bệnh lao phổi mẫn:

A.....

B.....

C.....

Câu 2. Căn cứ chẩn đoán xác định bệnh lao kê

A.....

B. Xquang

C.....

D.....

Câu 3. Biện pháp phòng bệnh lao kê

A.....

B.....

Câu 4. Chẩn đoán phân biệt bệnh lao kê với một số bệnh sau:

A.....

B.....

C.....

Bài 28

BỆNH LY TRỰC KHUẨN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, đặc điểm dịch tễ và biện pháp phòng bệnh ly trực khuẩn.
2. Trình bày được triệu chứng, biện pháp chẩn đoán và điều trị bệnh ly trực khuẩn.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Ly trực khuẩn là bệnh nhiễm trùng cấp tính đường tiêu hoá chủ yếu ở ruột già do trực khuẩn *Shigella* gây nên. Biểu hiện bằng triệu chứng đau bụng quặn, mót rặn, đi ngoài ra máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

2. Nguyên nhân

Do trực khuẩn *Shigella* gây nên, người ta chia *Shigella* làm bốn loại như sau:

- Nhóm A : *Shigella Dysenteriae*
- Nhóm B : *Shigella flexneriae*
- Nhóm C : *Shigella boydii*
- Nhóm D : *Shigella Sonnei*

3. Dịch tễ học

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh
- Người bệnh đang trong thời kỳ hồi phục
- Người lành mang mầm bệnh.

3.2. Đường lây: bệnh lây theo đường tiêu hoá qua thức ăn, nước uống đã bị nhiễm mầm bệnh.

3.3. Cảm thụ

- Người lớn : nữ mắc nhiều hơn nam
- Trẻ em: gặp nhiều nhất ở trẻ 1- 4 tuổi.

3.4. Đặc điểm dịch

Dịch ly trực khuẩn thường gặp ở những nơi điều kiện sống chật chội, vệ sinh cá nhân kém, nguồn nước bị ô nhiễm, nơi có tập quán dùng phân tươi để bón cho hoa màu.

4. Triệu chứng học

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Ủ bệnh: 1- 5 ngày, không có biểu hiện triệu chứng gì.

4.1.2. Khởi phát: 1 – 3 ngày

- Toàn thân : sốt cao 39 – 40°C, đau nhức cơ, mệt mỏi, biếng ăn, buồn nôn hoặc nôn.
- Tiêu hoá: đau bụng, đi ngoài phân lỏng.

4.1.3. Toàn phát

+ Hội chứng ly:

- Đau bụng: đau quặn từng cơn, đau dọc theo khung đại tràng, đau nhiều hơn ở vùng đại tràng trái.

- Mót rặn: bệnh nhân liên tục cảm giác muốn đi ngoài nhưng không đi được hoặc đi được rất ít.

- Rối loạn bài tiết phân: bệnh nhân đi ngoài ngày nhiều lần (trường hợp nặng có thể đến 20 - 40 lần một ngày), phân ngày càng ít dần, về sau bệnh diễn biến thành bệnh cảnh lý đầy đủ với: đi ngoài phân lẫn nhày, máu, mủ.

+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn ...

4.2. Cận lâm sàng

- Soi phân tươi : Thấy hồng cầu và bạch cầu đa nhân trung tính, không thấy amip thể ăn hồng cầu.

- Cấy phân : Thấy trực khuẩn Shigella

5. Biện chứng

- Shock do mất nước và điện giải

- Sa trực tràng

- Thủng đại tràng

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào

- Lâm sàng

- Cận lâm sàng

- Dịch tễ học

6.2. Chẩn đoán phân biệt : Với bệnh lý amíp

7. Điều trị

+ Bồi phụ nước - điện giải: phối hợp giữa đường uống và đường truyền tĩnh mạch.

+ Kháng sinh:

- Ampicillin : liều người lớn : 2g/ngày chia làm 4 lần, trong 5 ngày.

liều trẻ em : 100 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần trong 5 ngày.

- Cotrimoxazon : liều người lớn là : 960 mg x 2 lần/ ngày trong 5 ngày
liều trẻ em là: 48mg/kg, chia 2 lần /ngày.

8. Phòng bệnh

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, rửa tay cẩn thận trước khi ăn và chế biến thực phẩm.

- Sử dụng nước sạch, sử lý nước thải hợp vệ sinh, diệt ruồi nhặng.

- Kiểm tra vệ sinh các thức uống và thức ăn chế biến sẵn.

- Phát hiện, cách ly và điều trị người bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học, biện pháp điều trị và phòng bệnh lý trực khuẩn ?

2. Trình bày triệu chứng, biến chứng của bệnh lý trực khuẩn ?

3 . Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Shigella gồm có 4 loại sau:

A.....

B.....

C.....

D.....

Câu 2. Các biến chứng của bệnh lý trực khuẩn.

A.....

B.....

C.....

D. Suy dinh dưỡng

Câu 3. Chẩn đoán xác định bệnh lý trực khuẩn, người ta dựa vào:

A.....

B.....

C.....

Bài 29

BỆNH LÝ AMIP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ, triệu chứng học của bệnh lý amip.
2. Trình bày được chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh lý amip.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Ly amip là bệnh viêm đại tràng chảy máu cấp tính hay mạn tính do ký sinh trùng amip gây nên, bệnh lây theo đường tiêu hoá. Trên cơ thể người bệnh: ký sinh trùng amip gây tổn thương niêm mạc đại tràng, ngoài ra nó còn gây tổn thương nhiều cơ quan khác như gan, phổi, não vv...

2. Nguyên nhân

Ký sinh trùng amip thuộc giới động vật đơn bào, nó tồn tại ở 3 thể:

- Thể lớn: di động mạnh, có men tiêu huỷ đạm, ăn hồng cầu

Thể nhỏ: di động ít, không ăn hồng cầu, chưa gây bệnh
(gặp ở người khỏe, người mới khỏi bệnh)

- Thể kén: chỉ có vai trò trong việc truyền bệnh. Khi gây bệnh, bao giờ ký sinh trùng amip cũng phối hợp với các vi khuẩn trú ở ruột.

Amip tiết ra men tiêu huỷ đạm làm hoại tử các tế bào niêm mạc đại tràng và gây các ổ absces và thấy nhiều nhất ở manh tràng và đại tràng lên.

3. Dịch tễ học

3.1. Nguồn bệnh

- Bệnh nhân mắc bệnh cấp tính
- Bệnh nhân mắc bệnh mãn tính
- Người khỏe mang mầm bệnh.

3.2. Đường lây

- Lây theo đường tiêu hoá, đa số các trường hợp bị nhiễm kén amip
- Vật trung gian truyền bệnh là ruồi, nhặng.

3.3. Đặc điểm dịch

Tần phát khắp nơi, xảy ra quanh năm, gặp nhiều hơn vào mùa hè ở những vùng có điều kiện vệ sinh thấp kém.

4. Triệu chứng học

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Ủ bệnh: 20 – 30 ngày

4.1.2. Khởi phát

Khởi phát từ từ, bệnh nhân đau bụng âm ỉ, đi ngoài phân lỏng vài ba lần/24h

4.1.3. Toàn phát

- + Sốt nhẹ (hoặc không sốt) mệt mỏi
- + Hội chứng ly.

- Đau bụng: đau âm ỉ khắp bụng, đau nhiều ở vùng bụng dưới, đau suốt ngày, đau dọc theo khung đại tràng, có lúc đau quặn thành cơn, rõ nhất là vùng hố chậu phải.

- Mót dãn: người bệnh cảm thấy liên tục muốn đi ngoài và phân như sắp ra ngay nhưng phân không có hoặc có rất ít.

- Rối loạn bài tiết phân: bệnh nhân đi ngoài 5-10 lần/24h phân có lẫn máu và nhày mũi, khi bệnh nhân đi vào bô thì có lúc chỉ là một ít nhày lẫn máu (trông giống như bãi đờm của bệnh nhân mắc bệnh ho lao)

4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Soi phân tươi: thấy ký sinh trùng amip thể lớn, di động trong nguyên sinh chất có hồng cầu.
- Soi trực tràng: có vết loét.

5. Biến chứng

- Viêm đại tràng mãn
- Hoại tử ruột, thủng ruột
- Absces gan, phổi, não.

6. Chẩn đoán

- Lâm sàng
- Xét nghiệm.

7. Điều trị

7.1. Điều trị nguyên nhân

- Emetin clolydrat: liều 1cg/ tổng liều, sử dụng trong 7 – 10 ngày
- Klion: với người lớn là 750 mg/ ngày x 5 – 10 ngày
- Tetracyclin: với người lớn là 1g/ngày x 5 - 10 ngày

7.2. Điều trị triệu chứng

- Giảm đau
- Sinh tố

8. Phòng bệnh

- Vệ sinh thực phẩm, nguồn nước, vệ sinh ăn uống
- Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi ngoài.
- Cách ly bệnh nhân và tẩy uế chất thải.
- Quản lý nguồn phân, diệt ruồi, nhặng.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học và triệu chứng lâm sàng của bệnh ly amip

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Ký sinh trùng amip tồn tại ở ba thể:

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 2. Nguồn bệnh của bệnh ly amip

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 3. Các biến chứng của bệnh ly amip

- A.....
- B.....
- C. Absces gan, phổi, não

Bài 30

BỆNH TẢ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học và triệu chứng của bệnh tả.
2. Trình bày được chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh tả.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh tả là một bệnh nhiễm trùng đường ruột cấp tính ở người, có khả năng gây đại dịch do *Vibrio cholerae* gây ra. Bệnh có biểu hiện nôn và ỉa chảy ồ ạt, có thể nhanh chóng đưa đến tình trạng Shock do mất nước và điện giải nặng, có thể gây tử vong trong vài giờ nếu bệnh nhân không được cấp cứu kịp thời.

2. Nguyên nhân

Do vi khuẩn tả (*Vibrio cholerae*) gây nên

3. Dịch tễ học

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh
- Người bệnh trong thời kỳ hồi phục
- Người lành mang mầm bệnh

3.2. Đường lây

Bệnh lây theo đường tiêu hoá qua thức ăn, nước uống đã bị nhiễm mầm bệnh.

3.3. Đặc điểm dịch

Dịch tả dễ bột phát và lan rộng tại những vùng dân cư có mức sinh hoạt thấp, điều kiện vệ sinh thấp kém, môi trường bị ô nhiễm.

4. Triệu chứng học

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Ủ bệnh: từ 6 đến 48 giờ, có thể kéo dài tối đa là 5 ngày.

4.1.2. Khởi phát

Bệnh nhân đột ngột cảm thấy đầy bụng và sôi bụng, tiếp đó đi ỉa lỏng, lúc đầu có phân về sau toàn nước và kiệt sức nhanh chóng.

4.1.3. Toàn phát

+ Ỉa chảy: ngày nhiều lần, phân toàn nước màu đục lơ lửng như nước vo gạo, trong đó có những hạt lớn nhón giống hạt gạo, số lần đi ngoài, số lần đi ngoài thay đổi tùy theo từng trường hợp nặng nhẹ khác nhau. Trường hợp nặng: mỗi lần đi ngoài có thể mất trên một lít nước và trong vòng 6 đến 8 giờ đầu, một bệnh nhân có thể mất tới 20 lít nước.

+ Nôn mửa: nôn nhiều và dễ dàng lúc đầu nôn ra thức ăn, về sau nôn ra một thứ dịch trông rất giống phân.

+ Chuột rút: các bắp cơ bị co rút rất đau, thường ở cơ bắp chân, cơ bụng

+ Thiếu niệu hoặc vô niệu

+ Tình trạng tiền Shock hoặc Shock do mất nước

- Mặt hốc hác, lơ lơ, mắt trũng.

- Da nhăn nheo

- Tiếng nói thều thào, tiếng tim đập yếu.

- Mạch nhanh, yếu hoặc không bắt được, huyết áp thấp hoặc không đo được

- Thân nhiệt < 37°C

4.2. Cận lâm sàng.

- Công thức máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu tăng cao
- Soi phân tươi
- Cây phân: cho biết kết quả sau 24 giờ.

5. Tiến triển

- Nếu bệnh nhân được bù nước-điện giải sớm thì triệu chứng nôn mửa sẽ mất dần sau các giờ đầu, triệu chứng chuột rút biến mất, bệnh nhân đi ngoài phân đặc dần và đi tiểu trở lại.

- Nếu điều trị không đúng hoặc không được điều trị, tử vong có thể xảy ra, 50% số trường hợp trong bệnh cảnh Shock mất nước, toan máu không hồi phục hoặc suy thận cấp.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào

- Lâm sàng
- Cận lâm sàng
- Dịch tễ học

6.2. Chẩn đoán phân biệt: phân biệt với bệnh tả chảy do nhiễm các loại vi trùng khác

Đặc điểm	Bệnh tả	Ỉa chảy do nhiễm các loại vi trùng khác
Sốt	Không sốt, thường là thân nhiệt giảm	Sốt vừa hoặc cao, về mặt nhiễm trùng, nhiễm độc.
Đau bụng	Không đau hoặc đau ít	Đau quặn bụng từng cơn
Nôn mửa	Thường sau khi ỉa chảy	Thường trước khi ỉa chảy
Ỉa chảy	Ỉa chảy nhiều lần, phân toàn nước lờ lờ, đục như nước vo gạo, mùi tanh	Ỉa chảy nhiều lần, phân thường có lẫn máu, mùi rất hôi thối
Dấu hiệu mất nước	Xuất hiện nhanh chóng và rõ rệt trong vòng vài giờ sau khi bệnh khởi phát.	Thường không trầm trọng
Đáp ứng với trị liệu	Hồi phục nhanh chóng nếu được bù dịch sớm và thích hợp	Hồi phục chậm, bệnh kéo dài hơn

7. Điều trị

7.1. Nguyên tắc điều trị

- Bồi phụ nước và điện giải đã mất
- Dùng kháng sinh diệt vi khuẩn tả

7.2. Điều trị cụ thể

7.2.1. Bồi phụ nước và điện giải

+ Dung dịch uống: cần sử dụng thật sớm ngay khi bệnh nhân bắt đầu ỉa chảy tại nhà cũng như tại bệnh viện.

- Dung dịch uống ORS
- Dung dịch nước cháo muối

+ Dung dịch truyền tĩnh mạch: trường hợp bệnh nhân mắc bệnh tả có dấu hiệu mất nước nặng: sử dụng dung dịch Ringerlactat truyền tĩnh mạch với liều lượng

50 – 100ml/phút. Tiếp sau đó, số lượng nước mắt còn lại sẽ được bù chậm hơn nhưng phải luôn duy trì mạch cổ tay rõ, da ấm bình thường. Toàn bộ số lượng mất phải được bồi phụ đầy đủ trong vòng ba giờ đầu tiên.

+ Kháng sinh.

- Tetracyclin : liều 40mg/kg/ ngày chia làm 4 lần uống trong 3 ngày.

- Doxycyclin : uống liều duy nhất 300mg

8. Phòng bệnh

+ Kiểm soát chặt chẽ các nguồn cung cấp nước

+ Kiểm soát các trường hợp tiêu chảy trong vùng nghi ngờ có dịch tả.

+ Ba nguyên tắc đơn giản nhưng hiệu quả phòng bệnh lây lan theo đường tiêu hoá, kể cả bệnh tả.

- Ăn thức ăn nấu chưa kỹ

- Uống nước đun sôi để nguội

- Rửa tay sạch trước khi ăn và sau khi đi ngoài.

+ Một số biện pháp cần áp dụng khi có dịch tả xảy ra.

- Tuyên truyền, giáo dục về y tế, vận động người dân tích cực tham gia hoạt động phòng chống dịch.

- Làm tốt công tác xử lý phân và chất thải, xây dựng các công trình vệ sinh.

- Làm tốt công tác xử lý nước dùng cho ăn uống và sinh hoạt.

- Chú trọng vấn đề vệ sinh thực phẩm và ăn uống.

- Kiểm soát ra vào các ổ dịch

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh tả?

2. Trình bày biện pháp điều trị và phòng bệnh tả?

3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Nguồn bệnh trong dịch tả gồm:

A.....

B.....

C. Người lành mang mầm bệnh.

Câu 2. Triệu chứng của bệnh tả ở giai đoạn toàn phát:

A.....

B.....

C.....

D.....

E. Tình trạng tiền Shock do mất nước.

Câu 3. Để chẩn đoán phân biệt bệnh tả với các bệnh ỉa chảy do các nguyên nhân khác, người ta dựa vào các triệu chứng.

A. Sốt..

B. Đau bụng

C.....

D.....

E.....

F. Đáp ứng với trị liệu.

Câu 4. Nguyên tắc điều trị bệnh tả.

A.....

B.....

Bài 31

BỆNH THƯƠNG HÀN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, đặc điểm dịch tễ và biện pháp phòng bệnh thương hàn.
2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng chẩn đoán và biện pháp điều trị bệnh thương hàn.

NỘI DUNG:

1. Đại cương

Là bệnh nhiễm trùng toàn thân do *Salmonella typhi* hoặc *Salmonella paratyphi* A, B, C gây ra. Bệnh lây lan qua đường tiêu hoá với đặc điểm lâm sàng là sốt kéo dài và gây nhiều biến chứng, quan trọng hơn là biến chứng xuất huyết tiêu hoá và thủng ruột.

2. Nguyên nhân

Do trực khuẩn *Salmonella* gây nên, dựa vào linh kháng nguyên, người ta chia vi khuẩn này thành các nhóm sau:

- *Salmonella typhi*
- *Salmonella Paratyphi A*
- *Salmonella paratyphi B*
- *Salmonella paratyphi C*

3. Dịch tễ học

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh
- Người bệnh trong thời kỳ hồi phục
- Người lành mang mầm bệnh.

3.2. Đường lây

Bệnh lây theo đường tiêu hoá, vi khuẩn có thể hiện diện ở các môi trường sau:

- Nước
- Sữa và các sản phẩm của sữa.
- Thịt và các sản phẩm
- Sò, ốc, hến.

3.3. Tuổi cảm thụ

Đa số người bệnh ở lứa tuổi dưới 30

3.4. Đặc điểm dịch

Bệnh thường xảy ra ở những vùng có tập quán kém vệ sinh và nguồn nước bị ô nhiễm.

4. Triệu chứng học

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Ủ bệnh: trung bình 7 – 14 ngày, không có biểu hiện triệu chứng gì.

4.1.2. Khởi phát

- Nhức đầu là triệu chứng thường gặp của bệnh, kèm theo với tình trạng mệt mỏi, chán ăn, đau cơ các chi mất ngủ.
- Đau bụng, buồn nôn, nôn mửa, táo bón.

- Sốt từ từ, sốt tăng dần mỗi ngày, sốt thường tăng vào buổi chiều tạo thành hình sốt bậc thang trong 5 đến 7 ngày đầu của bệnh.

4.1.3. Toàn phát

- + Sốt: là triệu chứng quan trọng và hằng định nhất, sốt có một số đặc điểm sau:
 - Sốt tăng dần trong tuần lễ đầu và đạt đến mức cao liên tục 39 – 41°C vào tuần lễ thứ hai của bệnh tạo thành hình ảnh sốt hình cao nguyên.
 - Sốt kèm theo ớn lạnh.
 - Mạch nhiệt phân ly: mạch chậm tương đối so với nhiệt độ (chiếm 30% các trường hợp)
 - + Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm trùng.

Diễn hình là vẻ mặt thương hàn: bệnh nhân nằm vô cảm, thờ ơ tuy vẫn nhận biết các kích thích từ môi trường xung quanh; môi khô, có hình ảnh lưỡi quay. Nếu nặng hơn bệnh nhân lừ đừ, mê sảng, mất định hướng hoặc có thể đi vào hôn mê.

- + Tiêu hóa

- Lưỡi bẩn, mất gai lưỡi, loét vòm hầu.
- Bụng chướng, đầy hơi, đau nhẹ lan tỏa, sờ thấy lạo sạo ở vùng hố chậu phải.
- Đi ngoài phân lỏng, xen kẽ với táo bón.
- Gan, lách to từ 1-3 cm dưới bờ sườn, mật độ mềm, ấn đau (chiếm 30 – 50% các trường hợp).

- + Hồng ban

Xuất hiện vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10 của bệnh, đường kính 2-4 mm, vị trí thường gặp ở bụng, phần dưới ngực và biến mất sau vài ba ngày.

4.1.4. Lui bệnh

Vào tuần lễ thứ 3-4, bệnh nhân sẽ hạ sốt dần các triệu chứng từ từ thuyên giảm và thời gian hồi phục kéo dài.

4.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu thường giảm hoặc không tăng.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Cây máu: nên lấy máu trước khi dùng kháng sinh, tỷ lệ dương tính ở tuần thứ nhất của bệnh chiếm 80 – 90%.
- Cây phân: tỷ lệ dương tính ở tuần lễ thứ hai thứ ba của bệnh chiếm 75%.
- Cây nước tiểu: khoảng 25% dương tính vào tuần lễ thứ ba trở đi.
- Huyết thanh chẩn đoán: phản ứng Widal được xem là có giá trị chẩn đoán xác định.
- Phương pháp chẩn đoán huyết thanh khác : ELISA, PCR...

5. Biện chứng

5.1. Tiêu hoá

- + Xuất huyết tiêu hoá.
 - Chiếm 15% các trường hợp thương hàn do tổn thương niêm mạc đoạn cuối ruột non.
 - Triệu chứng xuất huyết xảy ra vào tuần lễ thứ hai, thứ ba của bệnh với biểu hiện đi ngoài phân đen.
- + Thủng ruột:
 - Chiếm 3% các trường hợp thương hàn.
 - Xảy ra vào tuần lễ thứ hai, thứ ba của bệnh biểu hiện bệnh nhân đau bụng dữ dội ở hố chậu phải hoặc lan tỏa toàn bụng, mạch nhanh, huyết áp hạ, khi thăm khám có phản ứng thành bụng tư thế đứng thấy có liềm hơi dưới cơ hoành.
- + Đường gan, mật.

- Viêm túi mật
- Viêm gan

5.2. Tim mạch

- Viêm cơ tim
- Viêm màng ngoài tim
- Viêm tắc động, tĩnh mạch.

5.3. Tiết niệu

- Suy thận cấp
- Viêm cầu thận

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định

- Dịch tễ học
- Lâm sàng
- Cận lâm sàng

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt rét
- Bệnh lao
- Nhiễm trùng huyết
- Bệnh nung mủ sâu

7. Điều trị

7.1. Nguyên tắc

- Kháng sinh thích hợp
- Chăm sóc điều dưỡng tốt
- Dinh dưỡng đầy đủ
- Phát hiện các biến chứng kịp thời.

7.2. Điều trị cụ thể

- + Kháng sinh
 - Ofloxacin : người lớn dùng liều 1000mg/ngày chia 2 lần, dùng đường uống từ 7 – 14 ngày.
 - Ceftriaxon:
 - . Người lớn: dùng liều 2 – 3g/ ngày
 - . Trẻ em : dùng liều 60 – 80mg/kg/ngày
 - . Dùng theo đường tĩnh mạch, thời gian điều trị 5 – 10 ngày.
- + Chế độ ăn uống: cho bệnh nhân ăn các loại thức ăn dễ tiêu mềm, đủ chất dinh dưỡng.
- + Điều trị triệu chứng.
 - Bồi phụ đủ nước và điện giải theo đường uống và đường truyền tĩnh mạch.
 - Khi sốt cao: xử trí bằng chườm lạnh, không dùng nhóm thuốc hạ sốt Salicylate.

Bệnh nhân nặng: cần được xoay trở chống loét vệ sinh da, vệ sinh răng miệng hàng ngày.

8. Phòng bệnh

- Cải thiện tình trạng vệ sinh môi trường, kiểm soát nước thải, sát trùng nguồn nước sinh hoạt.
- Tiệt trùng và xử lý chất thải của bệnh nhân như phân, nước tiểu.
- Phát hiện và cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.
- Điều trị người lành mang mầm bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh thương hàn ?
2. Trình bày các biến chứng và phương pháp điều trị bệnh thương hàn ?
3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Nguồn bệnh của bệnh thương hàn là:

- A.....
- B.....
- C. Người bệnh

Câu 2. Bệnh thương hàn có thể lây lan qua các môi trường sau:

- A. Nước
- B.....
- C.....
- D.....

Câu 3. Trong giai đoạn toàn phát của bệnh thương hàn triệu chứng sốt có các đặc điểm như sau:

- A. Sốt tăng dần trong tuần lễ đầu và đạt đến mức cao liên tục 39 – 41°C
- B.....
- C.....

Câu 4. Trong giai đoạn toàn phát của bệnh thương hàn, cần làm một số các xét nghiệm sau:

- A. Công thức máu
- B. Tốc độ máu lắng
- C.....
- D.....
- E.....
- F.....

Câu 5. Chẩn đoán xác định bệnh thương hàn, người ta dựa vào.

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 6. Chẩn đoán phân biệt bệnh thương hàn với các bệnh sau:

- A.....
- B.....
- C.....
- D. Bệnh nung mủ sâu

Câu 7. Các nguyên tắc điều trị bệnh thương hàn

- A.....
- B.....
- C.....
- D.....

Câu 8. Các biện pháp phòng bệnh thương hàn.

- A. Cải thiện tình trạng vệ sinh môi trường
- B. Tiệt trùng và xử lý các chất thải của bệnh nhân.
- C.....
- D.....

Bài 32

BỆNH VIÊM GAN VIRUS

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ, triệu chứng học của bệnh viêm gan virus.
2. Trình bày được chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh viêm gan virus.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Viêm gan siêu vi trùng là một bệnh truyền nhiễm thường gặp do virus gây ra các tổn thương dạng viêm hoại tử tế bào gan. Hiện nay, ngoài hai loại virus A và B còn có các loại virus C, D và E. Năm loại virus này có cấu tạo vi thể khác nhau nhưng bệnh cảnh lâm sàng tương tự nhau.

2. Nguyên nhân

- Virus A: là loại ARN virus, không có vỏ bọc, dễ bị tiêu diệt bởi nhiệt độ cao và các thuốc sát khuẩn.
- Virus B: là ARN virus, có vỏ bọc, có sức đề kháng rất tốt, bị tiêu diệt ở nhiệt độ 100°C trong 10 phút.
- Virus C (non A - non B): là ARN virus, có vỏ bọc gặp ở những người được truyền máu.
- Virus D: là ARN virus, luôn cần đến HBsAg để phát triển.
- Virus E: gần giống virus A (về cấu tạo)

3. Dịch tễ học

- + Bệnh viêm gan virus là một bệnh quan trọng tại Việt Nam và các nước vùng Đông Nam Á. Vì số người mắc bệnh rất lớn, số người mang biến chứng và tử vong cũng rất cao.
- + Bệnh viêm gan A: lây theo đường tiêu hoá, chủ yếu gặp ở các nước đang phát triển, nơi mà hoàn cảnh kinh tế còn nhiều khó khăn, vệ sinh môi trường kém.
- + Bệnh viêm gan B:
 - Nguồn bệnh: người bệnh và người lành mang virus, HBsAg được tìm thấy trong máu và dịch sinh học (nước bọt, nước mắt, sữa mẹ, tinh dịch, nước tiểu) của người bệnh.
 - Đường lây: theo đường máu, tình dục, sữa mẹ.
- + Bệnh viêm gan C: gặp ở những người được truyền máu nhiều lần.
- + Bệnh viêm gan D: gặp ở những người tiêm chích ma túy, truyền máu nhiều lần.
- + Bệnh viêm gan E: bệnh liên quan đến nguồn nước ô nhiễm.

4. Triệu chứng học

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Ủ bệnh

- Viêm gan A : 15 – 45 ngày
- Viêm gan B : 30 – 180 ngày
- Viêm gan C : 15 – 150 ngày
- Viêm gan E : 15 – 60 ngày
- Viêm gan D : chưa xác định được rõ ràng.

4.1.2. Khởi phát: (tiền vàng da) : 3 – 5 ngày

- Toàn thân : sốt nóng 38 – 38°5 C, mệt mỏi, uể oải.
- Hội chứng giống cúm: nhức đầu, đau cơ, đau khớp, ho khan, đau họng.
- Hội chứng tiêu hoá: chán ăn, cảm giác khó tiêu sau mỗi lần ăn, nôn mửa, đau bụng âm ỉ ở vùng hạ sườn phải.

4.1.3. Toàn phát (vàng da) : 2 – 3 tuần lễ

- Các triệu chứng cơ năng (trong giai đoạn khởi phát) giảm đi
- Vàng da, vàng mắt: là dấu hiệu quan trọng của bệnh viêm gan siêu vi trùng cấp, chúng xuất hiện ngay trong vòng 1-2 ngày, da – niêm mạc vàng xẫm.
- Nước tiểu ít và sẫm màu.
- Ngứa: xuất hiện vào lúc vàng da, vàng mắt đạt đến cao điểm.
- Phân bạc màu: điều này phản ánh không có mật xuống gan.
- Gan to hoặc bình thường.
- Thời kỳ vàng da, vàng mắt kéo dài 2-8 tuần, sau đó các triệu chứng giảm dần, bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn, ăn uống được, vàng da – vàng mắt giảm dần.

4.1.4. Hồi phục

Trong giai đoạn này bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn dấu hiệu lâm sàng gần như không còn nữa, tuy nhiên xét nghiệm chức năng gan vẫn còn bất thường, cần khoảng vài tuần nữa mới có tình trạng phục hồi về xét nghiệm.

4.2. Cận lâm sàng

- Chức năng gan: Bilirubin huyết thanh tăng lên 15 – 20mg%, Transaminaza (SGOT, SGPT) tăng
- Nước tiểu: có sắc tố mật, muối mật.
- Tìm thấy kháng thể trong máu.
- Tìm thấy virút trong phân

5. Tiến triển – biến chứng

5.1. Tiến triển: đa số tình trạng bệnh nhân sẽ tốt lên sau một tháng, không để lại di chứng.

5.2. Biến chứng

- Hôn mê gan
- Suy gan
- Vàng da kéo dài
- Viêm gan mãn tính.

6. Chẩn đoán

- Lâm sàng
- Cận lâm sàng
- Dịch tễ học.
- Tiền sử

7. Điều trị

+ Trong bệnh viêm gan siêu vi trùng, phương pháp điều trị tốt nhất là điều trị nâng đỡ, giảm các tổn hại cho gan, giảm các triệu chứng bất lợi cho người bệnh theo dõi, phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

+ Vấn đề nhập viện.

- Hầu hết các bệnh nhân bị bệnh viêm gan siêu vi trùng cấp không cần thiết phải nhập viện và có thể cho bệnh nhân điều trị tại nhà.

- Nhập viện chỉ đặt ra cho những bệnh nhân có những dấu hiệu bệnh nặng: mất sức do không ăn uống đầy đủ, có rối loạn nhiều về cận lâm sàng, xuất hiện các biến chứng.

- Khi triệu chứng lâm sàng đã giảm thì có thể theo dõi ngoại trú.

- + Nghỉ ngơi: cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, nghỉ ngơi tương đối.
- + Chế độ dinh dưỡng: khẩu phần ăn nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ, đối với các bệnh nhân chán ăn nên đề nghị họ thay đổi cách thức ăn uống: ăn khẩu phần giàu năng lượng vào những lúc có thể ăn được, ăn làm nhiều lần trong ngày.
- + Bù nước - điện giải theo đường tĩnh mạch: khi bệnh nhân không ăn được hoặc nôn mửa nhiều lần
- + Không rượu trong giai đoạn cấp tính của bệnh.
- + Không dùng cho bệnh nhân các loại thuốc an thần.
- + Viên gan siêu vi trùng cấp không có chỉ định dùng Corticoid.
- + Sử dụng Vitamin K cho bệnh nhân có thời gian Prothrombin kéo dài với liều 1- 5 mg tiêm bắp thịt.

8. Phòng bệnh

- + Với bệnh viêm gan siêu vi trùng A: áp dụng các biện pháp phòng bệnh giống như các bệnh lây lan qua đường tiêu hoá khác.
- + Với bệnh viêm gan siêu vi trùng B:
 - Sử dụng vacxin phòng bệnh, nhất là đối với những người có tiếp xúc tình dục thường xuyên đối với bệnh nhân.
 - Tránh sử dụng chung bơm, kim tiêm, kiểm tra kỹ khâu cho máu.
 - Với nhân viên y tế khi chăm sóc bệnh nhân : tránh tiếp xúc với máu và dịch tiết của bệnh nhân.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học và biện pháp phòng bệnh viêm gan siêu vi trùng ?
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng, tiến triển và biến chứng của bệnh viêm gan siêu vi trùng ?
3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Giai đoạn khởi phát của bệnh viêm gan siêu vi trùng gồm có các triệu chứng như sau:

 - A.....
 - B.....
 - C. Hội chứng tiêu hoá.

Câu 2. Giai đoạn toàn phát của bệnh viêm gan siêu vi trùng bao gồm có các triệu chứng như sau:

 - A.....
 - B.....
 - C.....
 - D.....
 - E. Gan to hoặc bình thường.

Câu 3. Bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh viêm gan siêu vi trùng cần phải làm một số xét nghiệm sau đây:

 - A.....
 - B.....
 - C. Tìm kháng thể trong máu
 - D.....

Câu 4. Một số các biến chứng có thể gặp trong bệnh viêm gan siêu vi trùng.

 - A.....
 - B.....
 - C.....

D. Viêm gan mãn tính.

Câu 5. Chẩn đoán xác định bệnh viêm gan siêu vi trùng người ta dựa vào các căn cứ sau:

A.....

B.....

C.....

Bài 33

BỆNH DỊCH HẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ học của bệnh dịch hạch.
2. Trình bày được triệu chứng học của dịch hạch thể thông thường, diễn hình của bệnh dịch hạch.
3. Trình bày được phác đồ điều trị và phòng bệnh dịch hạch.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường máu do vi khuẩn dịch hạch gây nên, bệnh nhân có biểu hiện bằng tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, viêm hạch, những khuẩn huyết, viêm phổi. Dịch hạch là bệnh truyền nhiễm tối nguy hiểm.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân: do vi khuẩn dịch hạch gây nên

- Vi khuẩn dịch hạch là loại cầu trực khuẩn, dài 1 – 2 micromet, không vỏ, không lông, không di động, không sinh nha bào. Bắt màu Gram âm
- Hiếu khí hoặc kỵ khí.
- Mọc trên các môi trường nuôi cấy thông thường, mọc nhanh trên môi trường có máu hoặc huyết thanh.
- Sức đề kháng: kém, ra ngoại cảnh dễ bị tiêu diệt nhưng có thể sống trong xác chết vài chục ngày.
- Gây bệnh chủ yếu bằng nội độc tố.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh

- Dịch hạch là bệnh của loài gặm nhấm hoang dại và một vài loài thú hoang dã (sóc, thỏ, chồn, cáo...) nhưng chủ yếu là chuột, chuột mắc là nguồn bệnh cơ bản.
- Người ốm là nguồn bệnh phụ.

2.2.2. Đường lây: Theo đường máu do vật trung gian truyền bệnh là bọ chét.

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch

- Người có tính cảm thụ cao đối với bệnh, nhất là tuổi 5 – 15 tuổi.
- Sau khi khỏi, bệnh nhân thu được miễn dịch bền.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Bệnh có ổ dịch thiên nhiên lưu hành trong những khu vực nhất định, ở nước ta: dịch gặp từ các tỉnh Nam Trung Bộ trở vào.
- Bệnh có thể gây thành dịch lớn.

3. Triệu chứng học

3.1. Triệu chứng lâm sàng của dịch hạch thể thông thường và diễn hình

3.3.1. Ủ bệnh: 3- 6 ngày

3.1.2. Khởi phát: Đột ngột sốt cao, rét run, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn.

3.1.3. Toàn phát (thời kỳ nổi hạch)

- + Toàn thân: biểu hiện bằng

- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao liên tục 39 – 40°C, da xung huyết, mắt đỏ môi, lưỡi bẩn, bệnh nhân nôn mửa, có thể xuất huyết dưới da hay nội tạng, gan – lách to.

- Thần kinh: li bì, u ám hoặc vật vã, lo sợ, có thể mê sảng, hôn mê, kích động, rối loạn ngôn ngữ.

- Tim mạch: mạch nhanh, nhỏ, tiếng tim mờ, loạn nhịp, trụy mạch, huyết áp giảm.

- Sưng hạch: chủ yếu là hạch bẹn sau đó là hạch nách và hạch cổ, hạch to lên rất nhanh với tính chất hạch cứng, tròn, nhẵn, lúc đầu to bằng hạt nhãn về sau to lên bằng quả trứng, các tổ chức xung quanh bị viêm dính vào da, màu da căng đỏ, rất đau hạch sưng đau hàng tuần liên → xơ hoá → xẹp dần → vỡ mủ màu hung đỏ (trong chứa nhiều vi khuẩn dịch hạch)

3.2. Cận lâm sàng

- CTM: số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ đa nhân trung tính tăng, hồng cầu và tiểu cầu giảm trong các thể nặng.

- Phân lập mầm bệnh từ mủ hạch bằng nhuộm soi tươi và nuôi cấy.

- Phương pháp phát hiện kháng nguyên F1 trong các bệnh phẩm.

- Chẩn đoán huyết thanh : phản ứng kết hợp bổ thể, phản ứng ngưng kết, ngăn ngưng kết hồng cầu

- Chẩn đoán nhanh bằng phản ứng miễn dịch huỳnh quang

3.3. Các thể lâm sàng

3.3.1. Thể nhiễm trùng huyết

Các triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt cao li bì, mê sảng hoặc hôn mê, có thể chảy máu dưới da và nội tạng, gan lách to. Tỷ lệ tử vong cao.

3.3.2. Thể phổi

Triệu chứng giống viêm phổi: sốt cao, rét run, ho, đau ngực, khó thở, bệnh nhân khạc đờm màu hung đỏ. Bệnh nhân dễ tử vong trong bệnh cảnh phù phổi cấp.

4. Tiến triển – biến chứng

4.1. Tiến triển

Nếu được điều trị sớm thì kết quả thường tốt và thể thông thường ít khi gây tử vong.

4.2. Biến chứng

- Bội nhiễm: gây viêm hạch, viêm phổi làm bệnh nặng thêm.

- Viêm thần kinh, viêm xương, viêm giác mạc.

5. Chuẩn đoán

5.1. Xác định

+ Lâm sàng:

- Thể hạch: hạch đau, có xu hướng hoá mủ toàn thân : có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc.

- Thể phổi: các triệu chứng toàn thân và cơ năng nặng các dấu hiệu thực thể tại phổi nghèo nàn.

- Thể nhiễm trùng huyết: có bệnh cảnh triệu chứng toàn thân nặng.

+ Dịch tễ: ở vùng dịch, có dịch chuột trước đó 7 – 10 ngày.

+ Cận lâm sàng: phân lập vi khuẩn bằng nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy.

5.2. Phân biệt

- Thể hạch: phân biệt với viêm hạch có mủ thông thường (hạch không to nhanh và triệu chứng toàn thân không nặng).

- Thở phổi và thể nhiễm trùng huyết: để phân biệt với viêm phổi và nhiễm trùng huyết do loại vi khuẩn khác dựa chủ yếu vào cận lâm sàng.

6. Điều trị

6.1. Điều trị đặc hiệu

+ Streptomycin

- Nguyên tắc: điều trị sớm, kháng sinh liều cao, không nên chờ xét nghiệm.

- Liều điều trị: 3g/24h x 2 ngày liền sau đó dùng 2g/24h cho đến khi cắt sốt 2 ngày.

Hoặc:

+ Tetracyclin 2g/24h

Hoặc:

+ Cloramphenicol 2g/24h

Với các thể nặng thì cần phối hợp cả 2-3 loại thuốc nói trên.

6.2. Điều trị triệu chứng

- Rạch dẫn lưu mủ, rắc bột Streptomycin và penicillin

- Bỏ sung nước - điện giải.

- Trợ tim, an thần, Vitamin

- Nếu có suy hô hấp: thở oxy.

7. Phòng bệnh

7.1. Phòng bệnh đặc hiệu

- Diệt chuột sau khi đã diệt bọ chét

- Người chăm sóc và tiếp xúc với bệnh nhân mắc dịch hạch phải tuân thủ các qui định với bệnh tối nguy hiểm phải có quần áo bảo hộ riêng, phải được tiêm phòng.

- Phát hiện sớm và cách ly tuyệt đối người bệnh, cần huy động những người đã từng mắc bệnh dịch hạch đến chăm sóc bệnh nhân.

7.2. Phòng đặc hiệu

Tiêm vacxin EV trong da liều 0,1ml x 3 lần cách nhau 7 – 10 ngày.

7.3. Điều trị dự phòng cho những người tiếp xúc với bệnh nhân

- Streptomycin liều 3g/24h x 2 ngày. Sau đó 2g/24h x 7-10 ngày

Hoặc:

- Tetracyclin liều 1g/24h x 4-5 ngày liền.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học, tiến triển, biến chứng của bệnh dịch hạch ?

2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh dịch hạch thể thông thường? Tiến triển và biến chứng của bệnh này?

3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Nguồn lây của bệnh dịch hạch.

A.....

B.....

Câu 2. Các biến chứng của bệnh dịch hạch.

A.....

B.....

Câu 3. Căn cứ để chẩn đoán xác định bệnh dịch hạch.

A.....

B.....

C.....

Câu 4. Các biện pháp phòng bệnh.

A.....

B.....

C.....

Bài 34

BỆNH DUNGUE XUẤT HUYẾT (SỐT XUẤT HUYẾT)

MỤC TIÊU

1. Kể được các đặc điểm dịch tễ và giải thích cách phòng bệnh.
2. Mô tả được diễn biến của bệnh và các biến chứng hay gặp.
3. Phân loại được mức độ nặng, nhẹ của bệnh theo OMS và phác đồ điều trị bệnh..

NỘI DUNG

1. Đại cương

Sốt xuất huyết là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do một loại virus thuộc nhóm B của Acbovirus gây nên bệnh nhân có sốt cấp tính, đau người, đau cơ, đau cơ khớp, xuất huyết và có thể dẫn đến Shock

Ở Việt Nam bệnh dengue xuất huyết xuất hiện vụ dịch đầu tiên từ năm 1960 và sau đó cứ vài năm lại xuất hiện một vụ dịch.

2. Nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân

Do virus dengue gây nên, virus này thuộc nhóm B của Acbo virus, gồm có 4 tuyp:I,II,III,IV

2.2. Đặc điểm dịch tễ

2.2.2. *Nguồn bệnh*: người và vượn mắc bệnh là nguồn truyền nhiễm (6-18 giờ trước khi sốt và 72-96 giờ đầu của bệnh).

2.2.2. *Đường truyền*: theo đường máu

2.2.3. *Côn trùng trung gian truyền bệnh*: muỗi Aedes aegypti

2.2.4. *Miễn dịch*: sau khi khỏi, bệnh nhân thu được miễn dịch không bền, không có miễn dịch chéo giữa các typ.

2.2.5. *Đặc điểm dịch*: hay gặp ở các tháng 6,7,8 dương lịch và có thể gây nên các vụ dịch lớn (đặc biệt là trẻ em 2-9 tuổi bị bầm)

3. Triệu chứng học

3.1. Dengue xuất huyết

+ Sốt: sốt đột ngột, sốt cao 39 – 40°C, sốt 2-7 ngày kèm theo tình trạng nhiễm trùng không đặc hiệu: nhức đầu, mất ngủ, chán ăn, đau họng, đau các cơ khớp da xung huyết hoặc phát ban.

+ Xuất huyết: xuất hiện từ ngày thứ 5 trở đi với biểu hiện xuất huyết dưới da (xuất huyết tự nhiên hoặc sau tiêm chích) xuất huyết niêm mạc, xuất huyết nội tạng.

+ Khám sờ thấy hạch khuỷu tay.

+ Suy tuần hoàn: mạch nhanh, huyết áp hạ (HATĐ < 90 mmHg) đây là một triệu chứng đặc biệt chú ý trong bệnh dengue xuất huyết.

+ Gan to: Ở các nước thì triệu chứng này chiếm đa số nhưng ở Việt Nam thì tỷ lệ này chiếm 30%.

3.2. Tiêu chuẩn chuẩn đoán dengue xuất huyết theo OMS

+ Sốt đột ngột: 2- 7 ngày

+ Xuất huyết:

- Lase (+)

- Xuất huyết (dưới da, niêm mạc, nội tạng)
 - + Gan to
 - + Choáng: mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt ($< 90\text{mm Hg}$), kích thích vật vã, đầu chi lạnh.
 - + Xét nghiệm:
 - Tiểu cầu $< 100000/\text{ml}$ máu
 - Tăng cô đặc máu: Hematocrit tăng 20%
(bình thường 38-40%)
 - Rối loạn đông máu : tiểu cầu giảm, tỷ lệ Prothrombin giảm, Fibrinogen máu giảm...
- Theo OMS:Dengue xuất huyết = 2 triệu chứng lâm sàng + xét nghiệm

Hội chứng Shock dengue = suy tuần hoàn + Hematocrit tăng cao

3.3. Phân độ nặng nhẹ của dengue xuất huyết theo OMS

- Độ I : sốt + nhiễm trùng không đặc hiệu + lase (+)
- Độ II: Độ I + xuất huyết
(Dengue xuất huyết đơn thuần)
- Độ III: Suy tuần hoàn (mạch nhanh, huyết áp giảm)
- Độ IV: Choáng nặng (vô mạch, huyết áp không đo được)
(Dengue xuất huyết có choáng)

3.4. Dengue xuất huyết có choáng

Hay xảy ra từ ngày 3-7 của bệnh, dấu hiệu suy tuần hoàn biểu hiện: da lạnh, tím quanh môi, vật vã, bứt rứt, khó chịu, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt ($< 90 \text{ mmHg}$)

Xét nghiệm: Tiểu cầu $< 100\ 000/\text{ml}$ máu
Hematocrit tăng

Dengue xuất huyết có choáng sẽ gây tử vong nhanh chóng.

3.5. Dấu hiệu tiền choáng (Prer Shock)

Tiêu chuẩn: bệnh nhân đang tỉnh táo xuất hiện tình trạng lơ mơ, đầu chi lạnh, đau bụng, nôn ra máu, ỉa ra máu, gan to, xét nghiệm có Hematocrit tăng

Sau 12 giờ sẽ xảy ra tình trạng choáng.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: theo tiêu chuẩn OMS

4.2. Chẩn đoán phân biệt: Leptospira.

5. Điều trị

5.1. Dengue xuất huyết không có choáng (điều trị giống các bệnh do virus thường).

- Bù nước và điện giải bằng OMS
- Hạ sốt: bằng các phương pháp vật lý, sốt cao có thể dẫn đến co giật thì dùng hạ sốt bằng Paracetamol
 - < 1 tuổi : 60mg/ lần
 - 1-3 tuổi : 60 – 120 mg.
 - 4-6 tuổi : 120mg
 - 7-12 tuổi: 240 mg
- Vitamin C : dùng theo đường uống

- Kháng histamin tổng hợp: dùng phenecgan (Virus nhiễm vào tế bào mastocyte → giải phóng histamin → tăng thẩm thấu thành mạch nhưng không đáng kể) hiện nay ít dùng.

* Chú ý: chống chỉ định dùng Aspirin để hạ sốt

5.2. Dengue xuất huyết có choáng (chiếm khoảng trên 30% trong bệnh dengue xuất huyết)

+ Thử Hematocrit 2h/lần

+ Plasma, Dextran

Theo OMS Ringerlactat 1/2 + Glucose 5% 1/2

Hoặc Nach 9% 1/2 + Glucose 5% 1/2

- Với trẻ em: bù theo cân nặng

< 7 kg : ngày thứ 1: 220 ml/kg

ngày thứ 2: 165 ml/kg

ngày thứ 3: 132 ml/kg

7 – 10kg: ngày thứ 1: 165 ml/kg

ngày thứ 2: 132 ml/kg

ngày thứ 3: 88 ml/kg

12 – 18kg: ngày thứ 1: 132 ml/kg

ngày thứ 2: 88 ml/kg

ngày thứ 3: 88 ml/kg

> 18kg: ngày thứ 1: 88 ml/kg

ngày thứ 2: 88 ml/kg

ngày thứ 3: 88 ml/kg

Trong trường hợp nặng thì trong 8 giờ đầu sử dụng 50% số lượng dịch truyền và 50% số còn lại sẽ sử dụng trong 16 giờ sau đó.

Đề phòng biến chứng OAP thì: số lượng dịch/giờ = giọt/ phút x 3

- Với người lớn:

Nếu Shock xảy ra nhanh chóng thì lúc đầu số lượng dịch truyền là 20 – 30ml/kg truyền tĩnh mạch càng nhanh càng tốt, nếu HA vẫn tụt xuống thì phải thay bằng dung dịch Plasma hoặc Dextran liều 10 – 20ml/kg truyền đến khi HA lên thì sẽ giảm liều còn 10ml/kg.

- Ngừng truyền khi Hematocrit về bình thường và bệnh nhân thèm ăn.

- Nếu truyền nhiễm dịch phải đo áp lực TMTW

+ Corticoid: hiện nay không dùng.

+ Truyền máu: khi có xuất huyết dữ dội (nôn ra máu, ỉa ra máu mà không cầm được) Hematocrit giảm .

6. Phòng bệnh

- Vệ sinh môi trường

- Chống muỗi đốt

- Diệt bọ gậy

- Diệt muỗi trưởng thành.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của Dengue xuất huyết? Các tiêu chuẩn chẩn đoán dengue xuất huyết theo tổ chức y tế thế giới (OMS)?

2. Trình bày triệu chứng choáng và tiền choáng trong bệnh dengue xuất huyết? Phân độ nặng, nhẹ của dengue xuất huyết theo tổ chức y tế thế giới (OMS)?

3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Triệu chứng lâm sàng của dengue xuất huyết

A.....

B.....

C.....

D. Suy tuần hoàn

E. Gan to

Câu 2. Để định ra tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh dengue xuất huyết, OMS dựa vào các triệu chứng sau:

A.....

B.....

C. Gan to

D.....

E. Xét nghiệm

Câu 3. Biện pháp phòng bệnh sốt xuất huyết.

A.....

B.....

C.....

D.....

Bài 35

BỆNH SỐT RÉT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, triệu chứng lâm sàng của bệnh sốt rét thường.
2. Trình bày được biện pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sốt rét thường.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Bệnh sốt rét là bệnh do Plasmodium ký sinh ở người gây ra, bệnh được lưu hành và truyền từ người này qua người khác bởi muỗi Anopheles bệnh được biểu hiện bằng tam chứng cổ điển: rét run, sốt, ra mồ hôi.

2. Triệu chứng lâm sàng

Từ khi người bị muỗi mang mầm bệnh đốt, bệnh diễn biến qua 3 thời kỳ.

2.1. Thời kỳ ủ bệnh

P. falciparum : 8 – 12 ngày

P. vivax : 11 – 21 ngày

P. malariae : 21 – 40 ngày

2.2. Thời kỳ toàn phát

- Là thời kỳ phát triển hoàn chỉnh chu kỳ vô tính trong máu, bệnh biểu hiện bằng cơn sốt đầu tiên không điển hình: sốt liên miên không thành cơn, dễ nhầm với các bệnh nhiễm trùng khác.

- Những cơn sốt sau đó thường điển hình và có 3 giai đoạn rõ rệt: rét run, nóng, vã mồ hôi.

- Có bệnh nhân có cơn sốt hàng ngày, sốt cách nhật cách 2 ngày tùy theo loại Plasmodium.

- Đợt sốt đầu tiên kéo dài trung bình 10 ngày, nếu không được điều trị tốt, bệnh nhân sẽ có cơn sốt tái phát do 2 nguyên nhân sau:

. Do ký sinh trùng thể hồng cầu chưa bị tiêu diệt hết nên tiếp tục sinh sản và gây cơn sốt, tất cả các loại ký sinh trùng đều có tái phát kiểu này (gọi là tái phát gâu)

. Do những thể ngoại hồng cầu (thể ngủ) ở trong tế bào gan chưa được tiêu diệt, thỉnh thoảng lại tung vào máu một đợt ký sinh trùng và gây cơn sốt (gọi là cơn tái phát xa)

- Nếu ở vùng sốt rét lưu hành hay trong một ổ dịch bệnh nhân có thể bị nhiễm 1 hay nhiều lần với một hay nhiều loại ký sinh trùng, tùy theo mức độ nặng nhẹ của vùng sốt rét và thời gian ở vùng sốt rét của bệnh nhân.

- Đợt sốt đầu tiên thường không có dấu hiệu báo trước.

- Những đợt tái phát hay tái nhiễm thường có dấu hiệu báo trước: như cơ thể mệt mỏi, nhức đầu, tức xương sống, mỏi xương bả vai vv... các triệu chứng này thường mất đi sau khi xuất hiện cơn sốt.

2.3. Thời kỳ khởi bệnh

- Bệnh sốt rét không phải là bệnh mãn tính do đó có giai đoạn kết thúc bệnh và khỏi hẳn.

- Thông thường thì ký sinh trùng sẽ hết hẳn trong máu bệnh nhân đối với *P.falciparum* là 6 tháng đến 1 năm, với *P.vivax* là từ 1,5 năm đến 2 năm, đối với *P.malariae* từ 5 – 7 năm.

- Các trường hợp sốt rét lâm sàng, khi hết ký sinh trùng thì bệnh nhân vẫn còn những di chứng của bệnh như thiếu máu, lách to, gan to, các di chứng này sẽ được phục hồi dần.

3. Các thể lâm sàng của bệnh sốt rét

3.1. Thể sốt rét cơn điển hình

- Rét run: cơn rét run kéo dài 30 phút đến 1 giờ, có khi kéo dài hơn; bệnh nhân có cảm giác ớn lạnh từ sống lưng rồi truyền ra tay, chân và toàn thân, môi tím, hàm răng đập vào nhau, tay chân run rẩy, toàn thân run lên bần bật, đắp nhiều chăn vẫn run có khi rét run cả giường. Tuy vậy trong lúc này khi đo nhiệt độ thân nhiệt bệnh nhân vẫn tăng (trung bình $37^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$).

- Sốt nóng: sau giai đoạn sốt rét, bệnh nhân có cảm giác nóng nhiều, phải bỏ bớt chăn, mặt đỏ bừng, tim đập nhanh, thở nhanh, nhiệt độ thường cao $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, bệnh nhân nhức đầu nhiều, có khi nôn mửa, giai đoạn sốt nóng kéo dài trung bình 3-4 giờ, sau khi hết cơn nhiệt độ giảm xuống dưới 37°C .

- Ra mồ hôi và khát nước: Sau cơn sốt, bệnh nhân ra mồ hôi nhiều và khát nước, bệnh nhân tỉnh táo và cảm thấy dễ chịu có thể ăn uống và sinh hoạt bình thường.

3.2. Thể sốt rét cơn không điển hình

- Sốt cơn không điển hình về chu kỳ: bệnh nhân sốt liên miên không thành cơn, sốt kéo dài ngày này qua ngày khác, nhiệt độ dao động, dễ nhầm với các bệnh nhiễm trùng (thương hàn, cúm).

- Cơn sốt không điển hình về giai đoạn: bệnh nhân có cơn sốt không đủ 3 giai đoạn: có bệnh nhân chỉ có sốt nóng, không có rét run, một số ít bệnh nhân chỉ có cảm giác rét mà không có sốt nóng, rét phải đắp chăn nhưng không có rét run.

- Cơn sốt không điển hình về triệu chứng: bệnh nhân chỉ có cảm giác sốt nhưng nhiệt độ vẫn bình thường có đau mỏi xương sống, nhức đầu, gai rét, cơn có tính chất chu kỳ (gọi là sốt cụt).

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào 3 yếu tố.

4.1.1. Dịch tễ

- Địa phương có bệnh nhân có nhiều người sốt không?
- Bệnh nhân có đi công tác và ngủ qua đêm ở vùng sốt rét lưu hành không?

4.1.2. Lâm sàng

- Tính chất cơn sốt
- Các triệu chứng phụ

4.1.3. Cận lâm sàng

- Tìm ký sinh trùng sốt rét trong máu ngoại biên: Ở Việt Nam thường gặp *P.falciparum* và *P.vivax*

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng huyết
- Viêm bể thận
- Những ổ nhiễm trùng nang mủ sâu.
- Thương hàn
- Sốt mò
- Sốt do xoắn trùng
- Cúm

- Lao

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm, đúng thuốc, đủ liều, đúng phác đồ.
- Phải kết hợp điều trị cắt cơn với điều trị chống tái phát và chống lây lan.
- Điều trị toàn diện.
- Nếu bệnh nhân ở vùng có ký sinh trùng kháng thuốc thì cần phải điều trị phối hợp thuốc để chống kháng thuốc.

5.2. Điều trị bệnh nhân sốt rét thường

5.2.1. Tiêu chuẩn bệnh nhân sốt rét thường

- Cơn sốt ngắn 2-3 giờ
- Thân nhiệt không quá cao ($< 40^{\circ}\text{C}$)
- Tình trạng bệnh nhân không suy sụp, sau cơn sốt tỉnh táo đi lại được.
- Ít có triệu chứng phụ kèm theo.
- Ký sinh trùng: nếu chưa thấy ký sinh trùng hoặc không có điều kiện xét nghiệm nhưng triệu chứng lâm sàng điển hình thì vẫn điều trị như bệnh nhân có ký sinh trùng.

5.2.2. Phác đồ điều trị

5.2.2.1. Với P.Vi vax

+ Phác đồ 1:

- Chloroquin (Delagyl) 0,25g x 8 viên uống chia 3 ngày.
 - . Ngày đầu: 4 viên
 - . Ngày hai: 2 viên
 - . Ngày ba : 2 viên
- Primaquine viên 13,2 mg x 20 viên uống chia 10 ngày, mỗi ngày 2 viên. (hoặc uống 4 viên/ ngày trong 5 ngày)

5.2.2.2. Với P.falciparum

a) Vùng chưa kháng thuốc

+ Phác đồ 2:

- Chloroquin 0,25g x 8 viên
 - . Ngày đầu: 4 viên chia 2 lần
 - . Ngày hai: 2 viên
 - . Ngày ba : 2 viên
- Primaquine 13,2 mg x 4-6 viên uống 1 ngày chia 2 lần uống cùng cố mỗi tháng 1 liều như trên trong 3 tháng liên để tránh tái phát gần.

b) Vùng đã có hiện tượng P.falciparum kháng thuốc nhóm 4 Amino quinolines.

+ Phác đồ 3:

- Sulfadoxine 1500 mg (viên 500mg)
- Pyrimethamine 75 mg (viên 25mg)

Trong một viên kết hợp có 500mg Sulfadoxine + 25mg Pyrimethamine. Gồm các biệt dược: Fansidar, viên phối hợp, viên sốt rét 2, viên phòng II của Trung Quốc liều 3 viên, mỗi ngày 1 viên.

- Primaquine 13,2 mg x 4-6 viên uống 1 ngày chia 2 lần.

+ Phác đồ 4:

- Quinin Sulfate 0,25g x 42 viên ngày uống 6 viên/ ngày chia 2 lần.
- Primaquine 13,2 mg x 4-6 viên uống 1 ngày chia 2 lần.

+ Phác đồ 6:

- Artesunate viên 50mg x 12 viên

- Ngày đầu : uống 4 viên chia 2 lần
 Ngày thứ hai đến thứ năm mỗi ngày 2 viên chia 2 lần
- Artesunate uống 60mg.
 Giờ 0 x 1 ống (hoặc 2 ống nếu bệnh nhân nặng)
 Giờ thứ 4 x 1 ống
 Giờ thứ 24 x 1 ống
 Giờ thứ 48 x 1 ống
 - Primaquine 13,2mg x 4- 6 viên uống 1 ngày chia 2 lần.
 + Phác đồ 7
 - Mefloquine 0,25mg x 3 viên uống 1 lần duy nhất
 - Primaquine 13,2 mg x 4- 6 viên uống 1 ngày chia 2 lần.
 + Phác đồ 8
 - Fansimet (250mg Mefloquine + 500mg Sulfadoxine + 25mg Pyrimethamine)
 x 3 viên uống liều duy nhất hoặc chia 3 ngày mỗi ngày 1 viên (dùng cho vùng kháng
 nặng hoặc đa kháng).
 - Primaquine 13,2 mg x 4- 6 viên uống 1 ngày chia 2 lần.

5.3. Vấn đề điều trị dự phòng và chống lây lan

5.3.1. Điều trị dự phòng

- + Đối tượng uống phòng:
- Người chưa có miễn dịch đi vào vùng sốt rét.
- Ở những đình dịch cũng có thể điều trị dự phòng rộng rãi (phụ nữ có thai, trẻ em)
- + Thuốc phòng:
- Ở vùng chưa có P.falciparum kháng thuốc thì có thể dùng mỗi tháng 1-2 lần điều trị Chloroquine (0,25g) 4-2-2 kết hợp với Primaquine (13,2 mg) 2-2
- Ở vùng có P.falciparum kháng thuốc thì dùng mỗi tháng một liều thuốc phối hợp như: Fansidar (theo liều lượng đã trình bày) kết hợp với Primaquine 13,2 mg : 2 – 2.

5.3.2. Điều trị chống lây lan

Đối với giao bào của P.falciparum thì dùng liều Primaquine đơn độc hay liều 2 ngày.

- Liều đơn độc: Primaquine 13,2mg x 4 viên (uống 1 lần)
- Liều 2 ngày : Primaquine 13,2 mg x 2 viên/ngày x 2 ngày

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của cơn sốt rét điển hình? Căn cứ chẩn đoán, xác định và các nguyên tắc điều trị bệnh sốt rét thường?
2. Trình bày các phác đồ điều trị bệnh sốt rét thường ?
3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Ba giai đoạn của cơn sốt rét điển hình:

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 2. Hai yếu tố dịch tễ cần chú ý khi chẩn đoán bệnh sốt rét.

- A.....
- B.....

Câu 3. Chẩn đoán phân biệt bệnh sốt rét thường với các bệnh sau:

- A.....

B.....

C.....

D. Viên bẻ thận, sốt mò, sốt do soắn trùng, cúm, lao.

Câu 3. Đối tượng cần dùng thuốc phòng sốt rét.

A.....

B.....

Câu 4. Hai loại ký sinh trùng sốt rét thường gặp ở Việt Nam.

A.....

B.....

Bài 36

BỆNH XOẮN KHUẨN VÀNG DA, CHẢY MÁU (BỆNH DO LEPTOSPIRAE)

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, đặc điểm dịch tễ học và lý giải cách phòng bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu.
2. Mô tả được các triệu chứng và biến chứng hay gặp bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu.
3. Trình bày được biện pháp chẩn đoán và phác đồ điều trị bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường da – niêm mạc do xoắn khuẩn leptospirae gây nên, bệnh này đã được biết đến khoảng 100 năm nay và năm 1915 các nhà khoa học Nhật Bản đã phân lập được xoắn khuẩn leptospirae.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân

Xoắn khuẩn leptospirae là loại xoắn khuẩn nhỏ, chúng có kích thước dài 4-20 μm , rộng 0,1 – 0,2 μm , bắt màu khi nhuộm giem sa và nhìn thấy dưới kính hiển vi nền đen (bắt màu đỏ tím) gây bệnh bằng nội độc tố, leptospirae rất nhạy cảm với nhiệt độ: ở nhiệt độ 50°C thì xoắn khuẩn sẽ chết nhưng ở nhiệt độ lạnh nó có thể sống lâu trong nước (điểm này có giá trị về dịch tễ).

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh: là các loại súc vật mang mầm bệnh đứng đầu là chuột sau đó là gia súc (trâu, bò, lợn, chó) súc vật bài xuất xoắn khuẩn ra ngoài theo đường nước tiểu, người mắc bệnh chỉ là tình cờ và không có vai trò truyền bệnh đáng kể.

2.2.2. Đường lây: chủ yếu qua đường da – niêm mạc và một phần theo đường tiêu hoá.

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch

Người có tính cảm thụ cao và thường mắc bệnh ở tuổi lao động, nam giới nhiều hơn, bệnh có tính chất nghề nghiệp (vận động viên bơi lội, nghề sông nước, làm ruộng, người giết mổ gia súc, công nhân vệ sinh vv...)

Sau khi khỏi, bệnh nhân thu được miễn dịch bền vững.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Bệnh có tính chất từ thiên nhiên, tồn tại dai dẳng ở súc vật tại một số địa phương có điều kiện tự nhiên thích hợp.

- Ở nước ta: dịch thường phát ra vào mùa mưa dịch thường phát ra khi có di chuyển dân cư, có một khối cơ thể chưa có miễn dịch đi vào một ổ bệnh thiên nhiên.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Ủ bệnh: trung bình 8 ngày

3.1.2. Khởi phát: 5 – 6 ngày

- Khởi đầu với triệu chứng sốt cao, rét run, nhức đầu, nôn mửa, đau bụng và ỉa lỏng.
- Xung huyết, xuất huyết: da đỏ hồng, mắt đỏ có khi chảy máu dưới màng tiếp hợp, chảy máu cam, chảy máu dưới da, ỉa ra máu.
- Hạch ngoại biên to, chắc, hơi đau, gan lách hơi to
- Đau cơ vùng bắp chân, đùi, gáy, bụng, lưng

3.1.3. Toàn phát

- Hội chứng nhiễm trùng – nhiễm độc: sốt kéo dài, nhiệt độ da động (sốt liên tục 6-7 ngày → giảm sốt 1- 4 ngày rồi lại sốt đợt 2 trong vài ngày) kèm theo với sốt có biểu hiện mạch nhanh, tiếng tim mờ, huyết áp giảm, người bệnh lơ mơ, li bì, có thể mê sảng.
- Hội chứng gan – thận: gan to và đau, da và niêm mạc mắt vàng trên nền sung huyết (da màu vàng đỏ), nước tiểu màu vàng xẫm đau vùng thắt lưng, đái ít hoặc vô niệu.
- Hội chứng xuất huyết
- Triệu chứng đau cơ
- Trong giai đoạn này một số bệnh nhân thường có thể thấy có hội chứng màng não.

3.2. Cận lâm sàng

- CTM: số lượng hồng cầu giảm, số lượng bạch cầu tăng và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Nước tiểu: có Albumin, hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- Urê máu, Creatinin máu tăng
- Bilimbin tự do trong máu tăng.
- Men gan: tăng nhẹ
- Gros, Maclagan (+)
- Mactin petit (+) (từ ngày 10-12 trở đi, kháng thể tồn tại 2- 20 năm sau)

4. Thể lâm sàng

4.1. **Thể có vàng da:** thường nặng với các triệu chứng điển hình

4.2. Thể không có vàng da

- Thể thận đơn thuần: sốt cao, rét run, có tình trạng viêm thận, xét nghiệm có Urê máu tăng.
- Thể màng não đơn thuần: sốt cao, nhức đầu, nôn chọc dò dịch não tủy: áp lực tăng, Protein tăng ($< 1\text{g/l}$), tế bào tăng chủ yếu bạch cầu Lympho
- Thể giả cúm: sốt, đau mình, đau cơ, xương, khớp.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Dịch tễ
- Lâm sàng
- Cận lâm sàng

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng huyết: không có đau cơ, có ổ những khuẩn tiên phát.
- Sốt rét tiên phát: không có đau cơ, không có xung huyết, xuất huyết, xét nghiệm máu có ký sinh trùng sốt rét.
- Dengue xuất huyết: không có đau cơ, không có hội chứng gan thận
- Viêm gan siêu vi trùng

6. Biến chứng

- Suy thận cấp
- Xuất huyết

- Viêm cơ tim
- Thần kinh: liệt thần kinh ngoại biên kiểu hướng thượng
- Mắt: viêm màng tiếp hợp, viêm màng bồ đào.

7. Điều trị

7.1. Điều trị đặc hiệu

- Dùng Penicillin liều 4-6 triệu $U^I/24/h$ (tiêm bắp thịt) dùng đến khi cắt sốt 2 ngày.
- Với các thể nhẹ thì không cần dùng ký sinh (vì sẽ giải phóng nội độc tố → bệnh nặng)

7.2. Điều trị triệu chứng – cơ chế

- Bỏ xung nước, điện giải bằng dung dịch mặn ngọt đẳng trương 1-1,5 lít/24/h
- Lợi tiểu: Hypothiazit 0,25g : 1-2 viên/ 24h
- Trơ tim bằng uabain
- Nếu xuất huyết nhiều: truyền máu, VTM K
- Nếu vô niệu hoặc Urê huyết cao: thẩm phân phúc mạc hoặc chạy thận nhân tạo.

7.3. Chăm sóc – dinh dưỡng

- Bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, giữ vệ sinh cơ thể, phòng loét và bội nhiễm.
- Cho ăn lỏng, thức ăn giàu đạm và vitamin đến khi bệnh nhân hết sốt thì chế độ ăn trở lại bình thường, nếu Urê máu cao thì giảm đạm trong chế độ ăn.

8. Phòng bệnh

- Thanh toán ổ dịch thiên nhiên là một công việc khó khăn, do đó chỉ có thể hạn chế tiếp xúc với nước và bùn đất trong ổ dịch, giữ vệ sinh thực phẩm tránh ô nhiễm.
- Những người làm công tác vệ sinh công rãnh cần có găng tay và ủng bảo hộ
- Tiêm vaccin phòng bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học và biện pháp phòng bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu?

2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu?

3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Các căn cứ chẩn xác định bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu?

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 2. Bệnh xoắn khuẩn vàng da chảy máu cần phân biệt với một số bệnh sau:

- A.....
- B.....
- C.....
- D.....

Câu 3. Các biến chứng của bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu.

- A.....
- B.....
- C.....
- D. Thần kinh, mắt

Câu 4. Biện pháp phòng bệnh xoắn khuẩn vàng da, chảy máu.

A. Thanh toán các ổ dịch bệnh thiên nhiên.

B.....

C.....

D.....

Bài 37

BỆNH ĐẠI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ học của bệnh đại
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của cơn đại ở người.
3. Trình bày biện pháp chẩn đoán và phòng bệnh đại.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Là bệnh truyền nhiễm cực kỳ nguy hiểm từ thú vật sang người do virus đại gây nên, cho đến nay, khi bệnh nhân đã lên cơn đại thì tỷ lệ tử vong 100%.

2. Nguyên nhân – dịch tễ học

2.1. Nguyên nhân: do virus đại gây nên

- Virus đại có kích thước 100 – 150Nm, sống ký sinh ở các tế bào thần kinh của thần kinh trung ương của người hoặc động vật
- Sức đề kháng của virus đại: sức đề kháng kém, dễ chết ở ngoại cảnh.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Nguồn bệnh: bệnh đại căn bản là bệnh của các động vật máu nóng (chó, mèo, trâu, bò, cầy, sóc, vv...) bệnh lây sang người chủ yếu là chó và đôi khi do mèo.

* Bệnh đại ở chó:

- + Ủ bệnh: vài tuần đến vài tháng
- + Toàn phát: biểu hiện bằng một trong hai trạng thái
- Trạng thái hưng dữ: chó biểu hiện bằng tình trạng kích thích, thay đổi tập tính, biểu hiện triệu chứng sốt, há miệng để thở, bỏ nhà chạy rong, cắn xé lung tung, uống nhiều nước và gặm các vật bất thường sau đó rối loạn nhịp thở và chết.
- Trạng thái liệt: bắt đầu liệt 2 chi sau rồi lan dần lên 2 chi trước, dốt dãi nhiều, rối loạn nhịp thở và chết.
- Từ lúc lên cơn đại đến khi tử vong là 2-7 ngày hãn hữu có trường hợp không chết.

2.2.2. Đường lây

- Theo đường da, niêm mạc, chủ yếu do vết cắn bị nhiễm virus trong nước bọt của chó.
- Theo đường da, niêm mạc: do da, niêm mạc bị sây sát tiếp xúc với đồ vật bị nhiễm.
- Không thấy lây trực tiếp giữa người với người mặc dù trong nước bọt của người bệnh có virus đại.

2.2.3. Cảm thụ – miễn dịch

- Người và động vật máu nóng có tính cảm thụ cao với virus đại, đặc biệt nguy hiểm với những vết cắn sâu, vết cắn vùng đầu – mặt – cổ.
- Có thể gây miễn dịch chủ động và thụ động bằng vaccin và huyết thanh kháng đại.

2.2.4. Đặc điểm dịch

- Xảy ra quanh năm nhưng gặp nhiều ở mùa nóng.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Thể hung dữ

3.1.1. *Ủ bệnh*: 15 – 55 ngày, hãn hữu có trường hợp thời gian kéo dài hàng năm.

3.1.2. *Toàn phát* (bệnh đại lên cơn)

+ Tiến triển: đau hoặc bứt dứt ở vết cắn, đau dọc theo dây thần kinh, sốt nhẹ, lo sợ vô cớ, mất ngủ.

+ Các triệu chứng đặc biệt của bệnh đại (do hành não bị tổn thương)

- Sốt nhẹ

- Rối loạn nhịp thở: thở vào sâu và ồn ào “như thiếu không khí” thở ra đứt quãng rồi ngừng rồi lại thở vào sâu đôi khi giống như kiểu thở xê-tôc.

- Kích thích cao độ: tai thính, mắt tinh, da tăng cảm giác, cơ quan sinh dục bị kích thích có khi gây đau đớn, các kích thích bên ngoài dù nhẹ cũng làm cho bệnh nhân giật mình, hốt hoảng, kêu rú.

- Sợ nước, sợ gió: là triệu chứng quan trọng nhất khi cho bệnh nhân uống nước hoặc thậm chí chỉ cần nhìn thấy nước là cơ thanh quản co thắt gây đau đớn, gió thổi nhẹ cũng làm cho bệnh nhân xuất hiện cơn khó thở.

- Đồng tử giãn, mạch nhanh, tiết nhiều nước bọt.

- Tinh thần hoàn toàn tỉnh táo đến lúc chết.

- Từ lúc lên cơn đến lúc tử vong là 2-4 ngày.

3.2. Thể liệt

- Bệnh nhân đau lưng dữ dội rồi liệt 2 chi dưới có kèm theo bí đại, táo bón.

- Các triệu chứng kích thích, sợ nước, sợ gió biểu hiện không rõ.

- Liệt lan dần lên chi trên, cổ, mặt, lưỡi.

- Từ khi xuất hiện cơn đại đến khi tử vong là 6-8 ngày.

4. Tiến triển và biến chứng

Bệnh đại lên cơn diễn biến ngày càng nặng với những rối loạn nghiêm trọng: ngừng thở, ngừng tim bất cứ lúc nào mà không có hy vọng chữa khỏi. Tỷ lệ tử vong hiện nay khi đã lên cơn là 100%.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

- Dịch tễ

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sợ nước, ghen nước ở người có thai nghén.

- Bệnh đại hoang tưởng do bị chó lành cắn: bệnh nhân sợ nước, sợ gió nhưng vẫn uống nước được, không có rối loạn hô hấp, không có rối loạn thần kinh trung ương.

- Bệnh đại thể liệt: cần phân biệt với liệt do viêm não, viêm tuỷ, viêm đa dây thần kinh.

5. Điều trị

- Cho bệnh nhân nằm tại buồng cách ly

- Cho thuốc an thần.

6. Phòng bệnh

+ Tăng cường pháp chế về việc nuôi chó: nuôi chó phải đăng ký và tiêm chủng định kỳ, không thả chó chạy rong, chó ra đường phải buộc rọ mõm.

+ Khi bị chó cắn:

- Tại vết cắn: rửa nước cắn bằng nước xà phòng đặc không cầm máu, không nặn bóp, bôi Iod đặc.

- Đưa chó đến trạm thú y hoặc nhốt chó lại cho ăn uống bình thường và theo dõi trong 15 ngày, trong thời gian theo dõi: nếu chó chết, chó chạy mất hoặc chó không được theo dõi thì phải khuyên bệnh nhân đi tiêm vaccin phòng dại ngay.

- Nếu chó nghi dại cắn vào vùng đầu, mặt, cổ, hoặc bị nhiều vết cắn sâu thì trước khi tiêm vaccin bệnh nhân phải được dùng huyết thanh chống dại (liều 0,2ml/kg thực hiện phương pháp phá mẫu của Bereska)

- Nếu chó được theo dõi trong vòng 15 ngày mà không chết thì cho bệnh nhân ngừng tiêm vaccin.

- Vaccin phòng dại.

Fuenzalida: tiêm 6 mũi cơ bản và 3 mũi củng cố (sau 1,3,6 tháng). Vaccin chỉ có tác dụng trong vòng 6 tháng cho nên nếu quá 6 tháng mà bị xúc vật mắc dại cắn thì phải tiêm lại từ đầu, trong quá trình tiêm vaccin người bệnh cần được nghỉ ngơi, bồi dưỡng, không uống rượu, tránh lạnh, tránh căng thẳng tinh thần

+ Không nên tiêm trong các trường hợp sau:

- Chó cắn qua quần áo dày và không bị xước da

- Chó liếm vào vùng da lành.

- Người có tiếp xúc chung đụng với người bị dại

- Người ăn thức ăn chín làm từ xúc vật bị dại

- Người đã lên cơn dại.

LUỢNG GIÁ

1. Trình bày đặc điểm dịch tễ học của bệnh dại?

2. Trình bày các biện pháp phòng bệnh dại ?

3. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh dại

A.....

B.....

C.....

D.....

E. Đồng tử giãn, mạch nhanh, tiết nhiều nước bọt, tinh thần hoàn toàn tỉnh táo đến lúc chết.

Câu 2. Chẩn đoán xác định bệnh dại.

A.....

B.....

Câu 3. Bệnh dại cần phân biệt với một số bệnh sau:

A. Sợ nước, ghen nước ở người có thai nghén.

B.....

C.....

Câu 4. Không nên tiêm phòng dại trong các trường hợp sau đây:

A. Chó cắn qua quần áo dày và không bị xước da

B.....

C.....

D. Người ăn thức ăn chín làm từ xúc vật bị dại

E

Bài 38

HIV-AIDS

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, định nghĩa và phương thức lây truyền của AIDS.
2. Mô tả được các hình ảnh lâm sàng chủ yếu của AIDS.
3. Trình bày được biện pháp chẩn đoán và điều trị AIDS.
4. Trình bày được các biện pháp phòng lây nhiễm HIV.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải là do tác động của Virus gây suy giảm miễn dịch (HIV Human immunodeficiency virus) làm cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật này bình thường vẫn không gây bệnh nay trở thành gây bệnh tạo ra nhiễm trùng cơ hội cũng như làm cho ung thư phát triển.

2. Nguyên nhân

HIV dưới kính hiển vi điện tử nó là một phân tử có đường kính 110Nm, có vỏ bọc với một nhân chứa ARN và các Protein bên trong.

HIV khi vào cơ thể sẽ xâm nhập vào tế bào lymphoT, đại thực bào đơn nhân và một số tế bào khác sau đó chúng sẽ phát triển trong tế bào này.

Sức đề kháng của HIV là rất yếu.

- Bất hoạt ở nước Javen sau 1 phút, còn 70° sau 1 phút.
- Bất hoạt ở nhiệt độ 56°C trong 30 phút, ở 100°C trong 1 phút.

3. Đường lây truyền

Cho đến nay người ta đã khẳng định HIV có trong:

- Tinh dịch và chất nhầy âm đạo
- Máu và các sản phẩm của máu
- Nước bọt, nước mắt, nước não tủy, nước tiểu.
- Sữa mẹ.

3.1. Lây truyền qua đường tình dục

- Tình dục đồng giới.
- Tình dục khác giới.

Tính chung trên thế giới thì tình dục khác giới chiếm 71%, tình dục đồng giới chiếm 15%.

3.2. Lây truyền qua đường máu

- Truyền máu và các sản phẩm của máu.
- Qua tiêm chích ma túy
- Qua các thủ thuật y tế

3.3. Lây truyền từ mẹ sang con

- Qua nhau thai trong thời kỳ bào thai
- Trong cuộc chuyển dạ đẻ
- Sau khi sinh qua sữa mẹ.

4. Triệu chứng lâm sàng

AIDS là giai đoạn cuối cùng của một quá trình sỏi mòn hệ thống miễn dịch kéo dài do HIV gây ra, đại đa số những người nhiễm HIV hiện nay chưa có biểu hiện

AIDS, tỷ lệ phát triển tới AIDS ở những người nhiễm HIV dao động từ 4-10%/ 1 năm. Một số đông sẽ có các triệu chứng lâm sàng trong vòng 10 – 15 năm sau khi có phản ứng huyết thanh (+).

4.1. Giai đoạn nhiễm HIV cấp (giai đoạn cửa sổ)

Trong vòng vài ngày đến vài tuần lễ khi virus nhân lên thì có thể có triệu chứng của nhiễm HIV cấp. Các triệu chứng này không đặc hiệu gồm: sốt, đau bụng, phát ban, buồn ngủ, ho, đau cơ, vã mồ hôi vv... dễ nhầm với cảm cúm hoặc tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Có thể phát hiện được kháng thể kháng HIV sau vài tuần lễ từ khi bị nhiễm.

4.2. Giai đoạn nhiễm trùng không có triệu chứng

Người nhiễm HIV (+) có một giai đoạn không có triệu chứng lâm sàng kéo dài 2-8 năm hoặc lâu hơn.

4.3. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng

4.3.1. Giai đoạn lâm sàng 1: bệnh hạch dai dẳng toàn thân

- Sưng hạch ngoại biên (hạch hai bên bẹn - nách) đường kính > 1cm
- Các dấu hiệu kèm theo: sốt, sút cân, ra mồ hôi trộm.
- Bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường.

4.3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: thời kỳ đầu (nhẹ)

- Sút cân < 10% P cơ thể
- Các biểu hiện nhẹ ngoài da – niêm mạc: viêm da tuyến bã, ngứa, chốc mép, loét miệng tái diễn.

- Zona trong vòng 5 năm cuối
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn.

4.3.3. Giai đoạn lâm sàng 3: Thời kỳ trung gian

- Sút cân > 100% P cơ thể
- Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân > 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida ở miệng.
- Các nhiễm khuẩn nặng (viêm phổi, viêm cơ mủ)
- Lao phổi trong năm cuối.

4.3.4. Giai đoạn lâm sàng 4: (thời kỳ nặng – thực chất ngang với AIDS)

- Hội chứng gầy mòn HIV
 - . Sút cân > 10% P cơ thể
 - . Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân hoặc mệt mỏi kéo dài và sốt kéo dài không rõ nguyên nhân
- Nhiễm Herpes simplex virus ở da – niêm mạc > 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi
- Nhiễm trùng huyết do Salmonella (không phải thương hàn)
- Lao phổi, lao ngoài phổi.
- Sarcoma kaposi (là loại ung thư nội mạc mạch ở da – niêm mạc, phủ tạng và hạch bắt đầu là các mảng sắc tố bầm tím hoặc màu nâu → khối u)
- Bệnh lý não do HIV: rối loạn chức năng nhận biết hoặc rối loạn chức năng vận động (tiến triển hàng tuần, hàng tháng mà không có một bệnh tật hoặc trạng thái nào ngoài HIV đang diễn ra có thể giải thích được).

5. Xét nghiệm

5.1. Tìm kháng thể với HIV bằng các phản ứng

- Elisa
- Kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp
- Thăm dò miễn dịch hạt nhân

5.2. Xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng nguyên P24

5.3. Nuôi cấy HIV

5.4. Xét nghiệm về miễn dịch

- Đếm tế bào CD4 (bình thường là 450 – 1280 tế bào/ml)
- Đếm tế bào CD8 (bình thường là 258 – 800 tế bào/ml)
- Tỷ lệ CD4/CD8 (bình thường là 1,4 - 2,2 tế bào/ml)

6. Điều trị

Điều trị HIV/AIDS nhằm các mục tiêu:

- Điều trị trực tiếp với HIV
- Điều trị suy giảm miễn dịch.
- Điều trị nhiễm trùng cơ hội và khối u

** Điều trị trực tiếp với HIV*

a) Zidovudin (azidothymidine hay AZT)

liều 600mg.24/h chia 3 lần

b) Dideoxycytidin (DDC) viên 0,375 mg

liều dùng 3 viên/24/h chia 3 lần

c) Didanosine (DDI)

Liều lượng tính theo cân nặng của bệnh nhân.

> 75 kg: liều 300 mg x 2 lần/ 24h

50 – 74kg: 200 mg x 2 lần/24h

35 – 49kg: 100 mg x 2 lần/24h

7. Các biện pháp phòng chống

7.1. Phòng chống lây nhiễm qua đường tình dục: là ưu tiên số 1 vì nó là nguyên nhân chính lây lan HIV trên thế giới.

- Giáo dục tình dục lành mạnh, tình yêu chung thủy
- Giáo dục tình dục an toàn, khuyến khích dùng bao cao su
- Không chế nạo mãi dâm, xử lý nghiêm khắc các chủ chứa.
- Có chương trình điều trị và dự phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục kết

hợp với chương trình chống lây nhiễm HIV/AIDS.

7.2. Phòng chống lây qua đường máu

+ Qua máu:

- Kiểm tra HIV tất cả các mẫu máu truyền
- Kiểm tra HIV ở những người hiến máu tự nguyện.
- Phát hiện HIV ở các mẫu máu bằng kỹ thuật tin cậy nhất.

+ Qua các sản phẩm của máu.

- Các sản phẩm của máu phải kiểm tra HIV chặt chẽ
- Các tổ chức bán các sản phẩm của máu phải có giấy xác nhận là đã kiểm tra HIV.

7.3. Phòng lây lan qua tiêm chích và các dụng cụ y tế dùng trong chữa bệnh phải xuyên qua da

- Ngăn chặn buôn bán ma túy, đặc biệt là dùng bơm, kim tiêm chung trong tiêm chích ma túy.

- Cai nghiện và tạo việc làm cho người nghiện ma túy.

- Tuân thủ các nguyên tắc tiết trùng.

- Tiến tới chỉ dùng bơm, kim tiêm 1 lần.

- Giáo dục và quy định nguyên tắc tiết trùng các dụng cụ chuyên gia như xăm mình, bấm lỗ tai.

7.4. Phòng chống lây lan qua tình dục và ghép cơ quan

7.5. Ngăn chặn lây nhiễm chu sinh từ mẹ sang con

7.6. Làm giảm các tác động tiêu cực của người nhiễm HIV trên cá nhân và cộng đồng

7.7. Phòng nhiễm HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay xà phòng trước và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân, nếu da bị tổn thương thì không được trực tiếp sờ vào bệnh nhân.
- Đeo găng tay khi tiếp xúc với bệnh phẩm, là máu hoặc dịch cơ thể.
- Kim tiêm, dao mổ nhỏ và các thiết bị sắc nhọn khác phải được cầm cẩn thận để tránh làm bị thương.
- Mặc quần áo, tạp dề phải bảo vệ khi làm các phẫu thuật, thủ thuật và phải thay đổi sau mỗi lần dùng.
- Dùng kính, khẩu trang khi làm thủ thuật....
- Tránh hôn sức miệng – miệng.
- Tất cả các tử thi phải được coi như có khả năng lây nhiễm ở tất cả các bề mặt và thiết bị lây nhiễm trong quá trình mổ xác.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân, đường lây truyền của hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ?

2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải?

3. Trình bày biện pháp phòng chống hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải?

4. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Cho đến nay, người ta đã khẳng định HIV có trong:

A.....

B.....

C. Nước bọt, nước mắt, nước não tủy, nước tiểu.

D.....

Câu 2. Các đường lây truyền của HIV

A.....

B.....

C.....

Câu 3. Điều trị hội chứng suy giảm miễn dịch nhằm các mục tiêu:

A.....

B.....

C.....

Bài 39

BỆNH GIUN ĐƯA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chu kỳ sinh sản, phát triển của giun đũa.
2. Mô tả được triệu chứng, các biến chứng của bệnh giun đũa.
3. Trình bày được chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh giun đũa.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh giun đũa là một bệnh phổ biến ở người, với Việt Nam thì bệnh giun đũa đứng hàng đầu trong các bệnh giun sán cả về mức độ phổ biến cũng như về tác hại.

2. Chu kỳ sinh sản, phát triển và dịch tễ học

2.1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Giun đũa có thân hình ống dài, 2 đầu thon, màu trắng sữa hoặc hồng nhạt, con cái trưởng thành dài 20 – 30 cm, con đực trưởng thành dài 15 – 20 cm, chúng sống ở ruột non của người. Sau khi con đực và con cái giao hợp, con cái đẻ trứng (mỗi ngày đẻ 23 – 24 vạn trứng) trứng theo phân ra ngoài gặp điều kiện thuận lợi (nhiệt độ, độ ẩm) sẽ phát triển thành trứng có ấu trùng, người ăn phải trứng có ấu trùng, ấu trùng khi qua dạ dày: dưới tác dụng của dịch vị thì ấu trùng thoát vỏ, chúng xuyên qua thành ruột → vào tĩnh mạch cửa → gan → theo tĩnh mạch chủ vào tim phải → theo động mạch phổi → vào phổi. Tại phổi qua 2 lần thoát vỏ, ấu trùng chui qua thành phế nang → phế quản → quản khí → ngã ba hầu → thực quản → dạ dày → ruột non để phát triển thành con giun đũa trưởng thành; chu kỳ được thực hiện trong vòng 60 – 75 ngày, đời sống trung bình của 1 con giun đũa là 13 tháng.

2.2. Dịch tễ học

Do điều kiện khí hậu ở Việt Nam thuận lợi cho sự phát triển của trứng giun đũa ở ngoại cảnh và tình hình vệ sinh môi trường, nhất là vấn đề quản lý phân, nên hiện nay tình hình nhiễm giun đũa ở Việt Nam ở mức độ cao với tỷ lệ chung là 80% (trong đó vùng đồng bằng 90 – 97%; vùng rừng núi là 54,6%)

3. Triệu chứng lâm sàng – biến chứng

Do mức độ nhiễm giun khác nhau, do thể trạng của mỗi người khác nhau nên triệu chứng lâm sàng thường không ổn định và phức tạp.

3.1. Tiêu hoá

Triệu chứng cơ quan tiêu hoá xuất hiện khi nhiễm > 10 con giun

- Đầy bụng
- Đau đột ngột ở điểm dạ dày hoặc quanh rốn
- Ỉa chảy, có thể ỉa ra giun
- Buồn nôn và nôn, có thể nôn ra giun.
- Tắc ruột, thủng ruột, VRT cấp, 6 con.

3.2. Ngoài da

- Nổi mề đay hoặc ban dị ứng do giun tiết ra chất gây dị ứng.

3.3. Phổi – màng phổi

- Biểu hiện bằng hội chứng Löffler: biểu hiện người mệt, sốt, đau ngực, gõ phổi chỗ trong chỗ đục, nghe có Rales ẩm vừa và nhỏ hạt rải rác 2 bên phổi
- Absces phổi, viêm màng phổi do giun lạc chỗ.

3.4. Thần kinh và màng não

- Kích thích, mất ngủ.
- Một số trường hợp xuất hiện cơn co giật giống động kinh.
- Một số trường hợp biểu hiện giống viêm màng não.

4. Chẩn đoán

- Lâm sàng
- Xét nghiệm: Xét nghiệm phân bằng phương pháp trực tiếp hoặc phương pháp tập trung trứng.

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Phân biệt rõ điều trị cá thể và điều trị hàng loạt, khi điều trị hàng loạt thì cần lựa chọn thuốc ít độc, liều lượng vừa phải.
- Các loại thuốc tẩy giun nói chung đều độc vì vậy phải hết sức chú ý chống độc, chủ động phương tiện xử lý ngộ độc.
- Sử dụng các loại thuốc đa năng để đồng thời có tác dụng với giun đũa và giun phối hợp.

5.2. Thuốc điều trị

- + Piperazin viên 0,3g, 0,5g
- Người lớn liều từ 3-4g, chia 3-4 lần uống/1 –2 ngày
- Trẻ em: uống liều sau đây chia 3-4 lần/ 1-2 ngày.

1 tuổi : 0,4g	10-12 tuổi : 2g
2-3 tuổi : 0,6g	13-15 tuổi : 2,5g
4-6 tuổi : 1g	> 15 tuổi : 3-4g
- + Levamisol viên 30mg
- Người lớn: uống liều duy nhất 5 viên
- Trẻ em: liều 1 viên/ 10 kg
- + Albendasol:
- Người lớn: 400mg (liều duy nhất)
- Trẻ em: 200mg (liều duy nhất)

6. Phòng bệnh

- Quản lý phân, xử lý phân
- Vệ sinh ngoại cảnh
- Vệ sinh ăn uống
- Điều trị hàng loạt
- Giáo dục sức khỏe về các biện pháp phòng chống.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng, biến chứng và đặc điểm dịch tễ học của bệnh giun đũa ?

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Các căn cứ để chẩn đoán bệnh giun đũa.

- A.....
B.....

Câu 2. Biện pháp phòng bệnh giun đũa.

- A.....
B.....
C.....
D.....

E. Giáo dục sức khỏe về các biện pháp phòng chống.

Bài 40

BỆNH GIUN MÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chu kỳ sinh sản, phát triển của giun móc
2. Trình bày được triệu chứng và biện pháp chẩn đoán bệnh giun móc.
3. Trình bày được biện pháp điều trị và phòng bệnh giun móc.

NỘI DUNG

1. Chu kỳ sinh sản, phát triển – dịch tễ học

1.1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Giun móc trưởng thành màu trắng sữa hoặc hơi hồng con cái dài 10 - 13 mm, con đực dài 8-11 mm bộ phận miệng có 4 móc, chúng sống ở tá tràng.

Sau khi con cái → đẻ trứng, trứng theo phân ra → ngoại cảnh → ấu trùng, ấu trùng phát triển một thời gian ở ngoại cảnh sau 3 lần thay vỏ (trở thành ấu trùng giai đoạn III), ấu trùng vào cơ thể theo 2 đường:

- Xuyên qua da → tĩnh mạch → phổi
- Ăn uống → xuyên qua thực quản → phổi. Sau một thời gian phát triển tại phổi → ngã ba hầu → dạ dày → tá tràng → giun trưởng thành chu kỳ được thực hiện trong 4-5 tuần, đời sống trung bình của giun móc 10 – 15 năm.

1.2. Dịch tễ học

- Bệnh giun móc gặp chủ yếu ở các vùng trồng rau màu có tiếp xúc với phân tươi.

2. Triệu chứng học

2.1. Da: do tổn thương do ấu trùng chui qua da cho nên có biểu hiện ngứa nhẹ và hơi đỏ.

2.2. Tiêu hoá (giun hút máu làm tổn thương niêm mạc và gây chảy máu tại chỗ, tiết độc tố và gây nhiễm trùng).

- Đau bụng vùng thượng vị, đau tự nhiên và không theo giờ giấc nhất định.
- Đi ngoài phân có lẫn ít máu đen hoặc phân giống ly.

2.3. Máu

- Da xanh, niêm mạc nhợt, phù nhẹ, tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng
- Xét nghiệm: số lượng hồng cầu giảm, tỷ lệ huyết sắc tố giảm.

2.4. Các biểu hiện khác

- Trẻ em: chậm lớn, chậm phát triển tinh thần.
- Phụ nữ: có thể ảnh hưởng tới kinh nguyệt.

3. Chẩn đoán

- Lâm sàng: gợi ý
- Xét nghiệm phân tìm trứng giun móc bằng phương pháp phong phú

4. Điều trị

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Tiến hành song song với việc nâng cao thể trạng
- Điều trị giun đũa trước khi điều trị giun móc

4.2. Thuốc

- + Etylentetraclorua
- Người lớn uống 3ml buổi sáng lúc đói, sau 1giờ thì tẩy bằng 30g MgSO₄

- Trẻ em < 15 tuổi : 0,2 ml/ tuổi.
 - + Pyrntel : 10mg/kg/24h x 2 – 3ngày
 - + Thiabendazol : 50 mg/kg (liều duy nhất)
 - + Mebendazol : 200 mg/24h x 3ngày (CCĐ : PNCT, trẻ < 24tháng)
 - + Albendazol : 400 mg (liều duy nhất)
- (CCĐ: phụ nữ có thai và trẻ < 24 tháng tuổi)

5. Phòng bệnh

- + Tránh nhiễm ấu trùng:
 - Quản lý phân, ủ phân tại chỗ
 - Vệ sinh cá nhân: tránh đi chân đất vào chỗ đất ẩm gần phân, thợ mỏ phải đeo giày, ủng khi làm việc.
 - + Diệt trứng ở ngoại cảnh: bằng cách dùng hoá chất (vôi, nước muối) đổ vào các thùng phân ở thành phố hoặc các chậu ỉa của trẻ em.
 - + Phát hiện và điều trị hàng loạt.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng học và biện pháp phòng bệnh giun móc?
2. Điền vào chỗ trống các câu sau
 - Câu 1. Căn cứ chẩn đoán bệnh giun móc.
 - A.....
 - B.....
 - Câu 2. Nguyên tắc điều trị bệnh giun móc
 - A.....
 - B.....
 - Câu 3. Biện pháp phòng bệnh giun móc
 - A.....
 - B.....
 - C.....

Bài 41

BỆNH GIUN KIM

MỤC TIÊU

1. Mô tả được chu kỳ sinh sản, phát triển của giun kim
2. Trình bày được các triệu chứng, biến chứng của bệnh giun kim
3. Trình bày được các biện pháp điều trị và phòng bệnh giun kim.

NỘI DUNG

1. Chu kỳ sinh sản, phát triển – dịch tễ học

1.1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Giun kim trưởng thành là loại giun tròn nhỏ, màu trắng đục, con con cái dài 9 – 12mm, con đực dài 3 - 4mm, sống ở manh tràng, sau khi con đực và con cái giao hợp thì con cái di chuyển xuống trực tràng. Ban đêm, nó chui qua hậu môn và đẻ trứng ở vùng quanh hậu môn rồi chết. Ngay ở hậu môn trứng phát triển thành ấu trùng có ấu trùng, trứng giun xâm nhập vào cơ thể theo 2 đường:

- + Tự tái nhiễm (ấu trùng chui ngược từ hậu môn)
- + Người cảm thức ăn mà không rửa tay, trứng nở ra ấu trùng ở tá tràng → di chuyển xuống manh tràng và phát triển thành giun kim trưởng thành sau 2- 4 tuần lễ. Thời sống trung bình của giun kim ≤ 2 tháng.

1.2. Dịch tễ học

Bệnh giun kim phân bố rộng rãi khắp thế giới, tỷ lệ nhiễm cao thường là nơi tập trung (trường học, nhà trẻ) tỷ lệ nhiễm không phụ thuộc vào điều kiện khí hậu, địa lý mà chủ yếu phụ thuộc vào tình trạng vệ sinh cá nhân, thường mắc ở lứa tuổi trẻ em, tỷ lệ mắc ở Việt Nam là 18,5 – 47%.

Các phương thức lây nhiễm là:

- Gãi hậu môn rồi đưa chúng vào miệng.
- Hít trứng lơ lửng trong không khí sau đó nuốt vào.
- Trứng giun khuếch tán ở mọi chỗ (chăn, chiếu, bàn, ghế, sàn nhà vv...) rồi từ đó xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp hoặc đường miệng.

2. Triệu chứng lâm sàng, biến chứng

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- + Với người lớn: nhiễm giun kim thường không có biểu hiện gì hoặc biểu hiện rất ít.
- + Triệu chứng liên quan đến giun trong ruột.
- Ngứa hậu môn: thường xuất hiện vào buổi lúc đi ngủ.
- Quan sát: rìa hậu môn thấy xung huyết đỏ trực tràng có các nốt kích thích xung huyết, có thể thấy vết trầy, xước và có thể có ứ mủ vùng da xung quanh hậu môn.
- Bệnh nhi chán ăn, sụt cân, buồn nôn, đau bụng âm ỉ, ỉa chảy (đôi khi có máu hoặc chất nhầy, đái dầm, nghiến răng).

2.2. Biến chứng

- + Rối loạn sinh dục:
 - Trẻ gái: giun kim chui vào âm đạo gây viêm âm đạo.
 - Phụ nữ rối loạn kinh nguyệt, viêm âm đạo
 - Trẻ nam: cương dương
- + Viêm ruột thừa cấp do giun kim.

+ Rối loạn thần kinh.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng: - Ngứa hậu môn vào ban đêm

- Thấy giun quanh hậu môn.

3.2. Xét nghiệm: tìm trứng giun bằng phương pháp giấy bóng kính (giấy bóng kính có kích thước 22 x 32 mm)

4. Điều trị

4.1. Nguyên tắc

- Điều trị hàng loạt

- Điều trị kết hợp chặt chẽ với phòng bệnh.

4.2. Thuốc tẩy giun

+ Piperazin : 50mg /kg/ 24h x 2 liều

+ Mebendazol : 10mg/ kg/ liều duy nhất

+ Pyrantel Pamoate 10mg/kg/ liều duy nhất.

5. Phòng bệnh

- Điều trị hàng loạt kết hợp với vệ sinh nhà cửa.

- Giáo dục vệ sinh cá nhân: cắt móng chân, móng tay, rửa tay trước khi ăn, không cắn móng tay, vệ sinh sạch sẽ vùng hậu môn sinh dục.

- Không cho trẻ em mặc quần thủng đáy.

- Phơi quần áo, chăn chiếu ngoài trời nắng.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng và các biến chứng của bệnh giun kim?

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Các phương thức lây nhiễm bệnh giun kim.

A.....

B.....

C. Trứng giun khoét tán mọi chỗ rồi xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp hoặc đường miệng.

Câu 2. Căn cứ chẩn đoán bệnh giun kim.

A.....

B.....

Câu 3. Nguyên tắc điều trị bệnh giun kim.

A.....

B.....

Bài 42

SÁN LÁ NHỎ Ở GAN

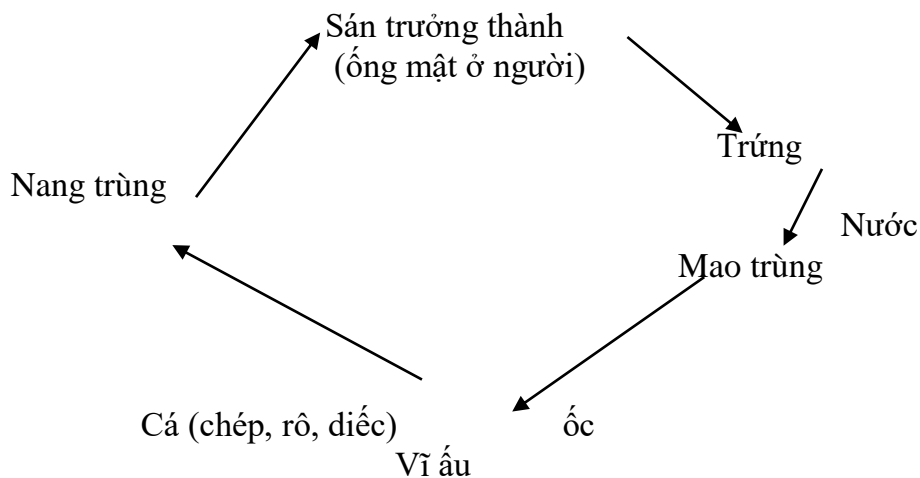
MỤC TIÊU

1. Trình bày được chu kỳ và dịch tễ của sán lá nhỏ ở gan.
2. Mô tả triệu chứng học của bệnh sán lá nhỏ ở gan.
3. Trình bày được phương pháp điều trị, phòng bệnh sán lá nhỏ ở gan.

NỘI DUNG

1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Sán lá nhỏ ở gan thân dẹt, hình lá màu đỏ nhạt, dài 10 – 20 mm, rộng 2 - 4mm ký sinh tại các ống mật nhỏ trong gan, trứng sán lá gan theo đường dẫn mật xuống ruột rồi theo phân ra ngoài cảnh, trứng rơi xuống nước rồi phát triển thành ấu trùng có lông (mao trùng) ấu trùng lông đến ký sinh ở các loài ốc và phát triển thành ấu trùng có đuôi (vĩ ấu trùng), ấu trùng có đuôi rồi ốc đến ký sinh ở một số loài cá (chép, rô, diếc) rồi phát triển thành nang trùng, người ăn phải nang trùng ở cá chưa được nấu chín (gỏi cá) thì nang trùng vào ruột non chui lên gan theo đường dẫn mật rồi phát triển thành con sán lá trưởng thành, thời gian kể từ khi ăn phải nang trùng đến khi phát triển thành sán lá trưởng thành mất 27 – 28 ngày



2. Dịch tễ học

Trước kia tỷ lệ nhiễm ở Việt Nam rất cao (theo thống kê năm 1911 có nơi nhiễm 50% dân số) hiện nay tỷ lệ mắc bệnh đã giảm nhiều do sự tiến bộ trong vệ sinh ăn uống và vệ sinh ngoại cảnh.

3. Triệu chứng lâm sàng (nhiễm ≥ 100 con)

3.1. Giai đoạn xâm nhiễm (sau khi ăn phải nang trùng 2 tuần lễ)

- Đau bụng hoặc cảm giác đầy bụng vùng thượng vị, ỉa lỏng, bụng chướng.
- Mệt mỏi, gầy sút, đau tức vùng gan.
- Sốt thất thường kéo dài trong vài tháng.

3.2. Giai đoạn toàn phát (kể từ tháng thứ 3 trở đi)

- Mệt mỏi, nhức đầu, nổi mề đay, chán ăn, ỉa lỏng.
- Đau bụng gan, có thể có những cơn đau dữ dội.
- Một số trường hợp gây tắc mật: đau, sốt, vàng da

- Trường hợp nặng : phù do thiếu máu và kèm theo tình trạng nhiễm độc.

4. Chẩn đoán

- + Lâm sàng: gợi ý
- + Xét nghiệm: tìm trứng sán lá gan (trong dịch tá tràng hoặc phân) dùng kháng nguyên để chẩn đoán.

5. Điều trị

- + Thuốc tẩy:
 - Cloroquin: liều 10,4 mg/kg/24h x 40 ngày liên (chia 2 lần/ ngày)
(Cloroquin có tác dụng phụ : vàng đầu, mờ mắt, hoa mắt, ngứa ngáy, sụp mi nhưng khi ngừng thuốc sẽ hết)
 - Hexacloroparaxylon liều 60mg/ kg/24h x 5 ngày liên
 - + Nâng cao thể trạng bệnh nhân: bằng cách dùng các loại thuốc trợ gan.
- Nhìn chung việc điều trị rất khó khăn vì sán sống lâu trong nội tạng cho nên phải điều trị dài ngày, nhiều đợt và kết quả đem lại thất thường.

6. Phòng bệnh

- Giáo dục cho cộng đồng bỏ phong tục ăn gỏi cá.
- Diệt các loại ốc bằng CUSO_4 5%

LUYỆN GIÁ

1. Trình bày triệu chứng, chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá nhỏ ở gan ?
2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Căn cứ chẩn đoán bệnh sán lá nhỏ ở gan.

A.....

B.....

Câu 2. Biện pháp phòng bệnh sán lá nhỏ ở gan.

A.....

B.....

Bài 43

SÁN LÁ RUỘT

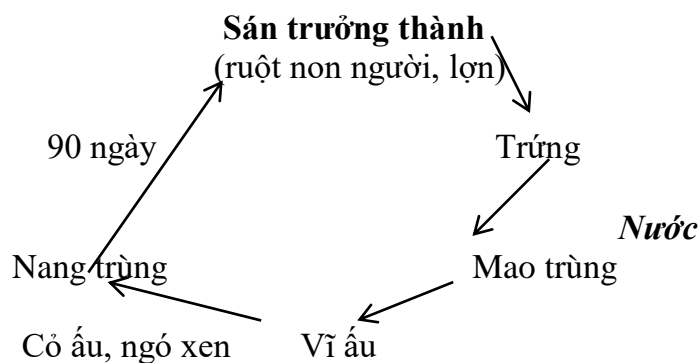
MỤC TIÊU

1. Trình bày được chu kỳ và dịch tễ của sán lá ruột.
2. Mô tả được triệu chứng học của bệnh sán lá ruột.
3. Trình bày được phương pháp điều trị, phòng bệnh sán lá ruột.

NỘI DUNG

1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Sán trưởng thành là loại sán lá lớn nhất, màu hồng, hơi đỏ dài 3 – 7 cm, rộng 8 – 20 mm sống ở ruột non của người (hoặc lợn) trứng sán theo phân ra ngoài → vào nước → phát triển thành ấu trùng có lông (mao trùng) ấu trùng lông chui vào ký sinh trong các loài ốc và phát triển thành ấu trùng có đuôi bơi tới ký sinh tại các loài thực vật thủy sinh (củ ấu, ngó xen, bèo) và phát triển thành nang trùng, người (lợn) ăn phải nang trùng ở thực vật thủy sinh chưa được nấu chín thì nang trùng vào ruột rồi phát triển thành con sán lá ruột trưởng thành, thời gian kể từ lúc người (lợn) ăn phải nang trùng đến khi phát triển thành con sán lá trưởng thành với thời gian 90 ngày.



2. Dịch tễ học

Hay gặp ở các vùng có tập quán dùng thực vật thủy sinh làm thức ăn cho người và gia súc.

3. Triệu chứng lâm sàng: 3 giai đoạn.

3.1. Khởi phát

Mệt mỏi, giảm sút sức khỏe, thiếu máu.

3.2. Toàn phát

- Đau bụng: đau âm ỉ vùng hạ vị, có lúc trội lên thành cơn dữ dội.
- Ỉa lỏng, không có máu nhưng có nhầy lẫn thức ăn không tiêu, triệu chứng ỉa lỏng kéo dài nhiều tuần lễ.

3.3. Giai đoạn cuối

Phù nề toàn thân, tràn dịch ở nhiều nội tạng nhất là tim, phổi, cổ chướng và bệnh nhân tử vong trong tình trạng suy kiệt.

4. Chẩn đoán

- + Lâm sàng: ỉa chảy, phù nề, suy kiệt
- + Xét nghiệm: xét nghiệm phân tìm trứng

5. Điều trị

+ Ethylentetra clorua : người lớn 3-4ml
trẻ em 0,2 ml/ tuổi

+ Naphton β : người lớn 0,5 – 3g
- CCD dùng cho trẻ em

+ Thymol : người lớn : 5g

+ Hạt cau: Liều 1g/kg

Hạt cau được loại bỏ chất chát (bằng lòng trắng trứng) sau khi uống thì dùng thuốc tẩy.

6. Phòng bệnh.

- Không ăn các loại thực vật thủy sinh không được nấu chín.
- Diệt các loại ốc bằng CUSO_4 5%

LUYỆN GIÁ

1. Trình bày triệu chứng, chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá ruột ?

2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Căn cứ chẩn đoán bệnh sán lá ruột.

A.....

B.....

Câu 2. Biện pháp phòng bệnh sán lá ruột.

A.....

B.....

Bài 44

BỆNH SÁN DÂY LỢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chu kỳ – dịch tễ học của bệnh sán dây lợn.
2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán dây lợn.

NỘI DUNG

1. Chu kỳ sinh sản, phát triển

Sán dây lợn trưởng thành dài 2 – 4 m có 800 – 1000 đốt, đầu hình cầu có đường kính 1mm, có 25 – 50 vòng móc đốt sán trưởng thành gần như hình vuông, có các lỗ sinh dục xen kẽ đều đặn; sán dây lợn sống ở ruột non (người, lợn). Trứng ở trong các đốt sán, đốt sán già rụng thành chuỗi 4 -5 đốt và theo phân ra ngoài (có thể đốt sán vỡ và phóng thích trứng ngay trong ruột già), trứng đã có sẵn phôi 6 móc nên có khả năng lây nhiễm ngay trứng sán dính vào đất, rau, cỏ. Khi lợn ăn rau cỏ thì nuốt luôn cả trứng, phôi 6 móc nở trong ruột vào máu → tim → đại tuần hoàn → các bắp thịt và các cơ quan nội tạng → nang ấu trùng (sau 9 – 10 tuần). Người ăn phải thịt lợn gạo, nang ấu trùng xuống ruột non, bung đầu sán ra bám vào niêm mạc và móc các đốt sán → sán trưởng thành (sau 8 – 10 tuần) thường mỗi người chỉ nhiễm 1 sán trưởng thành. Sán có thể sống được 25 năm.

Nếu người nuốt phải trứng sán (ăn rau sống) trứng cũng nở ra phôi 6 móc → máu → tim → đại tuần hoàn → não, mắt, da, phổi, thận và phát triển thành nang ấu trùng.

2. Dịch tễ học

Bệnh sán dây lợn gặp ở khắp nơi, tỷ lệ nhiễm cao ở nơi nuôi lợn thả rông, ăn thịt lợn chưa được nấu chín và tình hình quản lý phân không tốt.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Bệnh do sán dây trưởng thành

- Đau bụng vùng thượng vị, buồn nôn, ỉa lỏng.
- Có các đốt sán theo phân ra ngoài.

3.2. Bệnh do ấu trùng sán lợn

Triệu chứng phụ thuộc vào nơi ký sinh.

3.2.1. Bắp thịt

- Không có triệu chứng gì (trên lâm sàng)
- Khi vôi hoá: có vết mờ trên phim XQ

3.2.2. Mô dưới da

- Có các cục u rải rác.

3.2.3. Não

- Liệt, động kinh
- Khi nhiễm nhiều ấu trùng có thể tử vong.

3.2.4. Mắt

- Ấu trùng nằm trong dịch kính, võng mô, tiền phòng và bệnh nhân có thể bị mù.

3.2.5. Cơ tim

- Nhịp tim nhanh, tiếng tim biến đổi.

4. Chẩn đoán

- Tiền sử: có đốt sán rụng ra ngoài thành từng đoạn ngắn theo phân.
- Lâm sàng: sờ nắn thấy có kén sán dưới da.
- Sinh thiết tìm ấu trùng.

5. Điều trị

5.1. Bệnh sán dây trưởng thành

- Niclosamid viên 0,5g x 4 viên, tối hôm trước khi tẩy, người bệnh ăn lỏng và nhẹ sáng hôm sau thức dậy không ăn gì, uống 2 viên nhai kỹ và uống ít nước, sau 1 giờ thì uống nốt 2 viên còn lại.

Chú ý: Kiêng rượu trong ngày dùng thuốc

- Acrikin liều 0,9 → 1,2 g
CCĐ : người có thể trạng suy sụp, đang có rối loạn tiêu hoá.
- Yomesane viên 0,5g x 4 viên

5.2. Thở ấu trùng

Giải phẫu để lấy ấu trùng ra.

6. Phòng bệnh

- Quản lý phân người chặt chẽ, không cho lợn ăn phân người.
- Không thả rông lợn.
- Không ăn thịt lợn gạo
- Không ăn rau sống, không ăn thịt lợn khi chưa được nấu chín.
- Phát hiện và điều trị người có bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng, biện pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sán dây lợn?
2. Điền vào chỗ trống các câu sau

Câu 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh sán dây lợn trưởng thành.

A.....

B.....

Câu 2. Biện pháp phòng bệnh sán dây lợn.

A.....

B.....

C.....

D.....

E.....

Bài 45

ĐẠI CƯƠNG CẤP CỨU NGOẠI KHOA VÙNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được và vẽ được cách phân chia vùng bụng
2. Trình bày được một số bệnh thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa vùng bụng
3. Trình bày được một số triệu chứng trong quá trình thăm khám vùng bụng.
4. Trình bày được các bước cấp cứu ngoại khoa vùng bụng ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Cấp cứu ngoại khoa vùng bụng hay gặp. Chiếm tỷ lệ cao trong cấp cứu ngoại nói chung.

Nguyên nhân do trạng thái bệnh lý của các tạng trong ổ bụng hoặc do chấn thương bụng.

Là loại cấp cứu phức tạp, yêu cầu phải khám kỹ lưỡng, hệ thống có thái độ khẩn trương để giảm tỷ lệ tử vong.

2. Cách phân chia vùng bụng: Kẻ 4 đường:

2.1. Hai đường thẳng ngang

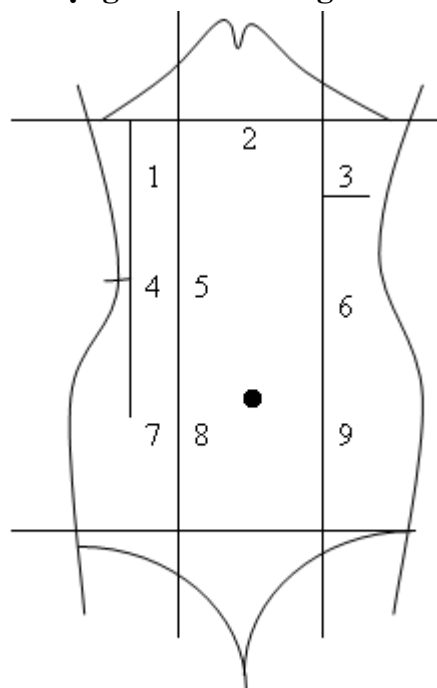
- Đường trên: Đi qua bờ dưới chỗ thấp nhất của 2 xương sườn thứ mười.
- Đường dưới: Đường nối hai gai chậu trước trên.

2.2. Hai đường thẳng dọc

Là hai đường song song với đường trắng giữa. Chúng đi qua điểm giữa nếp bẹn.

Bốn đường kẻ này chia ổ bụng ra làm 9 vùng sau:

1. Vùng hạ sườn phải.
2. Vùng thượng vị.
3. Vùng hạ sườn trái.
4. Vùng mạn sườn phải.
5. Vùng rốn.
6. Vùng mạn sườn trái.
7. Vùng hố chậu phải.
8. Vùng hạ vị.
9. Vùng hố chậu trái.



Hình 45.1. Phân chia ổ bụng

Mỗi vùng tương ứng với các tạng. Khi những tạng này tổn thương sẽ có triệu chứng biểu hiện trên vùng bụng tương ứng.

3. Triệu chứng

Khám phải toàn diện, tỉ mỉ, trình tự, tránh bỏ sót các triệu chứng.

3.1. Triệu chứng cơ năng (hỏi bệnh) rất cần thiết

3.1.1. Đau

- Hỏi bắt đầu đau ở đâu? Bắt đầu đau từ khi nào? Bị chấn thương từ khi nào, tư thế thế nào?

- Tính chất đau: Đau âm ỉ liên tục hay từng cơn. Đau có liên quan tới ăn uống không?

- Có triệu chứng gì kèm theo khi đau?

3.1.2. Nôn: Số lần nôn, số lượng và chất nôn.

Ví dụ: Hẹp môn vị nôn nhiều, nôn ra thức ăn của ngày hôm trước. Tắc ruột đến muộn nôn ra chất như phân.

3.1.3. Rối loạn tiêu hoá: Hỏi bệnh nhân có bí trung đại tiện không? Nếu có đi ngoài thì cần xem phân màu gì?



Hình 45.2. Đau vùng chấn thương



Hình 45.3. Bụng cứng như gỗ

3.2. Triệu chứng thực thể

3.2.1. Nhìn bụng có chướng hơi không?

- Bụng lép kẹp, lõm lõng thuyền gập trong hẹp môn vị lâu ngày.

- Bụng vòng lên: Như u gan, u dạ dày, túi mật to, hay đám quánh túi mật, đám quánh ruột thừa...

- Cần khám kỹ trường hợp chấn thương bụng, vết thương để đánh giá tổn thương.

- Xem có sẹo mổ cũ không: Thường gặp dính ruột sau mổ



Hình 45.4. Dính ruột

- Bụng có tham gia theo nhịp thở không. Nếu không thường gặp trong viêm màng bụng.

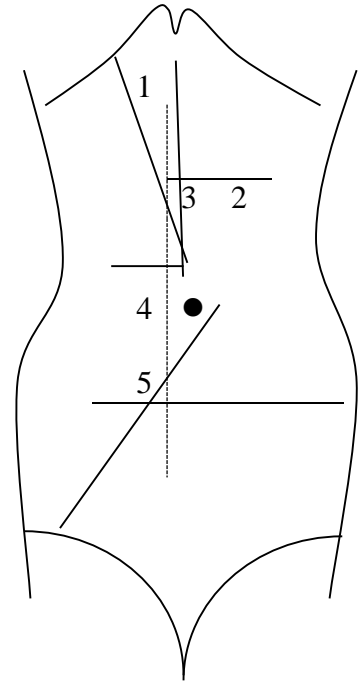
3.2.2. Sờ nắn

Sờ nắn nhẹ nhàng từ nông đến sâu, từ chỗ không đau đến chỗ đau.

Bình thường cơ thành bụng mềm mại. Khi có viêm màng bụng cấp tính hay tạng bị viêm nhiễm thì thấy thành bụng co cứng hay phản ứng:

- Co cứng thành bụng:
- + Bụng không di động theo nhịp thở, các cơ bụng nổi rõ.
- + Nắn thành bụng thấy cứng thường xuyên.
- + Hiện tượng co cứng có thể khu trú ở một vùng bụng hay khắp bụng
- Phản ứng thành bụng:
- + Bụng di động theo nhịp thở.
- + Đặt nhẹ tay lên thành bụng thấy mềm. Ấn sâu sẽ có cảm giác cơ thành bụng chống lại tay thầy thuốc, bệnh nhân kêu đau.
- Sờ tìm khối u: Có thể thấy gan to, thận to, lách to hay u dạ dày, túi mật..., tùy theo tình trạng bệnh lý.
- Kích thích thành bụng để tìm sóng nhu động của dạ dày hay dấu hiệu rắn bò trong tắc ruột cơ học.
- Khám tìm một số điểm đau đặc biệt:

1. Điểm túi mật
2. Điểm thượng vị
3. Điểm tá tràng
4. Điểm niệu quản trên
5. Điểm ruột thừa (Mac Burney)
6. Điểm niệu quản giữa
7. Điểm buồng trứng



Hình 45.5. Điểm ngoại khoa

- Khám ổ bụng có bị tràn dịch:
- + Bụng căng, bẻ ra hai bên
- + Có dấu hiệu sóng vỗ.

3.2.3. Gõ

- Bình thường gõ vang trên các tạng rỗng, đục ở trên các tạng đặc.
- Khi thúng tạng rỗng, gõ thấy vùng đục trước gan mất, gõ đục hai hố chậu khi có dịch ở trong ổ bụng.

3.2.4. Nghe: Lắc óc ách lúc đói có giá trị chẩn đoán hẹp môn vị. Nghe thấy tiếng “lọc sọc” như nước sóng sánh trong tắc ruột.

3.2.5. Thăm trực tràng

- Thăm tuyến tiền liệt có to không?
- Thăm xem khối u ở trực tràng: Trong lòng ruột xuống thấp, trong ung thư trực tràng.
- Thăm túi cùng Douglas có căng và đau: Gặp trong viêm màng bụng chảy máu trong.

3.2.6. Ở tuyến trên có thể chọc dò ổ bụng để chẩn đoán xác định.

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Thường có hội chứng nhiễm trùng, nếu đến muộn thì nhiễm trùng nhiễm độc nặng.
- Nếu sau chấn thương có vỡ tạng đặc thường có dấu hiệu sốc mất máu.

3.4. Triệu chứng xét nghiệm: ở tuyến trên cần chụp ổ bụng không chuẩn bị để tìm:

- Liềm hơi dưới cơ hoành
- Hình vòm hơi, mức nước
- Xét nghiệm
- Công thức máu
- Định lượng u rê máu
- Máu lắng vv... và các xét nghiệm khác.

4. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

Khi khám nghi ngờ hay chẩn đoán xác định là một cấp cứu ngoại khoa, phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để theo dõi và điều trị.

4.1. Không làm

- Không tiêm thuốc giảm đau.
- Không tiêm thuốc vào vùng đau.
- Không cho ăn và uống thuốc tẩy.

4.2. Cần làm

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình biết sự nguy hại của bệnh.
- Tiêm thuốc trợ tim và Vitamin.
- Sơ cứu vết thương vùng bụng (Nếu có).
- Chuyển bệnh nhân về tuyến trên càng sớm càng tốt

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Dấu hiệu tràn dịch ổ bụng:

- A- Bụng chướng căng. Có phản ứng thành bụng. Có dấu hiệu 3 động.
- B- Bụng chướng căng. Có phản ứng thành bụng. Có dấu hiệu sóng vỗ.
- C- Bụng chướng, bè ra 2 bên. Có dấu hiệu 3 động.
- D- Bụng chướng, bè ra 2 bên. có dấu hiệu sóng vỗ.

Câu 2: Động tác gõ khi thăm khám ổ bụng:

- A- Bình thường gõ đục trên các tạng rỗng, gõ trong trên các tạng đặc. Khi thủng tạng đặc gõ vùng đục trước gan mất, gõ đục 2 hố chậu khi có dịch trong ổ bụng.
- B- Bình thường gõ trong trên các tạng rỗng, gõ đục trên các tạng đặc. Khi thủng tạng rỗng gõ vùng đục trước gan mất, gõ đục 2 hố chậu khi có dịch trong ổ bụng.
- C- Bình thường gõ đục trên các tạng rỗng, trong trên các tạng đặc. Khi thủng tạng rỗng gõ vùng đục trước gan mất, gõ đục 2 hố chậu khi có dịch trong ổ bụng.
- D- Bình thường gõ trong trên các tạng rỗng, gõ đục trên các tạng đặc. Khi thủng tạng đặc gõ vùng đục trước gan mất, gõ đục 2 hố chậu khi có dịch trong ổ bụng.

Câu 3: Thăm khám trực tràng:

- A- Thăm tuyến tiền liệt có to không? Thăm xem khối u ở trực tràng. Thăm túi cùng Douglas có căng đau không?
- B- Thăm tuyến tiền liệt có to không? Thăm xem khối u ở đường tiêu hoá. Thăm túi cùng Douglas có căng đau không?
- C- Thăm tuyến tiền liệt có viêm không? Thăm xem khối u ở trực tràng. Thăm túi cùng Douglas có căng đau không?
- D- Thăm tuyến tiền liệt có viêm không? Thăm xem khối u ở đường tiêu hoá. Thăm túi cùng Douglas có căng đau không?

Câu 4: Nguyên tắc xử trí bệnh nhân cấp cứu ngoại khoa:

A- Khi khám nghi ngờ hay đã chẩn đoán xác định là 1 cấp cứu ngoại khoa phải tiêm ngay thuốc giảm đau, trợ tim, trợ lực rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên theo dõi và điều trị.

B- Khi khám nghi ngờ hay đã chẩn đoán xác định là 1 cấp cứu ngoại khoa phải tiêm ngay thuốc giảm đau, chống sốc rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên theo dõi và điều trị.

C- Khi khám nghi ngờ hay đã chẩn đoán xác định là 1 cấp cứu ngoại khoa phải tiêm ngay thuốc giảm đau, kháng sinh rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên theo dõi và điều trị.

D- Khi khám nghi ngờ hay đã chẩn đoán xác định là 1 cấp cứu ngoại khoa phải chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên theo dõi và điều trị.

Bài 46

VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của vết thương mạch máu.
2. Trình bày được các phương pháp xử trí vết thương động mạch và tĩnh mạch ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Vết thương mạch máu gặp cả ở thời chiến và thời bình, với vết thương động mạch có hai nguy hiểm tức thì:

1. Chảy máu nhiều dẫn đến tử vong.
2. Hoại tử chi do thiếu máu nuôi dưỡng ở đoạn dưới.



Hình 46.1. Đứt động mạch do dao đâm

Về sau còn di chứng: Tắc mạch không thông động mạch.

Do đó việc cầm máu tạm thời sớm và đúng nguyên tắc là quan trọng. Nó hạn chế được tỷ lệ tử vong và rút ngắn được thời gian điều trị sau này.

1. Giải phẫu bệnh

1.1. Động mạch đứt hoàn toàn

Hai đầu bị đứt co lại làm cho động mạch tự cầm máu.

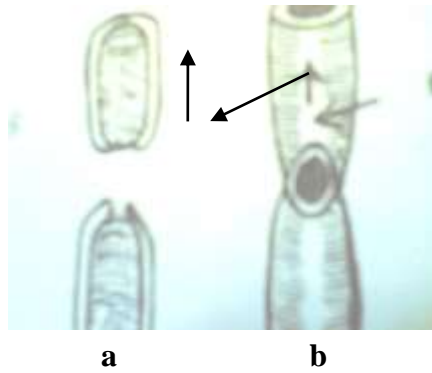
1.2. Động mạch đứt không hoàn toàn

Thớ cơ vòng của lớp giữa cơ theo chiều ngang làm hẹp lòng động mạch, lớp vỏ co lại theo chiều dọc của động mạch làm vết rách luôn luôn mở nên máu chảy nhiều.

1.3. Chấn thương đụng dập:

- Dập nát toàn bộ cả 1 đoạn mạch (2 - 5cm) gây đứt rời mạch hoặc 2 đầu còn dính nhau bởi 1 phần tổ chức thành mạch.

- Đụng dập 1 phần hoặc toàn bộ chu vi thành mạch trên đoạn ngắn (< 2cm) gây huyết khối tại chỗ. Nhìn bề ngoài đoạn mạch dập, chỉ thấy khối màu tím, chắc và không đập, kích thước mạch gần như bình thường.



a: Đứt động mạch hoàn toàn.

b: Đứt động mạch không hoàn toàn.

Hình 46.2. Tổn thương động mạch

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Trường hợp chảy máu ra ngoài

Tại vết thương máu chảy thành tia theo nhịp đập của tim, máu đỏ tươi. Nếu chặn phía trên của vết thương máu ngừng chảy.

Tình trạng toàn thân tùy theo lượng máu mất nhiều hay ít mà toàn trạng sẽ biểu hiện sốc nặng hay nhẹ.

2.2. Trường hợp chảy máu trong: Các động mạch ở nội tạng bị đứt chảy vào ổ bụng hay khoang màng phổi.

2.2.1. Triệu chứng toàn thân: Có biểu hiện sốc: Da xanh, niêm mạc nhợt, khó thở vật vã mạch nhanh, huyết áp hạ.

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu vết thương ở lồng ngực khám có hội chứng 3 giảm: Rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm và gõ đục.

- Nếu vết thương ở bụng: Đau khắp bụng, bụng chướng, có phản ứng thành bụng gõ đục ở vùng thấp, thăm cùng đồ đau.

3. Tiên triển và biến chứng

3.1. Thiếu máu

Số lượng máu mất đi nếu không hồi phục thích đáng thì bệnh nhân sẽ bị thiếu máu. Nếu máu chảy nhiều mà không cầm được hoặc bồi phụ máu không đủ bệnh nhân sẽ bị sốc nặng, có nguy cơ tử vong.

3.2. Nhiễm khuẩn: Vết thương động mạch dễ bị nhiễm khuẩn do:

- Tổ chức thiếu máu nuôi dưỡng.
- Do máu chảy vào các tổ chức xung quanh.
- Cùng với tổ chức phần mềm bị dập nát là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

- Trường hợp nhiễm khuẩn do vi khuẩn yếm khí dễ gây hoại thư sinh hơi.

3.3. Hoại tử chi

- Do thiếu máu nuôi dưỡng.
- Do máu tụ chèn ép: Do ga rô không đúng kỹ thuật, do các bắp cơ bị dập nát nhiều gây phù nề và chèn ép

3.4. Bọc máu

Khi động mạch bị tổn thương máu không chảy ra ngoài được mà chảy vào các tổ chức lân cận tạo thành bọc máu.

Khám ngay trên đường đi của động mạch thấy khối máu tụ to dần và chạy dài theo trục của chi. Sờ có cảm giác căng, có mạch nảy, ép phía trên bị thương thì dấu hiệu mạch đập và nghe tiếng thổi không còn nữa.



Hình 46.3. Bọc máu

Nếu khối máu tụ to, vết bầm lan rộng chèn ép chi làm cho đoạn dưới thiếu máu nuôi dưỡng, biểu hiện chi lạnh, da màu tím, mạch không bắt được, chi sẽ hoại tử

4. Xử trí

4.1. Nếu nạn nhân chảy máu trong lồng ngực hay ổ bụng mất máu nhiều cần phải phòng và chống sốc: ủ ấm, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, chuyển lên tuyến trên sớm.

4.2. Nếu đứt mạch máu ở tứ chi

4.2.1. Những việc cần phải làm

- Cầm máu tạm thời: Băng ép hoặc garo.
 - + Băng ép có nhiều ưu điểm thuận tiện ít gây hoạt tử chi. áp dụng cho vết thương tĩnh mạch hay vết thương mao mạch.
 - + Chỉ đặt dây garo khi băng ép không thành công hoặc đứt mạch máu có phụt thành tia (Kỹ thuật garo cầm máu sẽ học trong cấp cứu chấn thương)
- Cố định và theo dõi đầu chi. (đối với vết thương phần mềm lớn).
- Chống sốc:
 - + Cho thuốc an thần.
 - + Ủ ấm.
 - + Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim (B1, B6, Uabain, Caphein...)
 - + Truyền dịch nếu sốc nặng
 - + Tiêm thuốc kháng sinh nếu có.

4.2.2. Những việc không được làm:

- Không nên dùng Pince kẹp động mạch.
- Không nên garo nếu máu ở vết thương không phụt thành tia.
- Không vội vàng chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi chưa sơ cứu tốt.
- Không nên cho ăn, uống nếu nghi ngờ có tổn thương ổ bụng.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng tại chỗ vết thương động mạch trường hợp chảy máu ra ngoài:

A- Tại vết thương máu chảy thành tia theo mạch đập, máu đỏ thẫm. Nếu chặn phía trên của vết thương máu ngừng chảy.

B- Tại vết thương máu chảy thành tia theo mạch đập, máu đỏ thẫm. Nếu chặn phía dưới của vết thương máu ngừng chảy.

C- Tại vết thương máu chảy thành tia theo nhịp đập của tim, máu đỏ tươi. Nếu chặn phía dưới của vết thương máu ngừng chảy.

D- Tại vết thương máu chảy thành tia theo nhịp đập của tim, máu đỏ tươi. Nếu chặn phía trên của vết thương máu ngừng chảy.

Câu 2: Dấu hiệu toàn thân vết thương động mạch trường hợp chảy máu trong:

A- Có biểu hiện mất máu: Da xanh, niêm mạc nhợt, khó thở, vật vã, mạch nhanh, huyết áp tăng...

B- Có biểu hiện sốc: Da xanh, niêm mạc nhợt, khó thở, vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt...

C- Có biểu hiện mất nước, điện giải: Môi khô, hốc hác, mệt mỏi, mạch nhanh, huyết áp hạ...

D- Có những trường hợp bị sốt: Da xanh, niêm mạc nhợt, vật vã, li bì, sốt cao, mạch nhanh, huyết áp hạ...

Câu 3: Triệu chứng tại chỗ đối với các vết thương động mạch ở lồng ngực (trường hợp chảy máu nhiều):

A- Những vết thương ở lồng ngực: Khám có dấu hiệu 3 giảm (Rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ đục).

B- Những vết thương ở lồng ngực: Đau tại ngực, ho máu, khó thở...

C- Những vết thương ở lồng ngực: Khám có dấu hiệu 3 tăng (Rì rào phế nang tăng, rung thanh tăng, gõ trong)

D- Những vết thương ở lồng ngực: Khám có dấu hiệu 3 tăng (rì rào phế nang tăng, rung thanh tăng, gõ đục)

Bài 47

NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn ngoại khoa.
2. Trình bày được hình thức gây bệnh của vi khuẩn và sức đề kháng của cơ thể nhằm phòng nhiễm khuẩn ngoại khoa.
3. Trình bày được các phương pháp xử trí ban đầu nhiễm khuẩn ngoại khoa.
4. Hướng dẫn được thân nhân và gia đình hợp tác với thầy thuốc trong quá trình điều trị nhiễm khuẩn ngoại khoa

NỘI DUNG

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn ngoại khoa là sự xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể qua vết thương, vết mổ hoặc nhiễm khuẩn phải can thiệp ngoại khoa để điều trị, hay vi khuẩn đã khu trú sẵn tại một cơ quan của cơ thể, khi cơ quan đó bị tổn thương hoặc sức đề kháng của cơ thể giảm sút thì vi khuẩn sẽ hoạt động phát triển và gây bệnh.

Trong nhiễm khuẩn ngoại khoa vi khuẩn thường gây bệnh bằng cách làm mủ, gây hoại tử và gây hoại thư.

Các vi khuẩn thường gặp là: Liên cầu khuẩn, tụ cầu và trực khuẩn uốn ván...

2. Cách gây bệnh của vi khuẩn trong cơ thể và sức đề kháng của cơ thể

2.1. Cách gây bệnh của vi khuẩn trong cơ thể

2.1.1. Vi khuẩn gây bệnh bằng cách sinh sản nhanh và có độc tính cao hoặc thấp

- Có loại vi khuẩn độc tính ít nhưng sinh sản nhanh rất nguy hiểm ví dụ: Liên cầu khuẩn.

- Có loại vi khuẩn độc tính ít nhưng lại gây nhiễm độc nặng như trực khuẩn uốn ván.

2.1.2. Vi khuẩn tiết ra chất độc

Chất độc có vai trò như một kháng nguyên. Thành phần hóa học của chất độc này gồm có: Protit, Lipit, Gluxit. Chất protein trong vi khuẩn gọi là ngoại độc tố. Chất Lipit, Gluxit trong vi khuẩn gọi là nội độc tố.

2.1.3. Vi khuẩn tiết ra men để hoạt động

Men của vi khuẩn làm phá hủy protein của tế bào gây hủy hoại tổ chức của tế bào, làm nhiễm khuẩn lan tỏa. Hay gặp trong nhiễm khuẩn yếm khí.

2.1.4. Vi khuẩn phát triển và mang theo các chất hóa học các chất Protein

Khi vào cơ thể các chất Protein của vi khuẩn là một kháng nguyên. Cơ thể sẽ tạo ra kháng thể để trung hòa kháng nguyên đó và hạn chế vi khuẩn gây bệnh.

2.2. Sức đề kháng

2.2.1. Sức đề kháng tại chỗ

Khi vi khuẩn đột nhập vào vùng cơ thể thì bạch cầu trong cơ thể được huy động tới đó để chống đỡ bằng các hiện tượng thoát mạch và thực bào. Tạo nên hiện tượng nhiễm khuẩn tại chỗ, biểu hiện từng giai đoạn viêm, nung mủ đến hoại thư.

2.2.2. Sức đề kháng toàn thân

Tại ổ nhiễm khuẩn vi khuẩn lan ra toàn cơ thể theo đường máu và đường bạch mạch. Cơ thể chống lại bằng cách tạo ra các kháng thể với sự tham gia của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.

- Nếu sức đề kháng của cơ thể tốt vi khuẩn sẽ khu trú lại.
- Nếu sức đề kháng của cơ thể kém thì vi khuẩn phát triển mạnh. Độc tố của vi khuẩn lan vào máu gây độc cho gan, thận và thần kinh.

2.2.3. *Vai trò của thần kinh giao cảm trong nhiễm khuẩn:*

Độc tố của vi khuẩn kích thích thần kinh giao cảm làm co động mạch hoặc giãn mạch máu tại chỗ, những nơi xa tổn thương thì làm thoát huyết tương và huyết cầu, có thể gây hoại tử.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng tại chỗ

- Tại nơi nhiễm khuẩn có dấu hiệu: Sưng, nóng, đỏ, đau.
- Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 72 giờ có thể tạo thành ổ mủ. Tùy theo từng loại vi khuẩn gây bệnh mà có tính chất mủ khác nhau như: Xanh hoặc vàng, đặc hoặc loãng. Nếu là vi khuẩn yếm khí thì dịch đục lờ lờ.

3.2. Triệu chứng toàn thân

Tùy theo mức độ nhiễm khuẩn có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc như: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn da xanh xám, tinh thần lơ mơ, có khi hôn mê, đại ít hoặc vô niệu.

3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao (bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 80%)
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Cây mủ để tìm vi khuẩn gây bệnh, soi tươi: Lấy dịch hoặc mủ tại vết thương soi tươi tìm vi khuẩn.

4. Các việc cần làm trước một trường hợp nhiễm khuẩn ngoại khoa:

4.1. Thăm khám

Hỏi bệnh cận kề và khám xét kỹ để phát hiện bệnh sớm và có hướng xử trí thích hợp.

4.2. Kiểm tra chất dịch

Quan sát mủ chảy ra đặc hay loãng, màu xanh hay màu trắng, mùi thối hay không. Nếu có điều kiện lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn gây bệnh.

4.3. Làm các xét nghiệm cần thiết

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, công thức bạch cầu, huyết cầu tố, tốc độ máu lắng.
- Xét nghiệm nước tiểu: Đường niệu, Protein niệu.

4.4. Cây máu

4.5. Làm kháng sinh đồ

4.6. Làm sinh thiết tổ chức:

Trong bệnh nhiễm khuẩn do lao, do giang mai hoặc nấm.

5. Xử trí nhiễm khuẩn ngoại khoa

5.1. Nguyên tắc chung:

- Nâng cao thể trạng cho bệnh nhân.
- Điều trị nhiễm khuẩn tại tổn thương.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Đề phòng bội nhiễm.

5.2. Điều trị cụ thể:

5.2.1. Nâng cao thể trạng cho bệnh nhân

- Đảm bảo chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng.
- Cho thuốc trợ lực, trợ tim, các loại vitamin và thuốc an thần.

- Chế độ nghỉ ngơi thoải mái.
- Đảm bảo chế độ vệ sinh cho người bệnh.
- Khắc phục tình trạng thiếu máu, thiếu các chất điện giải và thiếu đạm, phải truyền máu, truyền đạm, truyền dịch.
- Với bệnh nhân sau mổ phải cho vận động sớm để tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

5.2.2. Điều trị tại chỗ

- *Giai đoạn đầu*: Phải làm sạch vết thương lấy dị vật, cầm máu cố định.
- *Giai đoạn viêm tấy*: Không được phá vỡ hàng rào khu trú của ổ nhiễm khuẩn. Không gây dập nát các tổ chức đang viêm nhiễm. Chỉ được điều trị bằng kháng sinh thích hợp và theo dõi sự tiến triển của bệnh.

- *Khi có mủ*: Phải rạch dẫn lưu mủ triệt để, chăm sóc vết thương, không gây bội nhiễm.

5.2.3. Sử dụng kháng sinh

- Ở giai đoạn viêm kháng sinh có tác dụng tốt, hạn chế sự phát triển của vi khuẩn.
- Giai đoạn hóa mủ hoặc nhiễm khuẩn lan tới các tạng ở lân cận thì kháng sinh ít có tác dụng.
- Dùng kháng sinh sau 72 giờ mà bệnh nhân vẫn sốt phải nghĩ tới:
 - + Kháng sinh đã dùng không thích hợp.
 - + Còn một ổ nhiễm khuẩn nào đó.

6. Dự phòng

- Sơ cứu vết thương: Cắt lọc, mở rộng vết thương lấy hết dị vật, cầm máu rồi bất động.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong ngoại khoa
- Sử dụng kháng sinh đúng nguyên tắc
- Sử dụng các loại Vacxin đặc biệt như Vacxin chống uốn ván
- Tuyên truyền cho mọi người biết những tác hại của vết thương để đề phòng các tai nạn lao động, giao thông sinh hoạt

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Cơ thể chống lại sự phát triển của vi khuẩn bằng cách:

- A- Tạo ra các kháng nguyên dưới ảnh hưởng của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.
- B- Tạo ra các kháng thể dưới ảnh hưởng của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.
- C- Tạo ra các kháng độc tố dưới ảnh hưởng của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.

D- Tạo ra các men trung hoà độc tố của vi khuẩn dưới ảnh hưởng của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.

Câu 2: Triệu chứng tại chỗ nhiễm khuẩn ngoại khoa:

A- Tại nơi nhiễm khuẩn có biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau. Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 12h sẽ tạo thành ổ mủ.

B- Tại nơi nhiễm khuẩn có biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau. Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 24h sẽ tạo thành ổ mủ.

C- Tại nơi nhiễm khuẩn có biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau. Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 36h sẽ tạo thành ổ mủ.

D- Tại nơi nhiễm khuẩn có biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau. Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 72h sẽ tạo thành ổ mủ.

Bài 48

CHÍN MÉ

MỤC TIÊU

- 1 . Trình bày được các nguyên nhân của chín mé
- 2 . Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của chín mé
- 3 . Trình bày được các bước xử trí chín mé ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

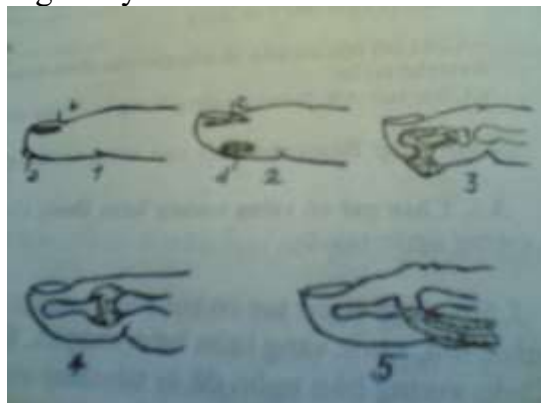
Chín mé là một tình trạng nhiễm khuẩn ở các ngón tay.

Chín mé được chia làm 5 hình thái như sau:

- Chín mé nông: Chỉ tổn thương ở da và móng
- Chín mé dưới da:
- Chín mé xương:
- Chín mé bao hoạt dịch: Tổn thương lan toả vào các bao hoạt dịch
- Chín mé nhiễm khuẩn nặng :

Việc phân loại này có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị bệnh.

Nếu không điều trị đúng sẽ để lại nhiều di chứng ảnh hưởng tới chức năng hoạt động của bàn tay và các ngón tay.



Hình 48.1. Các loại chín mé:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. a Chín mé nốt phẳng | 3. Chín mé xương |
| b Chín mé quanh móng | 4. Chín mé khớp |
| 2. a Chín mé dưới móng | 5. Chín mé viêm bao gân gấp |
| b Chín mé dưới da | |

2. Nguyên nhân

2.1. Các loại vi khuẩn: Do liên cầu, tụ cầu...

2.2. Đường xâm nhập

- Do tay bị sây xước, hay gặp trong lao động trong sinh hoạt hàng ngày.
- Do chấn thương hay giập ngón tay
- Do một vật sắc nhọn chọc vào ngón tay như: Gai, kim, đinh...

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Chín mé nông: Là hiện tượng viêm ở các lớp của da và rìa móng, loại này chia làm 2 hình thái:

3.1.1. Chín mé đỏ ửng: Cả đốt hay cả ngón tay bị đỏ, loại này chỉ cần ngâm tay vào nước ấm, đắp cồn và bất động ngón tay chỉ vài ba ngày là khỏi.

3.1.2. Chín mé có nốt phỏng: ở quanh móng tay hoặc dưới móng có nốt phỏng nước màu đục lơ lơ. Ngón tay bị đau và móng có thể bị bong.

3.2. Chín mé dưới da: Da ở ngón tay dày, nên mủ khó thoát ra ngoài, có xu hướng tiến sâu vào trong nên dễ bị viêm xương.

3.2.1. Chín mé ở đốt 3: Hay gặp ở ngón cái, ngón trỏ và phần búp ngón.

Lâm sàng: Đầu ngón tay căng cứng và đau nhức nhiều. Ngón tay luôn luôn đưa lên cao mới dễ chịu

3.2.2. Chín mé ở đốt 2 và đốt 1:

* Chín mé đốt 2: ít gặp và nếu gặp mủ dễ thoát ra ngoài, ngón tay sưng to đau và luôn ở tư thế co lại.

* Chín mé đốt 1: Mủ thường đọng lại ở nếp gấp bàn ngón, mủ lan hai bên kẽ ngón.

Lâm sàng: Bệnh nhân sốt cao, sưng to, nóng và đỏ.

3.3. Chín mé có viêm xương kèm theo

- Chín mé dưới da điều trị không tốt dẫn đến viêm xương ngón tay.

- Lâm sàng:

+ Ngón tay có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau ở mức độ nhẹ. Nhưng có một lỗ dò nhỏ, mủ, nước vàng luôn chảy ra, thậm chí chảy ra cả mẩu xương chết bằng hạt tằm.

+ Khớp xương bàn ngón dễ bị tiêu hủy vì sụn xương mềm. Dây chằng quanh khớp dễ bị đứt.

+ X quang có thể nhìn thấy màng xương nham nhở hoặc thấy mảnh xương chết.

3.4. Viêm bao hoạt dịch do chín mé

Là một biến chứng nặng. Bệnh nhân dễ mất ngón tay hoặc bàn tay.

Triệu chứng toàn thân nặng: sốt cao, rét run, đau lan toả làm cho bệnh nhân kém ăn, kém ngủ.

Tại chỗ: Ngón tay sưng to nóng, đỏ. Mu bàn tay bị phù nề, ngón tay bị co lại ấn vào lòng bàn tay bệnh nhân đau nhiều.

3.5. Chín mé nhiễm khuẩn nặng

Do vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn quá mạnh lan tràn vào máu gây nhiễm độc, nhiễm trùng máu.

Người bệnh trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Có thể tử vong sau 2 – 5 ngày nếu như điều trị không triệt để.

4. Xử trí

4.1. Nguyên tắc

4.1.1. Dùng kháng sinh ngay từ đầu, đúng liều lượng và cả thời gian sau khi rạch tháo mủ.

4.1.2. Chỉ trích rạch đúng lúc khi có ổ mủ nhỏ (không để kéo dài vì tổ chức bị hủy hoại nhiều).

- Khi đã có mủ phải trích vào giữa ổ mủ, không được rạch vào tổ chức lành.

- Đường rạch phải đủ rộng để mủ thoát ra được dễ dàng.

- Rạch dọc bên cạnh về phía mu tay (không được rạch vào giữa ngón hoặc rạch ngang).

- Phải làm trong điều kiện vô trùng và không được làm thô bạo. Đặt một lam hoặc nhét một mét nhỏ để mủ thoát ra rồi băng bất động.



Hình 48.2. Mô dẫn lưu chín mé

4.2. Xử trí từng trường hợp

4.2.1. Những trường hợp được làm

* Chín mé có nốt phỏng: Dùng kéo nhọn cắt da ở trên mặt nốt phỏng tháo dịch rồi băng vô khuẩn.

* Chín mé móng tay:

- Khi chưa có mủ: Chườm nóng, đắp côn, dùng kháng sinh.

- Nếu có mủ: Dùng mũi dao rạch vào rìa móng, nặn nhẹ cho mủ thoát ra.

Cần thiết có thể rạch theo hình chữ nhật hoặc vòng cung quanh gốc móng.

* Chín mé ở đầu ngón: Rạch ở phía bên nơi tiếp giáp giữa da của phía trước và da ở phía sau ngón. Không được rạch vào nếp gấp ngón tay.

* Chín mé đợt 1 và đợt 2 : Đường rạch như trên rồi tháo mủ đặt dẫn lưu và cố định.

4.2.2. Những trường hợp không được làm thủ thuật mà phải chuyển lên tuyến trên, đó là:

* Chín mé sâu có nguy cơ viêm xương

* Chín mé bao hoạt dịch.

* Chín mé nhiễm khuẩn nặng:

Trước khi chuyển phải tiêm kháng sinh, tiêm thuốc trợ lực trợ tim, thuốc an thần.

5. Phòng bệnh

5.1. Phải giữ gìn bàn tay sạch sẽ. Khi bị xây sát hay có vết thương phải rửa sạch, sát khuẩn rồi băng kín lại.

5.2. Khi bị viêm: Ngay từ đầu phải ngâm tay vào nước ấm có pha ít muối và dùng kháng sinh.

LƯỢNG GIÁ

- 1 . Trình bày các nguyên nhân của chín mé
- 2 . Trình bày các triệu chứng lâm sàng của chín mé
- 3 . Trình bày các bước xử trí chín mé ở tuyến y tế cơ sở

Bài 49

VIÊM TẤY BÀN TAY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của viêm tấy bàn tay.
2. Trình bày được các bước xử trí viêm tấy bàn tay ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

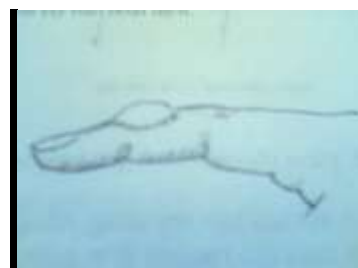
Nhiễm khuẩn bàn tay gây ra nhiều biến chứng nặng nề như: Nhiễm khuẩn toàn thân làm hỏng chức năng bàn tay.

Những trường hợp viêm nông (ở trên cân nông) như: Viêm tấy đỏ ứng, viêm có nốt phỏng, viêm chỗ chai cứng bàn tay, là những thể nhẹ, điều trị mau khỏi.

Những trường hợp viêm sâu (ở dưới lớp cân) điều trị khó khăn và để lại di chứng. Có 2 loại viêm sâu: Viêm tấy khoang tế bào, viêm tấy bao hoạt dịch.



Hình 49.1. Viêm tấy đỏ ứng



Hình 49.2. Viêm tấy có nốt phỏng

1. Triệu chứng

1.1. Viêm tấy khoang tế bào

1.1.1. Viêm tấy kẽ ngón

- Kẽ ngón sưng to, nóng, đỏ, đau.
- Hai ngón tay dạng ra như càng cua.
- Khi tạo mủ có dấu hiệu 3 động.

1.1.2. Viêm giữa gan tay



Hình 49.3. Viêm chỗ chai cứng bàn tay



Hình 49.4. Viêm tấy gan bàn tay

- Vùng giữa gan tay sưng nề, lan lên tới cổ tay.
- Ô mô út, ô mô cái, kẽ ngón bình thường.
- Khi viêm tấy lan rộng, toàn bộ gan tay sưng nề, lan sang mu tay, lan lên phần dưới cẳng tay.

- Triệu chứng điển hình là: Đốt 1 duỗi, đốt 2 và đốt 3 co vào (Do cơ liên đốt bị liệt).
- Có thể để lại di chứng khó gấp ngón tay và rối loạn dinh dưỡng.

1.1.3. Viêm tấy các mô ở gan bàn tay và mu tay

- Các ô mô của bàn tay sưng, nóng, đỏ, đau.

- Chích tháo mủ thường đơn giản hơn và chóng khỏi.

1.2. Viêm tấy bao hoạt dịch



Hình 49.5. Bao hoạt dịch

1. Khoảng mô cái
2. Khoảng gan tay giữa
3. Bao gân gấp ngón cái
4. Bao gân gấp ngón út



Hình 49.6. Bao gân gấp:

1. Bao gân
2. Gân gấp

Bao hoạt dịch của gân gấp các ngón tay là mô xơ. Bao này bọc gân gấp từ nếp gan tay trở xuống. Ngoài bao có một màng mỏng phủ lên trên.

Riêng ngón cái và ngón út thì các màng này chạy dài lên tới phần dưới cẳng tay (Gọi là bao hoạt dịch quay và trụ). Ở đây hai bao hoạt dịch có thể thông với nhau. Vì thế nên điều trị không tốt thì các gân bị dính và các ngón tay bị co cứng. Hoặc viêm tấy lan toả từ bao quay sang bao trụ.

Triệu chứng:

- Các ngón tay sưng nề.
- Các ngón ở tư thế nửa gấp.
- Kéo duỗi các ngón tay sẽ đau.
- Ấn vào bao hoạt dịch đau chói.
- Toàn thân: Sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, mất ngủ, hốc hác.

2. Xử trí

Ở tuyến y tế cơ sở cần khám và chẩn đoán sớm.



Hình 49.7. Ấn vào bao hoạt dịch đau chói

2.1. Khi viêm tấy giai đoạn đầu chưa có mủ

- Dùng kháng sinh liều cao.
- Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau .
- Bất động bàn tay.
- Cao tiêu độc đông y.

- Các loại Vitamin.

2.2. Khi viêm tấy giai đoạn sau (Đã thành mủ): Cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm để điều trị bằng kháng sinh hoặc chích rạch tháo mủ – thay băng hàng ngày sau chích rạch - ăn uống tốt

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng lâm sàng viêm tấy kẽ ngón:

A- Kẽ ngón tay sưng to, nóng, đỏ, đau. Hai ngón tay không co lại được. Giai đoạn sau chọc hút có mủ.

B- Kẽ ngón tay sưng to, nóng, đỏ, đau. Hai ngón tay không co lại được. Khi tạo mủ có dấu hiệu 3 động.

C- Kẽ ngón tay sưng to, nóng, đỏ, đau. Hai ngón tay dạng ra như càng cua. Khi tạo mủ có dấu hiệu 3 động.

D- Kẽ ngón tay sưng to, nóng, đỏ, đau. Hai ngón tay dạng ra như càng cua. Giai đoạn sau chọc hút có mủ.

Câu 2: Triệu chứng điển hình viêm giữa gan bàn tay lan rộng:

A- Các ngón tay không co lại được.

B- Toàn bộ gan bàn tay sưng nề, lan lên mu tay, lan lên phía dưới cẳng tay.

C- Hai ngón tay dạng ra như càng cua.

D- Đốt I duỗi, đốt II và đốt III co vào.

Câu 3: Xử trí viêm tấy bàn tay khi chưa có mủ ở y tế cơ sở:

A- Dùng kháng sinh liều cao. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. Băng kín bàn tay. Dùng cao tiêu độc đông y, các loại Vitamin.

B- Dùng kháng sinh liều cao. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. Bất động bàn tay. Dùng cao tiêu độc đông y, các loại Vitamin.

C- Dùng kháng sinh liều cao. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. Chích rạch sớm. Dùng cao tiêu độc đông y, các loại Vitamin.

D- Dùng kháng sinh liều cao. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. Chích rạch sớm. Băng kín bàn tay. Dùng cao tiêu độc đông y, các loại Vitamin.

Câu 4: Xử trí viêm tấy bàn tay khi đã có mủ ở y tế cơ sở:

A- Điều trị kháng sinh liều cao ngay và điều trị phối hợp. Chích rạch, tháo mủ rồi băng lại.

B- Dùng kháng sinh liều cao. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. Bất động bàn tay. Dùng cao tiêu độc đông y, các loại Vitamin.

C- Cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm để điều trị bằng kháng sinh và chích rạch tháo mủ, thay băng hàng ngày sau chích rạch, ăn uống tốt.

D- Ngay từ đầu phải ngâm tay vào nước ấm có pha ít muối, sát khuẩn bằng các loại thuốc sát khuẩn rồi băng lại.

Câu 5: Di chứng có thể gặp sau viêm tấy giữa gan bàn tay:

A- Nhiễm khuẩn toàn thân làm hỏng chức năng bàn tay.

B- Khó gấp ngón tay và rối loạn dinh dưỡng.

C- Có thể gây viêm tấy bao hoạt dịch.

D- Có thể gây viêm xương.

Bài 50

VIÊM XƯƠNG TỦY XƯƠNG CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm xương tủy xương cấp
2. Trình bày được phương pháp xử trí viêm xương tủy xương cấp ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Viêm xương tủy xương cấp là một bệnh nhiễm trùng cấp tính.

Bệnh bắt đầu ở vùng nối giữa đầu xương với thân xương dài như: Đầu dưới của xương đùi, đầu trên xương cánh tay, xương chày, xương dẹt.

Nếu điều trị không đúng bệnh chuyển sang giai đoạn viêm xương mãn tính, việc điều trị khó khăn.

1. Nguyên nhân

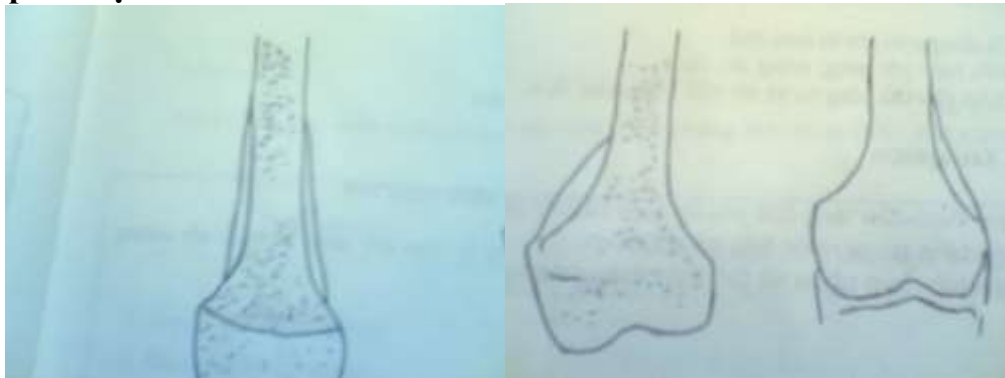
1.1. Vi khuẩn gây bệnh

- Tụ cầu vàng chiếm 70 - 90%.
- Liên cầu chiếm 3 – 5 %.
- Đường xâm nhập: Khi da bị xây sát, qua đường máu.

1.2. Tuổi và điều kiện thuận lợi

- Tuổi hay gặp: 2 – 14 tuổi.
- Chấn thương làm dập phần mềm và xương.

2. Giải phẫu bệnh



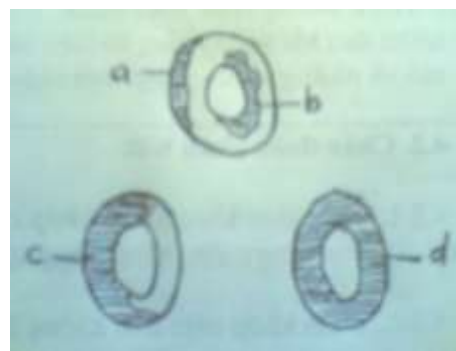
Hình 50.1. Xương bị phá hủy ở đoạn nối Hình 50.2. Ổ viêm phá vỡ màng

- Giai đoạn đầu: Tủy xương cương tụ và phù nề. Từ viêm chuyển sang nhanh sang làm mủ. Mủ chảy ra màng xương, làm cho màng xương viêm dày và tách ra khỏi thân xương.

- Thân xương bị tiêu hủy dần.
- Mủ và xương chết thoát ra ngoài gây nên lỗ rò.



Hình 50.3. Hình xương tù với các lỗ dò



Hình 50.4. Các dạng xương tù

- a, b. Tù một phần của bề dày thân
- c. Tù một nửa thân xương.
- d. Tù toàn bộ thân xương

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng toàn thân

Bệnh khởi phát rất đột ngột và nặng: Sốt cao (39 – 40°C), rét run, mạch nhanh nhỏ 120 - 140 lần/phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc khó tiêu.

Vài ngày sau xuất hiện dấu hiệu tại chỗ.

3.2. Triệu chứng tại chỗ

- Đau: Đau tự nhiên, đau ngày một tăng và dữ dội, có cảm giác như một vật gì đó xuyên vào khớp.
- Cử động của chi bị hạn chế.
- Biểu hiện rõ: Sưng nóng, đỏ, đau.
- Khớp gần đó sưng to và có dấu hiệu tràn dịch.

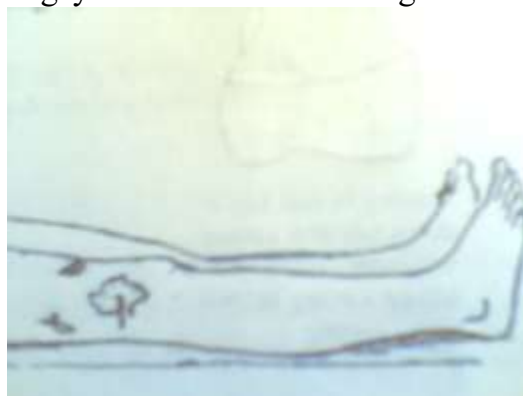
3.3. Xét nghiệm

- Máu: Bạch cầu tăng chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nước tiểu: Trong nước tiểu có Anbumin.
- Xquang: Chụp phim có thể thấy màng xương bị viêm dày hoặc thấy mảnh xương chết.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng toàn thân: Có hội chứng nhiễm trùng.
- Triệu chứng cơ năng: Có cảm giác đau sâu ở đầu xương, cử động hạn chế do đau.
- Triệu chứng thực thể: Bệnh nhân đau khi ấn tay vào: Có hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau. Sau 7–10 ngày có thể có mủ và những mảnh xương chết chảy



Hình 50.5. Viêm xương mủn có mủ chảy ra

4.2. Chẩn đoán phân biệt

4.2.1. Thấp tim

Đau nhiều khớp cùng một lúc. Hoặc đau từ khớp này chuyển sang khớp kia.

Triệu chứng toàn thân không nặng nề.

4.2.2. Viêm khớp cấp: Đau không lan xa, viêm khu trú ở khớp.

- Khớp bị sưng, nóng, đỏ, đau.

- Cử động hạn chế.

- Có hạch ở gốc chi.

4.2.3. Viêm cơ: Có dấu hiệu lâm sàng khu trú và nhẹ hơn.

5. Xử trí

5.1. Nguyên tắc:

- Chẩn đoán bệnh và xử trí sớm

- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch

- Dẫn lưu mủ và tổ chức hoại tử.

- Bất động.

5.2. Điều trị tại tuyến YTCS:

Cần chẩn đoán sớm trong 3 ngày đầu.

- Dùng kháng sinh:

- + Kháng sinh thuộc nhóm diệt khuẩn, liều cao, khởi đầu dùng đường tĩnh mạch.

Trong đa số trường hợp nên dùng kháng sinh chống tụ cầu vàng liều cao (oxacillin, nafcillin, cefazolin, hoặc vancomycin), nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn thêm VK gram âm cần kết hợp với một thuốc thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, hoặc aminoglycosid, hoặc fluoroquinolon.

- + Khi có kết quả kháng sinh đồ, điều trị dựa vào kết quả đáp ứng và kháng sinh đồ

- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.

- Ăn đủ chất.

- Giải thích cho người bệnh chuyển lên tuyến trên nếu điều trị nội khoa không chuyển biến hoặc có mủ lẫn xương chết chảy ra.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Điều kiện thuận lợi gây viêm xương:

A- Tuổi hay gặp: 15-30 tuổi. Chấn thương làm dập phần sụn của xương.

B- Tuổi hay gặp: 10-24 tuổi. Chấn thương làm dập vỡ xương.

C- Tuổi hay gặp: 5-18 tuổi. Chấn thương làm dập phần mềm.

D- Tuổi hay gặp: 2-14 tuổi. Chấn thương làm dập phần mềm và xương.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân của viêm xương:

A- Bệnh khởi phát từ từ: Sốt nhẹ 38- 39⁰, mạch nhanh nhỏ 70- 80 lần/ phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc nôn.

B- Bệnh khởi phát từ từ: Sốt cao 39- 40⁰, mạch nhanh nhỏ 90- 100 lần/ phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc khó tiêu.

C- Bệnh khởi phát đột ngột: Sốt nhẹ 38- 39⁰, mạch nhanh nhỏ 100- 120 lần/ phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc nôn.

D- Bệnh khởi phát đột ngột: Sốt cao 39- 40⁰, mạch nhanh nhỏ 120- 140 lần/ phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc khó tiêu.

Câu 3: Triệu chứng tại chỗ của khớp gần nơi viêm xương:

- A- Biểu hiện rõ sưng, nóng, đỏ, đau.
- B- Bệnh nhân đau nhiều, cảm giác như có một vật gì đó xuyên qua khớp.
- C- Khớp gần đó sưng to và có dấu hiệu bị tràn dịch.
- D- Khớp gần đó bị sưng to và hạn chế vận động.

Câu 4: Chẩn đoán phân biệt viêm xương với các bệnh:

- A- Gãy xương; Viêm cơ; Nhiễm trùng máu.
- B- Gãy xương; Viêm cơ; Viêm khớp cấp.
- C- Viêm cơ; Viêm khớp cấp; Nhiễm trùng máu.
- D- Viêm cơ; Viêm khớp cấp; Thấp tim.

Câu 5: Xử trí khi điều trị nội khoa viêm xương 3 ngày không chuyển biến hoặc có xương chết chảy ra ở y tế cơ sở:

- A- Giải thích cho người bệnh chuyển lên tuyến trên điều trị.
- B- Rạch mổ, nạo sạch xương chết, dẫn lưu. Thay rửa hàng ngày.
- C- Dùng kháng sinh liều cao và kết hợp. Tiêm thuốc trợ tim trợ lực.
- D- Làm kháng sinh đồ. Chọn loại khác sinh khác phù hợp hơn.

Bài 51

HOẠI THƯ SINH HƠI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân và điều kiện thuận lợi dẫn đến hoại thư để biết cách phòng tránh.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và nguy cơ trầm trọng của hoại thư sinh hơi để xử trí kịp thời ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Hoại thư sinh hơi là trạng thái nhiễm khuẩn thối và yếm khí của vết thương do trực khuẩn gây ra làm cho vết thương hoại thư lan rộng, sinh hơi gây nhiễm độc máu. Đây là một cấp cứu ngoại khoa có bệnh cảnh lâm sàng nặng nề dẫn đến tử vong.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân chính

2.1.1. Các loại vi khuẩn là những vi khuẩn yếm khí có nha bào như:

- Trực khuẩn *Perprigens* chiếm 75%.
- Trực khuẩn *Oedema tiens* chiếm 15%.
- Trực khuẩn *Vibvionseptique* chiếm 10%.

Chúng sống rất lâu trong phân trâu bò và ở đất, trong điều kiện khắc nghiệt. Gặp điều kiện thuận lợi chúng phát triển rất nhanh.

2.1.2. Đường xâm nhập: Qua vết thương, qua da, qua các lỗ tự nhiên.

2.1.3. Hoạt động của vi khuẩn: Chúng kết hợp với nhau để phá vỡ tế bào của cơ thể và tiết ra chất độc để phá hủy tế bào (máu, mỡ, cơ và thần kinh).

Chúng kết hợp với vi khuẩn ái khí như liên cầu, tụ cầu thì mức độ phá hủy tổ chức của chúng tăng lên gấp bội lần.



Hình 51.1. Hoại thư chi do vết thương.

2.2. Điều kiện thuận lợi

- Cơ thể bị suy yếu.
- Các vết thương bị dập nát nhiều.
- Các vết thương có máu tụ chèn ép gây thiếu máu tại chỗ.
- Vết thương có nhiều ngõ ngách và nhiều dị vật.
- Những vết thương có đặt garo nhưng không làm đúng nguyên tắc.
- Những vết thương đã có sẵn vi khuẩn ái khí.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Viêm hoại thư tế bào

Tổn thương chủ yếu là các tổ chức ở giữa các bắp cơ.

3.2. Viêm hoại thư cơ

Các cơ bị huỷ hoại. Tính chất của tổn thương là sung nề hoại thư và sinh hơi.

Các tạng như gan, thận, lách, phổi sung nề và ứ máu.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Loại tổn thương viêm hoại thư tế bào

4.1.1. *Triệu chứng toàn thân*: Không sốt, tình trạng nhiễm độc không rõ, sốt cao, mạch nhanh.

4.1.2. *Triệu chứng cơ năng*: Đau, cảm giác đau ít, chỉ căng tức tại chỗ.

4.1.3. *Triệu chứng thực thể*

- Nhìn: Tại vết thương thấy có dịch đục, có bọt, mùi thối. Chi sung nề, da căng bóng. Trên mặt da có nhiều chấm màu nâu.

- Sờ: Có cảm giác lép nhép như sờ vào bao trấu.

Nếu phẫu thuật sớm có thể cứu được.

4.2. Loại tổn thương viêm hoại thư các cơ

4.2.1. *Triệu chứng toàn thân*

Có hội chứng nhiễm độc: Hốt hoảng, nôn, da xanh xám, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, đái ít, khó thở.

Bệnh nhân sẽ bị chết vì sốc và thiếu dưỡng khí sau hai đến ba ngày.

4.2.2. *Triệu chứng cơ năng*: Đau dữ dội và lan toả xa vùng bị tổn thương.

4.2.3. *Triệu chứng thực thể*

- Tại vết thương và vùng xung quanh sưng to nhanh. Trên mặt da có màu nâu, màu lá úa hay màu đen. Có nhiều nốt phỏng chứa dịch lơ lờ, chúng kết lại với nhau thành mảng mục.

- Đầu các ngón chi thối và rụng dần.

- Từ vết thương nước chảy ra có mùi thối khắm như mùi cóc chết, ấn tay vào vùng sung nề có cảm giác căng, mềm nhưng không lõm.

4.2.4. *Xét nghiệm*

- Máu: U rê máu tăng.

- Nước tiểu: Có Protein và hồng cầu.

- Thể bệnh này tỷ lệ tử vong cao tới 70%.

5. Phòng bệnh và xử trí:

5.1. Phòng bệnh:

- Rửa tay đi găng vô khuẩn khi tiếp xúc với bệnh nhân.

- Băng băng bẩn phải đốt.

- Dụng cụ kim loại phải đốt bằng cồn và phải luộc dụng cụ bằng nước xà phòng, rửa sạch lau khô, hấp lại rồi mới dùng cho bệnh nhân khác.

- Nếu vết thương mạch máu phải đặt garo hay băng ép đúng chỉ định và đúng nguyên tắc.

- Nếu vết thương không tổn thương mạch máu: Rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già. Cắt lọc tổ chức dập nát, lấy dị vật, rạch rộng vết thương và để hở da.

5.2. Xử trí:

5.2.1. *Nguyên tắc*

- Phẫu thuật cần tiến hành nhanh chóng vì hoại thư không giới hạn và không thể khỏi được nếu không phẫu thuật kịp thời.

- Việc điều trị phải toàn diện. Kết hợp với việc hồi sức nội khoa tích cực nhằm chống nhiễm trùng nhiễm độc, tăng sức đề kháng của cơ thể.

5.2.2. Điều trị nội khoa

- Dùng huyết thanh chống hoại thư sinh hơi
Serum Polyvalent 60 - 100 ml tiêm dưới da hay nhỏ giọt tĩnh mạch
Hoặc Serum Anti Gonadotrophin (SAG) 300000 - 500000 đv/24h loại đa trị.
- Kháng sinh phổ rộng
Nhóm kháng sinh không độc với thận: Bêta Lactamine
- Dùng lợi tiểu: Lasix khi huyết áp > 90 mmHg
- Chống nhiễm độc: Dùng Derpersolon liều cao tiêm tĩnh mạch hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

- Truyền dịch, truyền máu

5.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Nguyên tắc chung
- + Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- + Vô cảm tốt nhất là gây mê nội khí quản.
- + Trước, trong và sau phẫu thuật phải hồi sức tích cực.
- Phương pháp phẫu thuật
- * Rạch rộng vết thương, cắt tổ chức hoại tử, lấy dị vật, áp dụng ở giai đoạn khu trú.

* Rạch rộng, rạch nhiều đường rạch phụ theo hướng dọc song song với vết thương. Cắt lọc tổ chức hoại tử, áp dụng đã với giai đoạn viêm lan tỏa.

* Cắt cụt chi là phương pháp điều trị tích cực nhất, giải tỏa được tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc, áp dụng trong những trường hợp:

Hoại thư sinh hơi lan rộng đến gốc chi.

Có tổn thương mạch, xương phôi hợp

Chú ý: Không khâu kín mồm cụt.

Tóm lại: Các thứ thuốc dù đặc hiệu đến đâu cũng chỉ là trợ thủ đắc lực của phẫu thuật nhưng không thể thay thế phẫu thuật được

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân viêm hoại thư tế bào:

A- Có triệu chứng sốc rõ: Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ...

B- Có triệu chứng rối loạn nước và điện giải: Da khô, hốc hác, khát nước, mạch nhanh, mệt mỏi...

C- Không sốc, tình trạng nhiễm độc không rõ: Sốt cao, mạch nhanh...

D- Không sốt, tình trạng nhiễm độc không rõ: mạch nhanh, đại tiểu tiện ít hoặc vô niệu...

Câu 2: Triệu chứng cơ năng viêm hoại thư tế bào:

A- Đau: Cảm giác đau ít, chỉ căng tức tại chỗ...

B- Đau: Cảm giác đau buốt trong xương, da căng phù nề...

C- Đau nhiều, đau liên tục, tại chỗ đau nhức nhiều...

D- Đau nhức ngày càng tăng, tại chỗ đau buốt nhiều...

Câu 3: Triệu chứng toàn thân viêm hoại thư các cơ:

A- Có hội chứng sốc: Hốt hoảng, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khó thở, vật vã... Bệnh nhân sẽ chết vì nhiễm độc và mất nước sau 2- 3 ngày.

B- Có hội chứng nhiễm độc: Hốt hoảng, nôn, da xanh xám, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khó thở, đái ít... Bệnh nhân sẽ chết vì nhiễm độc và mất nước sau 2- 3 ngày.

C- Có hội chứng nhiễm độc: Hốt hoảng, nôn, da xanh xám, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khó thở, đái ít... Bệnh nhân sẽ chết vì sốc và thiếu dưỡng khí sau 2- 3 ngày.

D- Có hội chứng sốc: Hốt hoảng, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khó thở, vật vã... Bệnh nhân sẽ chết vì nhiễm độc và thiếu dưỡng khí sau 2- 3 ngày.

Câu 4: Triệu chứng cơ năng viêm hoại thư các cơ:

A- Đau: Cảm giác đau ít, chỉ căng tức tại chỗ...

B- Đau: Đau âm ỉ tăng dần, đau lan toả xa vùng tổn thương...

C- Đau: Đau dữ dội và lan toả xa vùng tổn thương...

D- Đau: Đau nhức nhối tại vùng tổn thương...

Bài 52

VẾT THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cách phân loại của vết thương lồng ngực.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của vết thương ngực được bịt kín, ngực hở và ngực có van.
3. Trình bày được các bước xử trí các loại vết thương ngực ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Vết thương ngực là các tổn thương lồng ngực làm mất sự liên tục về mặt giải phẫu của da thành ngực.
- Vết thương lồng ngực có ảnh hưởng nhiều tới hai chức năng quan trọng của cơ thể là hô hấp và tuần hoàn. Nhiều khi tổn thương giải phẫu không nặng nhưng lại gây rối loạn sinh lý trầm trọng dễ làm người bệnh tử vong.
- Vết thương ngực cần chẩn đoán, xử trí cấp cứu kịp thời.
- Vết thương lồng ngực bao gồm:

1.1. Vết thương thành ngực đơn thuần: Tổn thương thành ngực nhưng không gây tổn thương màng phổi.

1.2. Vết thương thấu ngực (Thủng màng phổi) gồm:

- Vết thương ngực đã được bịt kín: Có tràn máu, tràn khí hoặc không tràn máu, tràn khí màng phổi.
- Vết thương ngực mở.
- Vết thương ngực có van.

2. Triệu chứng

2.1. Vết thương thành ngực đơn thuần: Giống như các vết thương phần mềm khác.

- Vết thương có thể dập nát nhiều hoặc gọn.
- Có khi kèm theo gãy xương sườn.

2.2. Vết thương thấu ngực

2.2.1. Vết thương ngực đã được bịt kín

* Triệu chứng toàn thân:

- Nếu chỉ chảy máu ít thì tình trạng toàn thân tốt.
- Nếu chảy máu nhiều: Có sốc, đau ngực nhiều.
- Tại vết thương, miệng vết thương được cơ hoặc máu đông bịt kín không cho khí trời vào khoang màng phổi.
- Nếu có tràn khí màng phổi:
 - + Khám thấy rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ vang.
 - + X quang thấy phổi bị xẹp một phần hay toàn bộ.
- Nếu tràn máu màng phổi:
 - + Khám có hội chứng 3 giảm (Rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ đục).
 - + Chọc màng phổi hút ra máu không đông.
 - + X quang có hình ảnh tràn dịch.
- Nếu tràn khí dưới da thấy: Da căng phồng và cổ bạnh ấn có tiếng lép lép



Hình 52.1. Trần khí dưới da



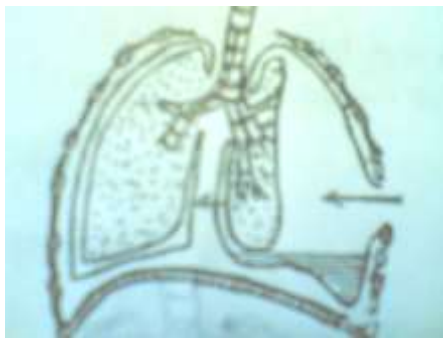
Hình 52.2. Vết thương ngực có van

2.2.2. Vết thương ngực mở

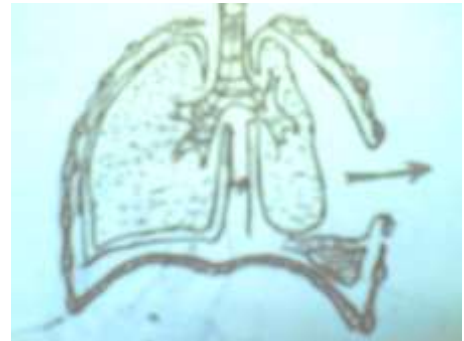
- Là vết thương mở thông giữa khoang màng phổi với bên ngoài. Làm cho hô hấp của bệnh nhân bị đảo ngược và làm trung thất di động.
- Tại miệng vết thương có khí phì phò mỗi lần bệnh nhân thở hoặc ho mạnh.
- Toàn thân: Tình trạng bệnh nhân nặng có sốc. (Do mất máu và suy hô hấp cấp).
- Đau ngực, khó thở, có thể ho ra máu.

2.2.3. Vết thương ngực có van

- Toàn thân: Nặng, khó thở, thở nhanh nông, có sốc.
- Tại chỗ:
 - + Lồng ngực một bên căng vết thương thành ngực như một van. Khi thở ra thì bịt lại, khi hít vào thì mở ra làm cho khí vào tăng dần trong khoang màng phổi.
 - + Gõ vang, nghe mất tiếng thở, có tràn khí dưới da.



Thở vào



Thở ra

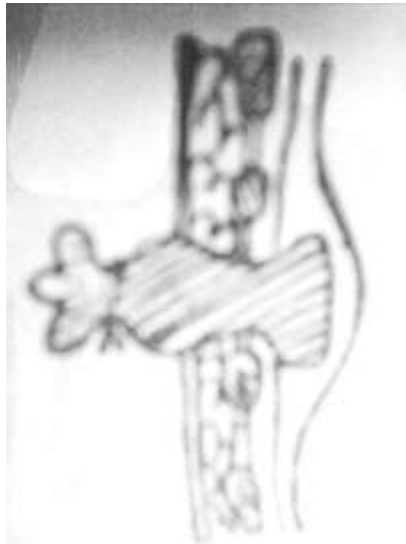
Hình 52.3. Rối loạn sinh lý trong vết thương ngực mở

3. Biến chứng

- Viêm mủ màng phổi: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn. Có hội chứng tràn dịch màng phổi. Hút ra mủ.
- Dị vật lồng ngực: Gây nên ho ra máu và nhiễm khuẩn.
- Máu màng phổi đông: Làm dày dính và xẹp phổi.

4. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Băng vết thương: Băng vô khuẩn vết thương ngực để cầm máu. Nhất là vết thương ngực mở phải dùng bông gạc băng kín vết thương ngực mở.



Hình 52.4. Nút gạc trong vết thương ngực mở

- Phòng chống sốc cho người bệnh
- + Phóng bế Novocain 0.5- 1% tại chỗ.
- + Tiêm trợ tim, trợ sức (Vitamin B, Vitamin C, Uabain...)
- + ủ ấm và cho uống nước đường nóng.
- Tiêm kháng sinh liều cao và sớm
- Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm - nửa ngồi
- Cần động viên và giải thích cho bệnh nhân và gia đình
- Chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân vết thương ngực kín:

A- Nếu chảy máu ít tình trạng toàn thân tốt. Nếu chảy máu nhiều: Có tình trạng mất máu.

B- Nếu chảy máu ít tình trạng toàn thân bình thường. Nếu chảy máu nhiều: Khó thở, đau ngực.

C- Nếu chảy máu ít tình trạng toàn thân tốt. Nếu chảy máu nhiều: Có sốc, đau ngực nhiều, khó thở.

D- Nếu chảy máu ít tình trạng toàn thân bình thường. Nếu chảy máu nhiều: Tím tái, khó thở.

Câu 2: Triệu chứng tại chỗ vết thương ngực kín:

A- Tại vết thương, miệng vết thương có máu chảy, các tổ chức bị dập nát.

B- Da căng bóng, ấn có tiếng lép bép dưới da, miệng vết thương chảy máu rỉ rả.

C- Tại vết thương miệng vết thương được cơ và máu đông bịt kín không cho khí trời vào khoang màng phổi.

D- Tại vết thương có khí phì phò những lần bệnh nhân thở và ho mạnh.

Câu 3: Vết thương ngực hở:

A- Là vết thương xuyên thấu ngực.

B- Là vết thương hở thông lòng ngực với bên ngoài.

C- Là vết thương mở thông trung thất với bên ngoài.

D- Là vết thương mở thông giữa khoang màng phổi với bên ngoài.

E- Là vết thương mở thông nhu mô phổi với bên ngoài.

Câu 4: Biến chứng của vết thương ngực:

- A- Viêm dính phổi, màng phổi, suy hô hấp, dị vật lồng ngực.
- B- Viêm dính phổi - màng phổi, viêm mủ màng phổi, dị vật lồng ngực.
- C- Viêm mủ màng phổi, dị vật lồng ngực, tràn khí tràn máu màng phổi.
- D- Viêm mủ màng phổi, dị vật lồng ngực, máu màng phổi đông.

Câu 5: Phòng chống sốc cho bệnh nhân có vết thương ngực ở tuyến y tế cơ sở.

- A- Truyền dịch, cho thở ô xy, tiêm trợ tim, trợ trợ lực, ủ ấm, giảm đau.
- B- Phong bế Nôvôcain 0,5- 1% tại chỗ, tiêm trợ tim, trợ sức, ủ ấm và cho uống nước đường nóng.
- C- Phong bế Nôvôcain 1-2% tại chỗ, tiêm trợ tim, trợ sức, ủ ấm, truyền dịch, hồi sức.
- D- Cho thở ô xy, phong bế Nôvôcain 1-2% tại chỗ, tiêm trợ tim, trợ sức, ủ ấm, truyền dịch, hồi sức.

Câu 6: Xử trí vết thương ngực ở tuyến y tế cơ sở:

- A- Băng vết thương, phòng và chống sốc cho bệnh nhân, tiêm kháng sinh liều cao sớm.
- B- Để bệnh nhân nằm đầu cao, mặt nghiêng về một bên. Động viên, giải thích cho bệnh nhân và gia đình. Chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.
- C- Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi. Động viên và giải thích cho bệnh nhân và gia đình. Chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.
- D- Băng vết thương. Phòng và chống sốc cho bệnh nhân. Tiêm kháng sinh liều cao sớm. Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi. Động viên, giải thích cho bệnh nhân và gia đình. Chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.

Bài 53

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

MỤC TIÊU

1. Mô tả được những đặc điểm của vết thương phần mềm
2. Trình bày được các bước xử trí vết thương phần mềm .

NỘI DUNG

1. Đặc điểm vết thương phần mềm

- Vết thương phần mềm dễ nhiễm khuẩn
- Vết thương phần mềm chiếm đa số trong các loại vết thương.
- Việc điều trị nó có liên quan tới việc điều trị các loại vết thương khác.



Hình 53.1. Đặc điểm vết thương phần mềm

- Người ta chia ra các loại vết thương phần mềm ra thành các loại như sau:
 - + Vết thương xuyên thủng.
 - + Vết thương cắt đứt.
 - + Vết thương dập nát.
 - + Vết thương do hoá khí
 - + Vết thương súc vật cắn.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Triệu chứng toàn thân: Phụ thuộc vào trạng thái của vết thương nặng hay nhẹ.

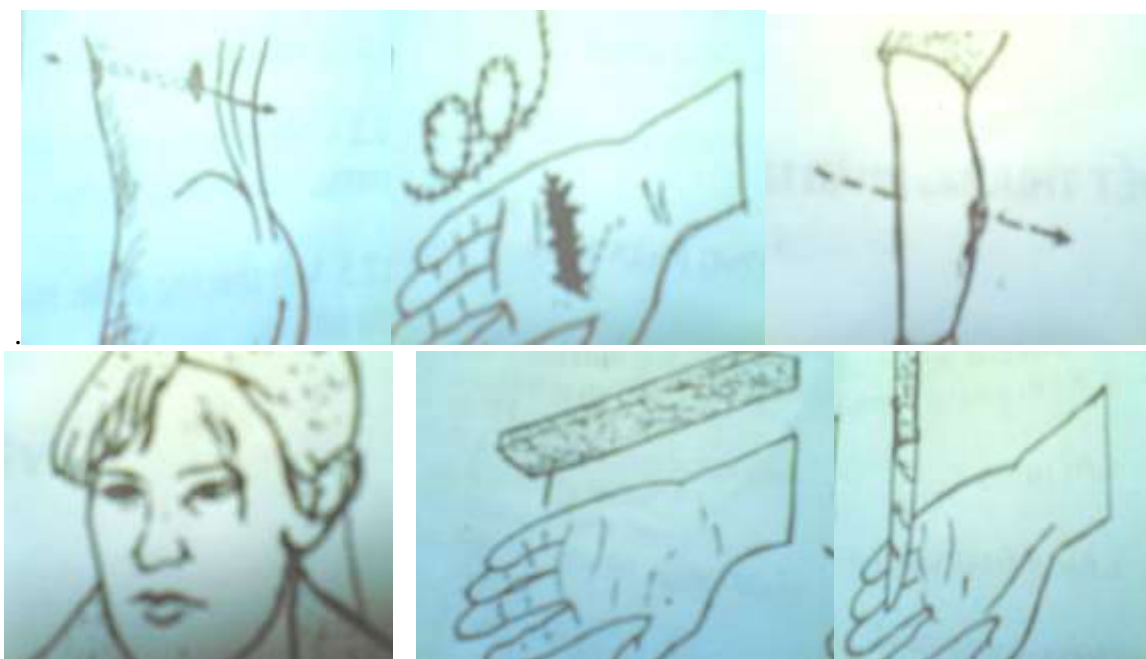
- Nếu đến sớm bệnh nhân có thể bị sốc: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt...
- Nếu bệnh nhân đến muộn triệu chứng nổi bật là hội chứng nhiễm trùng: (Sốt cao, môi khô, hốc hác, mạch nhanh...)

2.2. Tại vết thương

2.2.1. Miệng vết thương có thể đang chảy máu hoặc đã được cục máu đông bịt lại.

2.2.2. Bờ vết thương có thể sắc nhọn hay dập nát

2.2.3. Vết thương có thể nông đến tổ chức dưới da hoặc sâu đến xương, vào đến nội tạng.



Hình 53.2. Các loại vết thương phần mềm

2.2.4. Vết thương phần mềm có thể phối hợp với đứt mạch máu, đứt thần kinh, gãy xương, tổn thương khớp ...

2.2.5. Vết thương phần mềm đến muện thì sưng nề, viêm tấy hoặc hoại tử tổ chức, mùi hôi.

3. Tiến triển và biến chứng

3.1. Sốc: Nếu bệnh nhân mất nhiều máu, tổ chức bị dập nát nhiều. Nhiều vết thương kết hợp

3.2. Nhiễm khuẩn

- Nhiễm khuẩn: Tại vết thương sưng tấy, da căng bóng, phù nề, vết thương chảy nhiều dịch đục, mủ.

- Nhiễm khuẩn hoại thư: Tại vết thương có dịch tiết mùi thối, tràn khí dưới da, lan rộng nhanh chóng.

- Nhiễm khuẩn uốn ván: Xuất hiện cứng hàm, co giật, sốt cao.

4. Xử trí

4.1. Sơ cứu ở tuyến y tế cơ sở: Việc sơ cứu ban đầu rất quan trọng, nếu làm đúng sẽ tránh được các biến chứng cho bệnh nhân

4.1.1. Thứ tự sơ cứu:

- Sát khuẩn xung quanh vết thương thứ tự từ trong ra ngoài theo hình xoắn ốc 2 lần.

- Lấy bỏ dị vật trên mặt vết thương.

- Băng vết thương.

- Cố định (vết thương phần mềm lớn).

- Dùng kháng sinh sớm và liều cao.

- Tiêm huyết thanh chống uốn ván nếu có (SAT).



Hình 53.3. Băng vết thương phần mềm

4.1.2. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên

4.1.3. Không làm

- Không bôi và rắc thuốc lên mặt vết thương.
- Không thăm dò chọc ngoáy vào vết thương.
- Không khâu kín vết thương.
- * Xử trí thực thụ vết thương phần mềm:
 - + Toàn thân:
 - Truyền dịch, truyền máu (khi cần).
 - Cho nạn nhân ăn uống bồi dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý.
 - Dùng kháng sinh và huyết thanh chống uốn ván.
 - + Tại chỗ:
 - Đối với vết thương tới sớm (trong 6 - 12 giờ):
 - Vết thương nhỏ, lõm chỗ, ít chảy máu, phù nề: Sát khuẩn, băng vô khuẩn, sau nếu có mủ thì rạch rộng dẫn lưu mủ.
 - Vết thương dập nát nhiều, đến muộn, chảy máu nhiều, hoặc có nhiều góc ngách:
 - + Rạch rộng, cắt lọc da và tổ chức dập nát, cầm máu tốt.
 - + Lấy sạch dị vật.
 - + Nên để hở da. Nếu vết thương ở mặt thì có thể khâu kín và dẫn lưu.
 - Vết thương phần mềm đã nhiễm khuẩn và đến muộn: Mở rộng, tháo mủ, dùng dung dịch Dakin nhỏ liên tục lên vết thương để sát khuẩn.
 - Vết thương tới sớm sau khi đã rửa và cắt lọc sạch, hoặc vết thương nhiễm khuẩn đã sạch mủ, tổ chức hạt mọc tốt thì có thể khâu kín (thì hai) hoặc ghép da (đối với vết thương có diện tích rộng).

LUYỆN GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân của vết thương phần mềm đến sớm:

A- Bệnh nhân có thể bị sốc: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tăng...

B- Bệnh nhân có thể có hội chứng nhiễm khuẩn: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm...

C- Bệnh nhân có thể bị nhiễm khuẩn: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tăng...

D- Bệnh nhân có thể bị sốc: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm...

Câu 2: Triệu chứng toàn thân vết thương phần mềm đến muộn:

A- Miệng vết thương có thể đang chảy máu hoặc đã được cục máu bít lại. Bờ vết thương có thể sắc nhọn hoặc dập nát.

B- Nếu bệnh nhân đến muộn triệu chứng nổi bật là hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao, môi khô, hốc hác, mạch nhanh.

C- Nếu bệnh nhân đến muộn triệu chứng nổi bật là hội chứng sốc: Sốt cao, môi khô, hốc hác, mạch nhanh...

D- Phụ thuộc vào trạng thái của vết thương nặng hay nhẹ. Bệnh nhân có thể bị sốc: Da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm...

Câu 3: Những việc không nên làm khi xử trí vết thương phần mềm ở tuyến y tế cơ sở:

A- Cố định vết thương. Dùng kháng sinh. Không bôi hoặc rắc thuốc lên miệng vết thương.

B- Cố định vết thương. Cầm máu. Không bôi hoặc rắc thuốc lên miệng vết thương.

C- Không bôi hoặc rắc thuốc lên miệng vết thương. Không thăm dò chọc ngoáy vào vết thương. Không khâu kín vết thương.

D- Không bôi hoặc rắc thuốc lên miệng vết thương. Không dùng kháng sinh. Không khâu kín vết thương.

Câu 4: Xử trí vết thương phần mềm tại tuyến y tế cơ sở:

A- Sơ cứu vết thương. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi cần.

B- Rửa vết thương, khâu cầm máu. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi cần.

C- Sơ cứu vết thương. Dùng kháng sinh liều đầu rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

D- Rửa vết thương, khâu cầm máu. Dùng kháng sinh liều đầu rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi cần.

Bài 54

ĐẠI CƯƠNG GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 3 nguyên nhân của gãy xương
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy xương
3. Trình bày được 3 biến chứng của gãy xương
4. Trình bày được các biện pháp xử trí gãy xương ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Gãy xương là một thương tổn ảnh hưởng tới sự toàn vẹn của xương.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Nguyên nhân trực tiếp

Do một tác nhân đập trực tiếp vào nơi gãy, hay gặp trong các trường hợp: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt và các vết thương do bom đạn.

1.2.2. Nguyên nhân gián tiếp

Do hiện tượng đè ép của cơ thể và sức chống đỡ của chi nơi gãy xa nơi chịu tác động của chấn thương....

Ví dụ: trong gãy xương kiểu Pouteau-Colles bệnh nhân ngã chống bàn tay xuống đất (bàn tay duỗi hết sức), đầu dưới xương quay bị ép giữa mặt đất và sức nặng của cơ thể nên dễ bị gãy.

1.2.3. Nguyên nhân bệnh lý

Gặp trong các trường hợp viêm xương mãn tính, u xương, lao xương...

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Phân loại tổn thương

2.1.1. Tổn thương xương

- Gãy kín: ổ gãy không thông với bên ngoài.
- Gãy hở: ổ gãy thông với bên ngoài
- Gãy hoàn toàn: Hai đầu xương gãy rời nhau và có thể di lệch theo các chiều:

Ngang, dọc, gấp góc.

- Gãy không hoàn toàn có thể chỉ tổn thương một phần của thân xương, 2 đầu xương còn dính vào nhau, còn gọi là gãy rạn cành tươi.

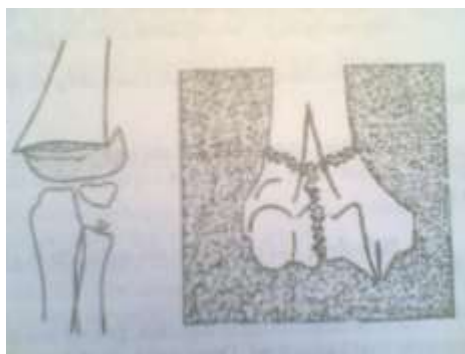
2.1.2. Gãy phức tạp

Xương bị gãy làm nhiều đoạn hoặc xương bị dập nát. Có trường hợp gãy xương kèm theo đứt mạch máu và thần kinh hoặc tổn thương xương và khớp.

2.1.3. Tổn thương phần mềm

- Da: Có thể bị thủng hay bị dập nát.
- Cơ: Các bắp cơ bị dập nát, bị đứt do 2 đầu xương cắt.
- Mạch máu và thần kinh: Có thể bị đứt hay bị kẹp vào chỗ gãy.

Các hình ảnh gãy xương:



Hình 54.1. Hình ảnh gãy phức tạp Hình 54.2. Gãy ngang Gãy chéo Gãy xoắn

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng toàn thân

- Nếu gãy xương lớn và gãy xương phức tạp thường có sốc kèm theo.
- Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân vẫn bình thường.

3.2. Triệu chứng cơ năng

3.2.1. Đau: Đau ngay sau khi bị chấn thương và nhất là khi thầy thuốc ấn vào ổ gãy.

3.2.2. Mất hoặc giảm cơ năng

- Nếu xương bị gãy hoàn toàn thì mất cơ năng vận động của chi.
- Nếu xương bị gãy không hoàn toàn thì giảm cơ năng vận động của chi.

3.3. Triệu chứng thực thể

Khi khám xét phải tỷ mỉ nhẹ nhàng và phải so sánh với bên chi lành.

3.3.1. Nhìn

- Tư thế:
 - + Nếu gãy chi trên: Tay lành luôn luôn đỡ lấy tay đau, thân và đầu nghiêng về phía chi gãy.
 - + Nếu gãy chi dưới: Bệnh nhân phải nằm, đùi duỗi, bàn chân xoay ra ngoài.
- Biến dạng của chi bị gãy: Chi ngắn, chi bị gấp góc, chi bị lệch trục, chi bị sưng nề và bầm tím.

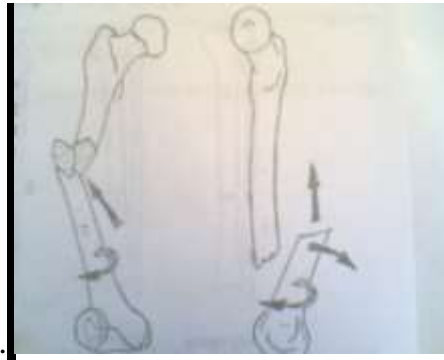
3.3.2. Sờ nắm

Tìm điểm đau chói. Đối với loại gãy hoàn toàn tìm dễ, với loại gãy không hoàn toàn phải khám tỷ mỉ. Dùng ngón cái hoặc ngón trỏ nắm hoặc vuốt từ chỗ không đau tới chỗ nào bệnh nhân đau nhất đó là điểm xương bị tổn thương.

- Dấu hiệu lạo xạo xương.
- Cử động bất thường (dấu hiệu lạo xạo xương và cử động bất thường ở tuyến y tế cơ sở không được làm vì nếu làm bệnh nhân có thể chết vì sốc hoặc gây tổn thương phức tạp thêm).
- Cần phát hiện tổn thương về mạch máu và thần kinh. Phải bắt mạch ở gần ngón chi (cổ tay, cổ chân), khám vận động, cảm giác ở ngón chi

3.4. Triệu chứng X quang

Chụp 2 phim thẳng và nghiêng để phát hiện vị trí và sự di lệch của 2 đầu xương



Hình 54.3. Di lệch trong gãy thân xương đùi

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng ngay

- Sốc.
- Tử kín trở thành gãy hở.
- Tổn thương các cơ quan lân cận: Đứt mạch máu và thần kinh trong gãy xương tứ chi, tổn thương niệu đạo hoặc bàng quang trong vỡ xương chậu, liệt tuỷ trong gãy cột sống....

4.2. Biến chứng sau

4.2.1. *Nhiễm khuẩn*: Hay gặp trong gãy xương hở (Gãy viêm xương -tuỷ xương).

4.2.2. *Di lệch thứ phát*: Do bột lỏng.

4.2.3. *Rối loạn dinh dưỡng của chi*: Phù nề, đau buốt chi. Có nốt phỏng .

4.3. Biến chứng muộn

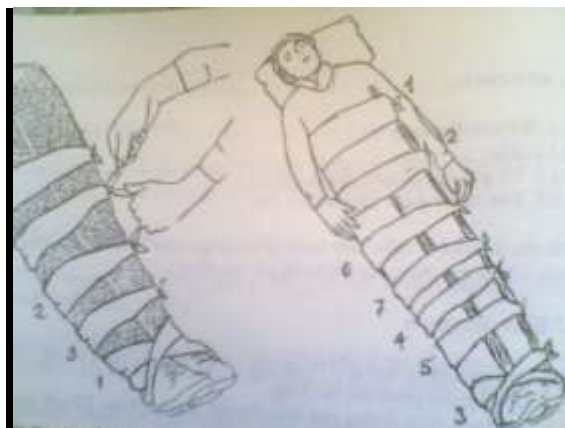
4.3.1. *Teo cơ và cứng khớp*: Hay gặp trong các trường hợp bất động kéo dài và bệnh nhân lười luyện tập.

4.3.2. *Can lệch*: Khi kéo nắn 2 đầu xương bị gãy không thẳng trục với nhau. Can của 2 đầu xương phát triển chệch hướng tạo nên một điểm gồ lên.

4.3.3. *Khớp giả*: Do kéo nắn không tốt, 2 đầu xương cách xa nhau, giữa 2 đầu xương cơ và tổ chức liên kết đến phủ kín. Hai đầu xương phát triển nhưng không bám được vào nhau, tại đó tạo nên một khớp mới gọi là khớp giả, trường hợp này phải giải quyết bằng phẫu thuật.

4.3.4. *Chậm liền xương*: Gặp trong trường hợp bệnh nhân có bệnh nội tiết kèm theo hoặc ăn uống thiếu thốn.

5. Xử trí gãy xương ở tuyến y tế cơ sở



a

b

Hình 54.4. Bất động khi sơ cứu gãy xương đùi:

(a) - Bất động tạm thời tủy ứng.

(b) - Bất động tạm thời bằng nẹp

- Phòng và chống sốc: Tiêm Mocphin hay phóng bế Novocain tại ổ gãy.
- Cho uống nước chè đường ấm.
- Phải ủ ấm về mùa đông và đặt bệnh nhân ở nơi thoáng mát vào mùa hè.
- Phải xử lý vết thương mạch máu và vết thương phần mềm đúng nguyên tắc nếu có.
- Bất động tạm thời đúng nguyên tắc (bài này sẽ học trong phần cấp cứu chấn thương).
- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim và chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân lên tuyến trên khi hết sốc.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Định nghĩa gãy xương:

- A- Gãy xương là một tổn thương làm ảnh hưởng tới sự toàn vẹn của xương.
- B- Gãy xương là một tổn thương làm xương mất tính liên tục với nhau.
- C- Gãy xương là một tổn thương làm xương di lệch khỏi vị trí bình thường trong giải phẫu.
- D- Gãy xương là một tổn thương làm ảnh hưởng đến giải phẫu bình thường của xương.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân gãy xương:

- A- Nếu gãy xương lớn và gãy phức tạp có sốc kèm theo. Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân vẫn bình thường.
- B- Nếu gãy xương lớn và gãy phức tạp có sốc kèm theo. Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân là sốt.
- C- Nếu gãy xương lớn và gãy phức tạp có sốt nhẹ. Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân vẫn bình thường.
- D- Nếu gãy xương lớn và gãy phức tạp có hội chứng nhiễm trùng. Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân có sốc.

Câu 3: Triệu chứng cơ năng gãy xương hoàn toàn:

- A- Đau: Đau ngay sau chấn thương và nhất là khi thầy thuốc ấn vào ổ gãy. Giảm một phần cơ năng vận động của chi.
- B- Đau: Đau ngay sau chấn thương và chi sưng nề nhiều. Giảm một phần cơ năng vận động của chi.
- C- Đau: Đau ngay sau chấn thương và nhất là khi thầy thuốc ấn vào ổ gãy. Mất cơ năng vận động của chi.
- D- Đau: Đau ngay sau chấn thương, chi sưng nề nhiều. Mất cơ năng vận động của chi.

Câu 4: Tuyến y tế cơ sở không được khám dấu hiệu lạo xạo xương và cử động bất thường vì:

- A- Dễ gây di lệch thứ phát.
- B- Dễ làm tổn thương các cơ quan lân cận.
- C- Bệnh nhân có thể chết vì sốc và làm tổn thương thêm.
- D- Làm tổn thương thêm phần mềm ở vị trí tổn thương.

Câu 5: Khám phát hiện tổn thương mạch máu thần kinh:

- A- Khám vận động, cảm giác quanh vị trí tổn thương.
- B- Bắt mạch, khám vận động, cảm giác đầu chi.
- C- Bắt mạch, khám vận động, cảm giác dưới vị trí tổn thương.
- D- Bắt mạch, khám vận động, cảm giác trên vị trí tổn thương.

Câu 6: Biến chứng ngay của gãy xương:

- A- Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Từ gãy kín thành gãy hở.
- B- Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Nhiễm khuẩn.

C- Từ gãy kín thành gãy hở. Nhiễm khuẩn. Tổn thương các tạng lân cận.

D- Từ gãy kín thành gãy hở. Sốc. Tổn thương các tạng lân cận.

Câu 7: Chuyển bệnh nhân gãy xương lên tuyến trên khi:

A- Chuyển ngay sau chấn thương.

B- Chuyển khi đã hết sốc.

C- Chuyển sau khi tiêm trợ tim, trợ lực.

D- Chuyển sau khi đã tiêm giảm đau, kháng sinh.

Câu 8: Biến chứng teo cơ cứng khớp trong gãy xương:

A- Hay gặp trong gãy xương lớn và phức tạp.

B- Chỉ phù nề, đau buốt. Có nốt phỏng.

C- Gặp trong bệnh nhân có bệnh nội tiết hay ăn uống thiếu thốn.

D- Hay gặp trong các trường hợp bất động kéo dài và bệnh nhân lười tập luyện.

Bài 55

GẤY CỘT SỐNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây cột sống
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng gây cột sống
3. Trình bày được phương pháp sơ cứu ban đầu ở tuyến y tế cơ sở với bệnh nhân gãy cột sống

NỘI DUNG

Gãy cột sống là một cấp cứu ngoại khoa, chiếm tỷ lệ 3 - 4% trong tổng số các loại gãy xương. Sơ cứu ban đầu sớm, đúng là một việc quan trọng giúp cho điều trị tốt, làm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng cho người bệnh.

1. Nguyên nhân

1.1. Nguyên nhân trực tiếp: Do tác nhân đập trực tiếp vào cột sống: Gõ đẽ, cây đổ, sập nhà, tường đổ v.v.

1.2. Nguyên nhân gián tiếp: Ngã ngội gây nên lún và gãy cột sống.

1.3. Nguyên nhân bệnh lý: Lao cột sống, sau cơn co cứng của uốn ván (ít gặp).

2. Giải phẫu và sinh lý bệnh



Hình 55.1. Gãy vững



Hình 55.2. Gãy không vững
(kèm trật khớp)

2.1. Sinh lý bệnh

Cột sống đã tạo nên trục của bộ xương che chở cho tủy sống. Đầu thân cử động được là nhờ có các đĩa sống. Cột sống có 2 đoạn đóng vai trò bản lề:

- Bản lề giữa cột sống cổ và lưng.
- Bản lề giữa cột sống lưng và thắt lưng.

Hai vùng này di động nhiều. Đây là điểm yếu của cột sống lưng. Khi bị chấn thương phần lớn sức mạnh dồn vào đó nên dễ bị gãy hơn các điểm khác.

- Tủy sống có 2 đoạn phình to, đoạn ở cột sống cổ và lưng. Hai nơi này phát nguyên ra các dây thần kinh đi tứ chi. Khi gãy cột sống có ảnh hưởng đến tủy sống sẽ gây hiện tượng liệt chi. Tùy theo từng vị trí của tổn thương mà có thể bị liệt cả 2 chi dưới hoặc tứ chi.

2.2. Giải phẫu bệnh

Đa số gãy ở thân đốt, đường gãy chạy từ trên xuống dưới và từ sau ra trước của đốt sống cho nên đoạn trên chệch ra trước, đoạn dưới chệch ra sau làm cho cột sống bị cong và tủy sống bị đè ép hoặc bị đứt.

Các thể gãy xương sống:



Hình 55.3. Gãy lún



Hình 55.4. Gãy và trật khớp



Hình 55.5. Gãy làm nhiều mảnh

3. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo gãy cột sống có kèm theo tổn thương xương và tuỷ hay không mà chia làm 2 thể lâm sàng sau đây:

3.1. Gãy cột sống không liệt tuỷ

3.1.1. *Đau*: Đau khu trú rõ rệt ở 1 hoặc 2 đốt sống. Khi gõ nắn hoặc vuốt nhẹ từ dưới lên bệnh nhân đau nhiều nơi bị tổn thương.

3.1.2. *Giảm cơ năng*: Các động tác cúi nghiêng ngửa giảm rõ. Nếu tổn thương nặng bệnh nhân không cử động được.

3.1.3. Biến dạng

Nhìn khoảng cách giữa 2 mấu gai đoãng rộng. Mấu gai gò ra sau làm gù lưng.

Sờ nắn: Vuốt nhẹ từ dưới lên theo cột sống bệnh nhân đau ở nơi tổn thương.

3.1.4. *X quang*: Chụp hai phim thẳng và nghiêng để phát hiện vị trí của tổn thương và sự di lệch.

3.2. Gãy cột sống có liệt tuỷ

3.2.1. *Triệu chứng về thần kinh (liệt tuỷ)*: Tuỳ theo thương tổn làm liệt hoàn toàn hay không hoàn toàn mà có dấu hiệu liệt nhiều hay ít.

* Liệt cơ:

- Nếu gãy trên đốt sống cổ V thì liệt tứ chi.
- Nếu gãy cột sống lưng hay thắt lưng thì liệt 2 chi dưới.
- Tính chất liệt: Liệt mềm làm các phản xạ và cử động mất.

* Liệt cơ thắt: Gây tình trạng bí đại tiểu tiện (ở nam giới khi đứt tuỷ thì dương vật luôn luôn bị cứng). Kèm theo có rối loạn về dinh dưỡng như loét. Nó xuất hiện vào ngày thứ 3 ngay sau khi bị liệt.

* Mất cảm giác:

- Nếu tổn thương dưới đốt sống thắt lưng I: Mất cảm giác vùng tăng sinh môn.
- Nếu tổn thương đốt sống thắt lưng I : Mất cảm giác mặt ngoài và sau của chi dưới.
- Nếu tổn thương dưới đốt ngực X đến XII: Mất cảm giác vùng bụng.
- Nếu tổn thương càng cao thì mất cảm giác càng cao tương ứng với nơi xuất phát của dây thần kinh tuỷ sống.

3.2.2. Triệu chứng gãy xương

- Đau: Đau chói khi ấn vào gai sống.
- Giảm cơ năng.
- Sưng: Sưng ở vùng bị gãy và có máu tụ.
- Biến dạng: Cột sống gò rõ rệt ở nơi bị tổn thương.

3.2.3. Triệu chứng toàn thân

Sốc biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp: Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, chân tay lạnh, vã mồ hôi, thở nhanh...

3.2.4. X quang: Cho bệnh nhân đi chụp khi hết sức.



Hình 55.6. Khám tìm điểm đau
(Chấn thương tủy sống không liệt tủy)



Hình 55.7. Các vị trí loét thường gặp
(Nằm sấp trên cáng mềm)

4. Xử trí

Việc sơ cứu bệnh nhân gãy cột sống rất quan trọng, nếu không làm đúng và làm sớm có thể gây chết hoặc làm tổn thương nặng thêm.

4.1. Chống sốc

Ủ ấm, giảm đau, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.

4.2. Khám

Nhẹ nhàng và toàn diện để phát hiện các thương tổn kèm theo và thương tổn tại cột sống.

Khi khám không cho bệnh nhân cúi hoặc ngò, phải để bệnh nhân nằm.

4.3. Phương tiện chuyên chở

Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên cáng cứng hoặc nằm sấp trên cáng mềm.

- Cáng cứng: Loại có khung riêng, cáng kim loại, cáng thô sơ như: ván, cánh cửa, hoặc chông tre.

- Cáng mềm: Như cáng bạt, võng. Bệnh nhân phải được cố định cẩn thận đầu, ngực, chậu hông xuống cáng để tránh di lệch thêm gây tổn thương tủy sống.

4.4. Chuyên chở

Quá trình chuyên chở phải nhẹ nhàng và có cán bộ y tế đi theo để đề phòng sốc.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân bệnh lý dẫn tới gãy cột sống:

- A- Lao cột sống, sau cơn co cứng của uốn ván (ít gặp)...
- B- Lao cột sống, vôi hoá cột sống...
- C- Vôi hoá cột sống, thoái hoá cột sống...
- D- Thoái hoá cột sống, gai đôi đốt sống...

Câu 2: Tính chất liệt trong gãy cột sống có liệt tủy:

- A- Liệt cứng làm các khớp vận động khó, mất cảm giác chi.
- B- Liệt cứng làm các phản xạ và cử động mất.
- C- Liệt mềm làm các khớp vận động khó, mất cảm giác chi.
- D- Liệt mềm làm các phản xạ và cử động mất.

Câu 3: Hậu quả của liệt cơ thắt trong gãy cột sống:

- A- Gây tình trạng bí tiểu tiện. Kèm theo có rối loạn vận mạch.
- B- Gây tình trạng bí tiểu tiện. Kèm theo có rối loạn về dinh dưỡng.

C- Làm cảm giác vận động của cơ thể mất hoàn toàn.

D- Làm cảm giác vận động của cơ thể mất hoàn toàn. Kèm theo có rối loạn về dinh dưỡng.

Câu 4: Triệu chứng toàn thân gãy cột sống:

A- Sốc: Biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp. Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh...

B- Sốc: Biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp. Mạch nhanh nhỏ, sốt cao, vã mồ hôi, thở nhanh, đái ít...

C- Có dấu hiệu mất máu: Biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp. Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh...

D- Có dấu hiệu mất máu: Biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp. Mạch nhanh nhỏ, sốt cao, vã mồ hôi, thở nhanh, đái ít...

Bài 56

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy thân xương đùi.
2. Trình bày được 3 biến chứng sớm của gãy thân xương đùi
3. Trình bày được phương pháp xử trí gãy thân xương đùi ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Xương đùi là xương to chắc của cơ thể, có nhiều cơ khoẻ bám vào nên ít bị gãy. Khi gãy thường do một chấn thương mạnh như: Tai nạn xe cộ, cây đổ, đổ tường.v.v. hoặc do mảnh hoả khí xuyên qua. Vì vậy thường có sốc kèm theo. Đây là điều cần lưu ý để sơ cứu đúng đắn ngay từ ban đầu.

1. Giải phẫu bệnh

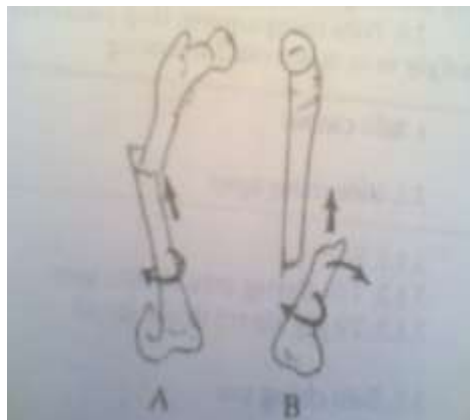
1.1. Đường gãy

- Gãy ngang
- Gãy chéo
- Gãy xoắn.

1.2. Di lệch:

Hai đầu xương chồng lên nhau làm cho chi gãy bị ngắn.

- Nếu gãy ở 1/3 trên: Đoạn dưới di lệch ra ngoài.
- Nếu gãy ở 1/3 dưới: Đoạn dưới xoay ra sau.



Hình 56.1. Di lệch trong gãy thân xương đùi

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Triệu chứng toàn thân

Có trường hợp tình trạng vẫn bình thường. Đa số các trường hợp bị sốc: Mạch nhanh nhỏ, chậm, tay lạnh, vã mồ hôi...

2.2. Triệu chứng cơ năng

2.2.1. Đau: Đau nhiều dẫn đến sốc.

2.2.2. Mất vận động: Chi gãy không cử động được.

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. Nhìn: Chi biến dạng: Chi ngắn, lệch trục bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, bờ ngoài của bàn chân dựa lên gối hoặc mặt đất.

- Gập góc: Góc gờ ra phía ngoài.
- Đùi sưng to và bầm máu, có trường hợp tràn dịch khớp gối.

2.3.2. *Sờ nắn*: Nắn vào ổ gãy đau chói.

- Dấu hiệu lạo xạo xương chỉ làm khi bệnh nhân đã được tiêm thuốc giảm đau trong điều trị gãy xương.

- Kiểm tra xem có tổn thương mạch máu và thần kinh không bằng cách:

+ Bắt mạch chày trước và mạch chày sau.

+ Kiểm tra vận động và cảm giác ở cổ chân và mu chân.

2.4. Triệu chứng X quang

Chụp phim ở hai t thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí của ổ gãy và sự di lệch của 2 đầu xương.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Triệu chứng toàn thân

Có trường hợp tình trạng vẫn bình thường. Đa số các trường hợp bị sốc: Mạch nhanh nhỏ, chậm, tay lạnh, vã mồ hôi...

2.2. Triệu chứng cơ năng

2.2.1. *Đau*: Đau nhiều dẫn đến sốc.

2.2.2. *Mất vận động*: Chi gãy không cử động được.

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. *Nhìn*: Chi biến dạng: Chi ngắn, lệch trục bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, bờ ngoài của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.

- Gập góc: Góc gờ ra phía ngoài.

- Đùi sưng to và bầm máu, có trường hợp tràn dịch khớp gối.

2.3.2. *Sờ nắn*: Nắn vào ổ gãy đau chói.

- Dấu hiệu lạo xạo xương chỉ làm khi bệnh nhân đã được tiêm thuốc giảm đau trong điều trị gãy xương.

- Kiểm tra xem có tổn thương mạch máu và thần kinh không bằng cách:

+ Bắt mạch chày trước và mạch chày sau.

+ Kiểm tra vận động và cảm giác ở cổ chân và mu chân.

2.4. Triệu chứng X quang

Chụp phim ở hai t thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí của ổ gãy và sự di lệch của 2 đầu xương.

2.1. Triệu chứng toàn thân

Có trường hợp tình trạng vẫn bình thường. Đa số các trường hợp bị sốc: Mạch nhanh nhỏ, chậm, tay lạnh, vã mồ hôi...

2.2. Triệu chứng cơ năng

2.2.1. *Đau*: Đau nhiều dẫn đến sốc.

2.2.2. *Mất vận động*: Chi gãy không cử động được.

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. *Nhìn*: Chi biến dạng: Chi ngắn, lệch trục bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, bờ ngoài của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.

- Gập góc: Góc gờ ra phía ngoài.

- Đùi sưng to và bầm máu, có trường hợp tràn dịch khớp gối.

2.3.2. *Sờ nắn*: Nắn vào ổ gãy đau chói.

- Dấu hiệu lạo xạo xương chỉ làm khi bệnh nhân đã được tiêm thuốc giảm đau trong điều trị gãy xương.

- Kiểm tra xem có tổn thương mạch máu và thần kinh không bằng cách:

+ Bắt mạch chày trước và mạch chày sau.

+ Kiểm tra vận động và cảm giác ở cổ chân và mu chân.

2.4. Triệu chứng X quang

Chụp phim ở hai tư thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí của ổ gãy và sự di lệch của 2 đầu xương.

3. Biến chứng

3.1. Biến chứng ngay

3.1.1. Sốc

3.1.2. Tổn thương mạch máu và thần kinh

3.1.3. Từ gãy kín thành gãy hở

3.2. Biến chứng sau

3.2.1. Di lệch thứ phát sau khi nắn và bó bột.

3.2.2 Teo cơ.

3.3. Biến chứng muộn

3.3.1. Can lệch: Khi kéo nắn 2 đầu xương chưa khớp thẳng trục nên can mọc lệch.

3.3.2. Khớp giả: Do 2 đầu xương cách xa nhau.

3.3.3. Chậm liền xương: Thường gặp ở người già, người có rối loạn can xi hay thiếu can xi.

3.3.4. Cứng khớp.

4. Xử trí

4.1. Khám nhẹ nhàng và toàn diện

4.2. Đề phòng sốc và chống sốc:

- Cho uống nước đường ấm.
- Tiêm thuốc giảm đau.
- Tiêm thuốc trợ tim, trợ lực.

4.3. Bất động tạm thời bằng nẹp đúng kỹ thuật.

4.4. Khi bệnh nhân hết sốc chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân lên tuyến trên.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng cơ năng gãy thân xương đùi:

- A- Đau: Đau nhẹ xung quanh nơi tổn thương.
Giảm vận động một phần chi dưới.
- B- Đau: Đau nhiều dẫn tới sốc.
Giảm vận động một phần chi dưới.
- C- Đau: Đau nhiều dẫn tới sốc.
Mất vận động: Chi gãy không cử động được.
- D- Đau: Đau nhẹ xung quanh nơi tổn thương.
Mất vận động: Chi gãy không cử động được.

Câu 2: Biến dạng trong gãy thân xương đùi:

- A- Chi ngắn, lệch trục. Bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, bờ ngoài của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.
- B- Chi ngắn, lệch trục. Bàn chân và cẳng chân xoay vào trong, bờ ngoài của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.
- C- Chi ngắn, lệch trục. Bàn chân và cẳng chân xoay vào trong, bờ trong của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.
- D- Chi ngắn, lệch trục. Bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, bờ trong của bàn chân dựa lên giường hoặc mặt đất.

Câu 3: Kiểm tra tổn thương mạch máu và thần kinh trong gãy thân xương đùi:

- A- Kiểm tra cảm giác, vận động đầu chi.
- B- Bắt mạch, kiểm tra vận động, cảm giác cẳng chân.

- C- Bắt mạch khuỷu chân, kiểm tra cảm giác, vận động của khớp gối.
- D- Bắt mạch chày trước và mạch chày sau; kiểm tra cảm giác, vận động ở cổ chân

Câu 4: Biến chứng ngay của gãy thân xương đùi:

- A- Thiếu máu. Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh.
- B- Thiếu máu. Sốc. Gãy kín thành gãy hở.
- C- Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Gãy kín thành gãy hở.
- D- Thiếu máu. Gãy kín thành gãy hở. Tổn thương mạch máu, thần kinh.

Câu 5: Biến chứng sau của gãy thân xương đùi:

- A- Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Gãy kín thành gãy hở.
- B- Thiếu máu. Sốc. Tổn thương mạch máu, thần kinh.
- C- Di lệch thứ phát sau khi nắn và bó bột. Rối loạn dinh dưỡng chi.
- D- Di lệch thứ phát sau khi nắn và bó bột. Teo cơ.

Bài 57

GÃY 2 XƯƠNG CẰNG CHÂN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy 2 xương cẳng chân
2. Trình bày được phương pháp xử trí gãy 2 xương cẳng chân ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Gãy 2 xương cẳng chân hay gặp ở người trẻ và dễ bị gãy hở vì xương chày sát với da. Điều trị phức tạp.

Nguyên nhân trực tiếp: Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động...

Nguyên nhân gián tiếp: Do ngã gập chân hoặc chéo chân...

2. Giải phẫu

2.1. Đường gãy

- Gãy ngang
- Gãy chéo
- Gãy xoắn.



Hình 57.1. Đường gãy xương (gãy ngang, gãy chéo, gãy xoắn)

2.2. Di lệch

- Hai đầu xương chồng lên nhau.
- Gập góc.
- Di lệch sang bên.

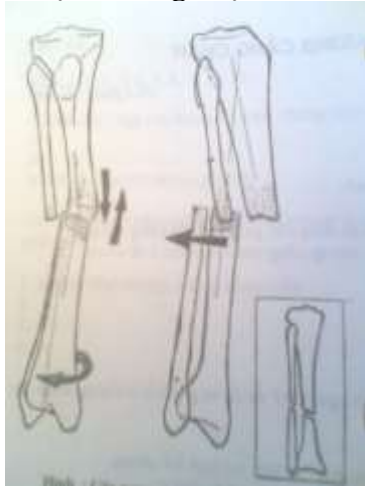
3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

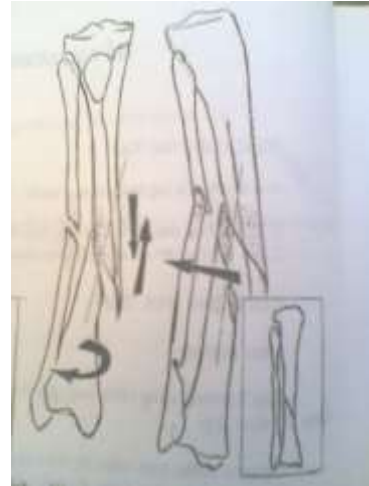
3.1.1. Đau: Đau ngay sau khi bị chấn thương. Có trường hợp bị sốc do đau.

3.1.2. Giảm cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không đứng dậy được.

3.2. Triệu chứng thực thể



Hình 57.2. Gãy ngang



Hình 57.3. Gãy chéo nhiều và xoắn 2 xương

3.2.1. Nhìn: Chi bị biến dạng.

- Chi ngắn, bàn chân xoay ra ngoài.
- Chi bị gấp góc, góc mở ra sau (nhìn nghiêng).
- Có thể nhìn thấy đầu xương gãy gồ lên ngay dưới mặt da.
- Nếu bệnh nhân đến muộn: Có thể nhìn thấy nốt phồng trên da (do rối loạn dinh dưỡng sớm).

3.2.2. Sờ nắn: ấn vào ổ gãy bệnh nhân đau chói.

Kiểm tra các tổn thương phối hợp: Bắt mạch mu chân và cảm giác ở bàn chân, ngón chân.

3.2.3. X quang: Xác định ổ gãy và sự di lệch của 2 đầu xương.

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng sớm

- Từ gãy kín thành gãy hở.
- Tổn thương mạch máu và thần kinh.
- Sốc.

4.2. Biến chứng sau

- Di lệch thứ phát
- Rối loạn dinh dưỡng.

4.3. Biến chứng muộn

- Can lệch
- Khớp giả
- Rối loạn dinh dưỡng
- Chậm liền xương.

5. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Phòng sốc: Tiêm Mocphin hoặc phóng bế Novocain 0,5 – 1% vào ổ gãy.
- Cố định chi bằng nẹp đúng nguyên tắc.
- Tiêm trợ lực, trợ tim.
- Giải thích cho bệnh nhân rồi chuyển lên tuyến trên

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Các nguyên nhân thường gãy 2 xương cẳng chân:

A- Nguyên nhân do chấn thương: Do tai nạn lao động, tai nạn giao thông...

- Nguyên nhân do bệnh lý.
- B- Nguyên nhân do chấn thương: Ngã gập chân hoặc chéo chân...
Nguyên nhân do bệnh lý.
- C- Nguyên nhân trực tiếp: Do ngã gập chân hoặc chéo chân...
Nguyên nhân gián tiếp: Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động...
- D- Nguyên nhân trực tiếp: Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động...
Nguyên nhân gián tiếp: Do ngã gập chân hoặc chéo chân...
- Câu 2:** Triệu chứng cơ năng gãy 2 xương cẳng chân:
- A- Đau: Đau sau chấn thương vài giờ, sau đó giảm dần.
Giảm cơ năng một phần: Bệnh nhân đứng khó.
- B- Đau: Đau sau chấn thương vài giờ, có trường hợp sốc do đau.
Giảm cơ năng một phần: Bệnh nhân đứng khó.
- C- Đau: Đau sau chấn thương vài giờ, có trường hợp sốc do đau
Giảm cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không đứng được.
- D- Đau: Đau sau chấn thương vài giờ, sau đó giảm dần.
Giảm cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không đứng được.
- Câu 3:** Biến chứng muộn của gãy 2 xương cẳng chân:
- A- Tổn thương mạch máu thần kinh. Di lệch thứ phát, rối loạn dinh dưỡng.
- B- Rối loạn dinh dưỡng. Di lệch thứ phát.
- C- Can lệch. Khớp giả. Rối loạn dinh dưỡng. Di lệch thứ phát.
- D- Can lệch. Khớp giả. Rối loạn dinh dưỡng. Chậm liền xương.
- Câu 4:** Sơ cứu bệnh nhân gãy 2 xương cẳng chân ở y tế cơ sở:
- A- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tới khi hết sốc.
Tiêm giảm đau.
Cố định tạm thời đúng nguyên tắc.
Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- B- Phòng sốc.
Cố định chi bằng nẹp đúng nguyên tắc.
Tiêm trợ lực, trợ tim.
Giải thích cho bệnh nhân rồi chuyển lên tuyến trên.
- C- Phòng sốc. Cố định chi bằng nẹp đúng nguyên tắc.
Tiêm trợ lực, trợ tim.
Bất động thực thụ bằng bột đùi – cẳng – bàn chân.
- D- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tới khi hết sốc. Tiêm giảm đau.
Cố định tạm thời đúng nguyên tắc.

Bài 58

GÃY XƯƠNG ĐÒN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân gãy xương đòn
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng gãy xương đòn
3. Trình bày được phương pháp sơ cứu ban đầu gãy xương đòn ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Gãy xương đòn chiếm khoảng 10% các loại gãy xương. Hay gặp vì xương ở nông, cong hình chữ S. Chẩn đoán dễ, điều trị đơn giản, tiên lượng tốt.

1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp : Do va chạm thẳng vào xương (ít gặp).
- Nguyên nhân gián tiếp: Do ngã đập vai xuống đất (hay gặp).

2. Giải phẫu và sinh lý bệnh

2.1. Đường gãy: Phần lớn gãy ở thân xương, đường gãy chéo xuống dưới, vào trong và ra sau.

Dưới xương có bó mạch thần kinh dưới đòn nên có thể bị tổn thương.

2.2. Di lệch

- Đầu trong bị cơ ức - đòn - chũm kéo lên trên.
- Đầu ngoài bị cơ Denta, cơ ngực lớn và sức mạnh của chi trên kéo xuống dưới, ra trước và vào trong. Do đó hai đầu xương chồm lên nhau và thân xương ngắn lại.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Cơ năng

3.1.1. Đau: Đau ngay sau chấn thương, tay lành đỡ tay đau, đầu nghiêng về phía gãy.

3.1.2. Giảm cơ năng: Chi bên bị tổn thương cử động hạn chế.

3.2. Triệu chứng thực thể

3.2.1. Nhìn

- Ổ gãy sưng to, gồ lên.
- Ngoài da có vết bầm tím.
- Vai bị kéo xuống và ra xa cột sống hơn.

3.2.2. Nắn: Thấy đầu xương nhô lên dưới da và đau.

3.2.3. Đo: Đoạn cùng - vai - ức bên gãy ngắn lại.

3.2.4. X. quang: Xác định vị trí và kiểu gãy.

4. Xử trí

4.1. Xử trí ở y tế cơ sở

Ủ ấm, giảm đau, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.

Bất động tạm thời bằng băng số 8 rồi chuyển lên tuyến trên điều trị.

4.2. Các phương pháp điều trị ở tuyến trên

- Kéo nắn. cố định bằng băng số 8.
- Bó bột ngực - vai - cánh - cẳng - bàn tay.
- Mở kết hợp xương (những trường hợp khó kéo nắn hoặc gãy phức tạp)

LUỜNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Xương đòn dễ gãy vì:

- A- Xương cong.
- B- Xương nhỏ.
- C- Xương sát da.
- D- Xương giòn.

Câu 2: Nguyên nhân chủ yếu gây gãy xương đòn:

- A- Ngã chống tay.
- B- Ngã đập vai.
- C- Đập trực tiếp.
- D- Do bệnh lý.

Câu 3: Tổn thương phối hợp thường gặp trong gãy xương đòn:

- A- Tổn thương khớp cùng - vai - đòn.
- B- Tổn thương thần kinh quay.
- C- Tổn thương thần kinh, mạch máu dưới đòn.
- D- Tổn thương phần mềm.

Bài 59

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng của gãy thân xương cánh tay
2. Trình bày được xử trí gãy thân xương cánh tay ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Gãy thân xương cánh gồm những trường hợp gãy xương cánh tay từ bờ dưới cơ ngực to đến trên nếp khuỷu khoảng 4 khoát ngón tay.

Là loại gãy thường gặp do chấn thương trực tiếp vào xương hay do ngã chống tay hoặc khuỷu tay.

Gãy thân xương cánh tay điều trị đơn giản, nhưng có thể gây ra 2 biến chứng là liệt thần kinh quay và khớp giả.

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Đường gãy

Gãy ở 1/3 giữa và 1/3 dưới của xương cánh tay. Đường gãy có thể chéo, xoắn vặn hoặc gãy ngang.

2.2. Di lệch

- Gãy 1/3 trên thân xương: Di lệch nhiều hơn, đoạn trên dạng và kéo ra trước do cơ Denta và cơ ngực lớn, đoạn dưới lệch vào trong.

- Gãy 1/3 dưới thân xương: ít di lệch hơn.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. Đau: Sau khi bị chấn thương, đau tăng khi cử động.

3.1.2. Mất cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không nhấc tay lên được.

3.2. Triệu chứng thực thể

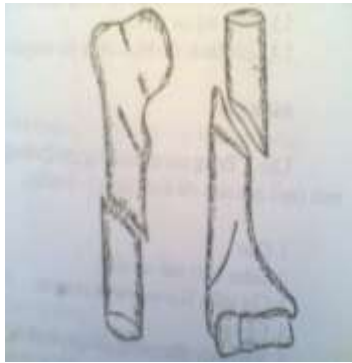
3.2.1. Cánh tay sưng nề, tròn, làm mất các nếp giữa các cơ. Chi ngắn.

3.2.2. Nắn vào ổ gãy đau chói. Có thể thấy tiếng “lạo xạo của xương” (Không làm động tác này).

- Nếu đến muộn thấy vết bầm máu ở cánh tay. Cần khám xem dây thần kinh quay có bị liệt không. Nếu liệt làm cho cổ tay không duỗi ra được nữa (biến dạng rũ cổ cò)

- Bắt mạch xem có đứt mạch máu không?

3.3. X quang: Chụp thẳng và nghiêng phát hiện ổ gãy xương và mức độ di lệch của 2 đầu xương.



Hình 59.1. Gãy thân xương cánh tay



Hình 59.2. Hình ảnh bàn tay rũ cổ cò

4. Biểu chứng

4.1. Liệt dây thần kinh quay

Vì nó nằm trong rãnh xoắn, sát ngay xương, nên khi gãy thân xương cánh tay dây thần kinh quay dễ bị tổn thương, có thể bị đứt hoặc bị kẹp vào 2 đầu xương gãy.

4.2. Khớp giả

Hay gặp, thường do điều trị không đúng kỹ thuật.

5. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Giảm đau tại chỗ bằng cách phồng bẻ Novocain 0,5 – 1% vào ổ gãy.
- Đặt nẹp cố định tạm thời, đúng nguyên tắc.
- Tiêm trợ tim, trợ sức.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình, chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng cơ năng gãy thân xương cánh tay:

- A- Đau: Đau sau khi bị chấn thương, đau tăng khi cử động.
Mất cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không nhấc tay lên được.
- B- Đau: Đau sau khi bị chấn thương, đau ngày càng tăng dần.
Mất cơ năng hoàn toàn: Bệnh nhân không nhấc tay lên được.
- C- Đau: Đau sau khi bị chấn thương, đau tăng khi cử động.
Giảm một phần cơ năng: Bệnh nhân nhấc tay đau.
- D- Đau: Đau sau khi bị chấn thương, đau ngày càng tăng dần.
Giảm một phần cơ năng: Bệnh nhân nhấc tay đau.

Câu 2: Triệu chứng thực thể gãy thân xương cánh tay có tổn thương thần kinh quay:

- A- Bàn tay không co lại được, gọi biến dạng cổ cò.
- B- Bàn tay, cổ tay không duỗi ra được, gọi biến dạng cổ cò.
- C- Các ngón tay không duỗi ra được, gọi biến dạng cổ cò.
- D- Các ngón I, II, III co lại; các ngón IV, V duỗi ra, gọi biến dạng cổ cò.

Câu 3: Các biến chứng thường gặp của gãy thân xương cánh tay:

- A- Gãy kín thành gãy hở. Di lệch thứ phát.
- B- Gãy kín thành gãy hở. Liệt thần kinh quay.
- C- Khớp giả. Can lệch.
- D- Khớp giả. Liệt thần kinh quay.

Câu 4: Biến chứng liệt thần kinh quay trong gãy thân xương cánh tay:

- A- Vì thần kinh quay nằm ngoài rãnh xoắn, sát ngay xương, nên khi gãy thân xương cánh tay dễ bị tổn thương. Có thể bị đứt hoặc bị kẹp vào 2 đầu xương gãy.
- B- Vì thần kinh quay nằm ngoài rãnh xoắn, phía ngoài xương, nên khi gãy thân xương cánh tay dễ bị tổn thương. Có thể bị đứt hoặc bị kẹp vào 2 đầu xương gãy.

C- Vì thần kinh quay nằm trong rãnh xoắn, sát ngay xương, nên khi gãy thân xương cánh tay dễ bị tổn thương. Có thể bị đứt hoặc bị kẹp vào 2 đầu xương gãy.

D- Vì thần kinh quay nằm trong rãnh xoắn, phía ngoài xương, nên khi gãy thân xương cánh tay dễ bị tổn thương. Có thể bị đứt hoặc bị kẹp vào 2 đầu xương gãy.

Câu 5: Xử trí gãy thân xương cánh tay ở y tế cơ sở:

A- Giảm đau tại chỗ bằng phóng bế Novocain 0,5 – 1% tại chỗ.

Kéo nắn, cố định tạm thời bằng nẹp đúng nguyên tắc.

Tiêm kháng sinh.

Giải thích cho gia đình và bệnh nhân chuyển lên tuyến trên.

B- Giảm đau tại chỗ bằng phóng bế Novocain 0,5 – 1% tại chỗ.

Đặt nẹp cố định tạm thời , đúng nguyên tắc.

Tiêm trợ tim, trợ lực.

Giải thích cho gia đình và bệnh nhân chuyển lên tuyến trên.

C- Giảm đau tại chỗ bằng phóng bế Novocain 0,5 – 1% tại chỗ.

Kéo nắn, cố định đúng nguyên tắc.

Tiêm trợ tim, trợ lực.

Giải thích cho gia đình và bệnh nhân chuyển lên tuyến trên.

D- Giảm đau tại chỗ bằng phóng bế Novocain 0,5 – 1% tại chỗ.

Đặt nẹp cố định tạm thời , đúng nguyên tắc.

Tiêm kháng sinh.

Giải thích cho gia đình và bệnh nhân chuyển lên tuyến trên.

Bài 60

GÃY THÂN 2 XƯƠNG CẰNG TAY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy thân 2 xương cẳng tay.
2. Trình bày được phương pháp xử trí gãy thân 2 xương cẳng tay ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Gãy thân 2 xương cẳng tay gặp ở mọi lứa tuổi. Có thể gãy do chấn thương trực tiếp vào cẳng tay. Hay gặp hơn do chấn thương gián tiếp, như ngã chống bàn tay xuống làm cho cẳng tay gấp cong và bị gãy. Đây là loại gãy quan trọng vì xương di lệch nhiều ảnh hưởng tới động tác chính xác mà 2 xương quay và trụ phối hợp với nhau tạo nên.

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Đường gãy

- Gãy ngang
- Gãy chéo
- Gãy xoắn.

2.2. Di lệch



Hình 60.1. Các vị trí di lệch thường gặp trong gãy xương cẳng tay

a. Gãy cao (trên cơ sấp tròn)

b,c. Gãy giữa và thấp (dưới cơ sấp tròn)

Gãy 2 xương cẳng tay di lệch phức tạp vì các đoạn xương bị gãy có rất nhiều cơ từ cánh tay, cẳng tay và bàn tay co kéo. Thêm vào đó màng liên cốt của 2 thân xương kéo làm cho 2 đầu gãy di lệch nhiều.

2.2.1. Hai đoạn xương gãy chồng lên nhau.

2.2.2. Hai đoạn xương gãy di lệch sang bên.

2.2.3. Di lệch xoắn theo trục xương.

2.2.4. Gấp góc ở một hoặc 2 xương.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. *Đau*: Đau nhức căng tay, nhất là khi làm động tác sấp hoặc ngửa bàn tay.

3.1.2. *Mất cơ năng hoàn toàn*: Tay lạnh đỡ lấy tay đau.

3.2. Triệu chứng thực thể

3.2.1. *Nhìn*: Chi bị biến dạng.

- Cẳng tay sưng nề tròn như một cái ống, không rõ các nếp nữa.

- Vết bầm tím lan rộng.

- Gấp góc làm cho cẳng tay bị cong.

- Di lệch sang bên làm cho cẳng tay gồ lên, mặt trước cổ tay quay vào phía trong (sấp), vì các cơ sấp kéo vào đoạn dưới, phần trên cẳng tay ngửa ra ngoài.

3.2.2. *Sờ nắn*: Nắn vào ổ gãy bệnh nhân đau.

Kiểm tra tổn thương phối hợp: Bắt mạch quay, kiểm tra vận động và cảm giác ở ngón chi để đề phòng các biến chứng chèn ép hoặc đứt mạch máu và thần kinh, nhất là hội chứng Volkman.

3.2.3. *X quang*: Chụp 2 phim thẳng và nghiêng để xác định vị trí tổn thương và sự di lệch của 2 đầu xương bị gãy.

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng sớm

4.1.1. *Từ gãy kín chuyển thành gãy hở*.

4.1.2. *Tổn thương các tổ chức xung quanh*: Tổn thương mạch máu, thần kinh.

4.2. Biến chứng muộn

4.2.1. *Can lệch*

4.2.2. *Khớp giả*



Hình 60.2. Hội chứng Volkman



Hình 60.3. Bất động đúng nguyên tắc

5. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Giảm đau tại chỗ bằng phóng bế Novocain 0,5 – 1% .

- Cố định tạm thời bằng nẹp đúng nguyên tắc.

- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.

- Giải thích cho bệnh nhân rồi chuyển lên tuyến trên để điều trị.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng cơ năng gãy 2 xương cẳng tay:

A- Đau: Đau nhức căng tay, nhất là khi vận động.

Mất cơ năng hoàn toàn: Tay lạnh luôn đỡ lấy tay đau.

B- Đau: Đau nhức căng tay, nhất là khi vận động.

Giảm một phần cơ năng.

C- Đau: Đau nhức căng tay, nhất là khi làm động tác sấp ngửa bàn tay.

Mất cơ năng hoàn toàn: Tay lạnh luôn đỡ lấy tay đau.

D- Đau: Đau nhức cẳng tay, nhất là khi làm động tác sắp ngửa cẳng tay.

Giảm một phần cơ năng.

Câu 2: Mục đích kiểm tra các tổn thương phối hợp ở bệnh nhân gãy 2 xương cẳng tay:

A- Đề phòng biến chứng liệt thần kinh quay và thần kinh trụ.

B- Đề phòng biến chứng hoại tử chi do thiếu dưỡng.

C- Đề phòng các biến chứng chèn ép hoặc đứt mạch máu và thần kinh.

D- Để có cách xử trí thích hợp.

Câu 3: Biến chứng sớm của gãy 2 xương cẳng tay:

A- Sốc. Gãy kín thành gãy hở.

B- Gãy kín thành gãy hở. Tổn thương các tổ chức xung quanh.

C- Sốc. Tổn thương các tổ chức xung quanh.

D- Rối loạn dinh dưỡng. Sốc.

Câu 4: Biến chứng muộn của gãy 2 xương cẳng tay:

A- Can lệch. Khớp giả.

B- Can lệch. Di lệch thứ phát.

C- Khớp giả. Di lệch thứ phát. D- Teo cơ. Cứng khớp.

Bài 61

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY KIỂU POUTEAU – COLLES

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau - Colles
2. Trình bày được các phương pháp xử trí gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau - Colles ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Định nghĩa: Gãy xương quay kiểu Pouteau - Colles là gãy đầu dưới xương quay cách nếp lằn cổ tay từ 1,5 – 2,5 cm ; trên khớp. Đầu dưới di lệch ra sau, ra ngoài và lên trên.



Hình 61.1. Di lệch trong gãy Pouteau - Colles

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân trực tiếp

Do chấn thương đập trực tiếp vào như quay Maniven bị bật trở lại đập vào cổ tay.

2.2. Nguyên nhân gián tiếp

Do ngã chống tay (bàn tay duỗi hết sức), đầu dưới xương quay bị ép giữa mặt đất và sức nặng của cơ thể. Nguyên nhân này hay gặp ở người cao tuổi.



Hình 60.2. Các nguyên nhân thường gặp gây gãy Pouteau - Colles

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. Đau: Đau nhiều ở vùng gãy, đặc biệt khi cử động.

3.1.2. Giảm vận động: ít.

3.2. Triệu chứng thực thể

3.2.1. *Nhìn thẳng*: Bàn tay vẹo ra ngoài. Trục cẳng tay không qua ngón giữa mà trục chéo vào ngón 4, ngón 5 vì đầu dưới chuyển ra ngoài. Bờ ngoài cẳng tay và bàn tay tạo thành hình lưỡi lê.

3.2.2. *Nhìn nghiêng*: Bàn tay đưa ra sau. Đoạn dưới gò ra sau, đoạn trên gò ra trước tạo thành hình lưng đĩa ở trên khớp cổ tay.

3.2.3. *Sờ nắn*: Mỏm trâm quay lên cao. Bình thường mỏm trâm quay ở thấp hơn mỏm trâm trụ 1 – 1,5 cm. Khi gãy mỏm trâm quay bị kéo lên cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ.

Cần kiểm tra tổn thương phối hợp: Mạch máu và thần kinh



Hình 61.3. Ấn vào ổ gãy đa



Hình 61.4. Hình lưng đĩa



Hình 61.5. Hình lưỡi lê

3.2.4. *X quang*: Chụp 2 phim thẳng và nghiêng để xác định vị trí của ổ gãy và di lệch của 2 đầu xương.

4. Xử trí



Hình 61.6. Cố định và treo tay tư thế cơ năng

- Phóng bế Novocain 0,5 – 1% tại ổ gãy để giảm đau.
- Cố định tạm thời bằng nẹp và treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng băng vải.
- Tiêm thuốc trợ tim, trợ sức.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên để nắn và bó bột.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng cơ năng gãy Pouteau – Colles:

A- Đau: Đau ít ở vùng gãy, đau tăng khi cử động.

Mất vận động hoàn toàn.

B - Đau: Đau nhiều ở vùng gãy, đau tăng khi cử động.

Mất vận động hoàn toàn.

C- Đau: Đau nhiều ở vùng gãy, đau tăng khi cử động.

Giảm vận động: ít.

D- Đau: Đau ít ở vùng gãy, đau tăng khi cử động.

Giảm vận động: ít.

Câu 2: Hình ảnh lười lê trong gãy Poateau – Colles:

A- Nhìn thẳng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón I, II vì đầu dưới chuyển ra ngoài.

B- Nhìn nghiêng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón I, II vì đầu dưới chuyển vào trong.

C- Nhìn thẳng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón IV, V vì đầu dưới chuyển ra ngoài.

D- Nhìn thẳng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón IV, V vì đầu dưới chuyển vào trong.

Câu 3: Hình ảnh lưng đĩa trong gãy Poateau – Colles:

A- Nhìn thẳng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón IV, V vì đầu dưới chuyển ra ngoài.

B- Nhìn nghiêng: Bàn tay đưa ra sau, đoạn dưới gồ ra sau, đoạn trên gồ ra trước.

C- Nhìn nghiêng: Bàn tay vẹo ngoài, trục cẳng tay không qua ngón giữa mà chéch vào ngón I, II vì đầu dưới chuyển vào trong.

D- Nhìn thẳng: Bàn tay đưa ra sau, đoạn dưới gồ ra sau, đoạn trên gồ ra trước.

Câu 4: Xử trí gãy Poateau – colles ở y tế cơ sở:

A- Giảm đau bằng Mocphin.

Cố định tạm thời bằng nẹp và treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng băng vải.

Tiêm thuốc trợ tim, trợ sức.

Kéo nắn, bó bột cẳng bàn tay.

B- Phóng bế Novocain tại chỗ để giảm đau.

Cố định tạm thời bằng nẹp và treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng băng vải.

Tiêm thuốc trợ tim, trợ sức.

Kéo nắn, bó bột cẳng bàn tay.

C- Phóng bế Novocain tại chỗ để giảm đau.

Cố định tạm thời bằng nẹp và treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng băng vải.

Tiêm thuốc trợ tim, trợ sức.

Giải thích cho bệnh nhân và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên.

D- Phóng bế Novocain tại chỗ để giảm đau.

Cố định tạm thời bằng nẹp và treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng băng vải.

Tiêm thuốc trợ tim, trợ sức. Kéo nắn, bó bột cẳng bàn tay

Bài 62

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của chấn thương sọ não kín. Đặc biệt là triệu chứng của khối máu tụ ngoài màng cứng.
2. Trình bày được các nguyên tắc vận chuyển nạn nhân bị chấn thương sọ não kín.

NỘI DUNG

Chấn thương sọ não kín là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tổn thương thường phức tạp. Điều trị khó khăn nên cần khám kỹ để phát hiện sớm.



Hình 62.1. Tai nạn giao thông



Hình 62.2. Mê sau chấn thương

1. Triệu chứng và các thể lâm sàng

Tuỳ theo mức độ tổn thương mà có một số thể lâm sàng.

1.1. Chấn động não

- Là thể hay gặp nhất
- Sau một chấn thương vào đầu bệnh nhân bị mê khoảng vài phút đến vài giờ sau tỉnh lại. Kêu đau đầu, chóng mặt buồn nôn hoặc nôn. Sau 7 đến 10 ngày các triệu chứng trên hết không còn di chứng.

1.2. Phù não

- Có 2 loại phù não: phù não do căn nguyên mạch và phù não do nhiễm độc tế bào. Trong phù não do căn nguyên mạch, do tế bào nội mạc các mạch máu bị tổn thương, ảnh hưởng tới quá trình lọc của huyết tương, nước thoát khỏi lòng mạch, tràn vào khoang gian bào, dẫn đến phù tế bào. Đối với phù não do nhiễm độc tế bào, nước bị tích lại trong lòng tế bào gây tổn thương màng tế bào. Ngoài ra còn do thiếu oxy, nhiễm độc nội sinh do các ổ hoại tử não gây nên.

- Những triệu chứng làm cho ta có thể nghĩ tới một hiện tượng phù não (kèm theo dập não hay máu tụ): Sau một chấn thương nặng, bệnh nhân hôn mê (hoặc có khoảng tỉnh) rồi tiếp đó mê nặng hơn kèm theo những cơn co cứng người, cứng tay chân, sốt cao, thở nhanh và rống lên, miệng sùi bọt mép, khó thở. Hoặc lúc đầu có liệt (do dập não) rồi sau đó liệt nặng hơn kèm theo những cơn giật cục bộ và mê nặng dần.

1.3. Giập não

- Nhẹ: Bệnh nhân mê sau chấn thương, rồi tỉnh lại dần.
- Nặng: Bệnh nhân hôn mê sâu có rối loạn nhịp thở, nhiệt độ tăng. Hoặc giãy giụa, la hét. Nôn nhiều, có dấu hiệu cứng gáy. Có khi liệt nửa người.

1.4. Khối máu tụ trong sọ: (Có 3 trường hợp sau)

1.4.1. Máu tụ ngoài màng cứng (1)

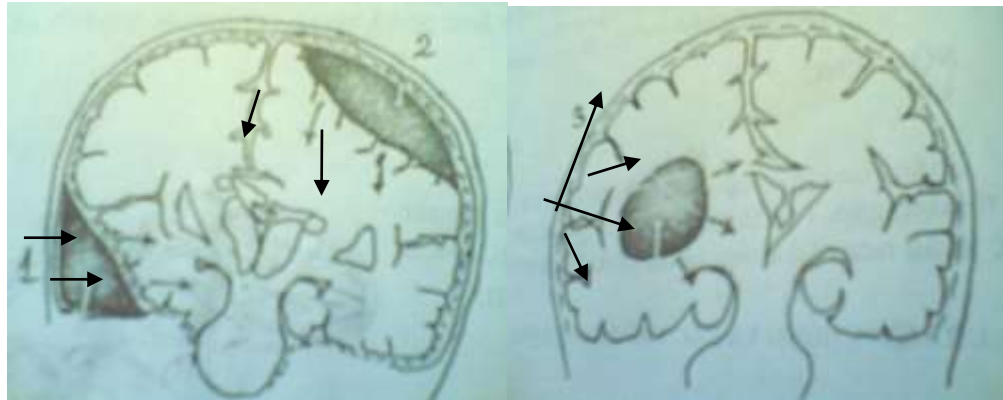
1.4.2. Máu tụ dưới màng cứng (2)

1.4.3. Máu tụ trong sọ (3)

* Máu tụ ngoài màng cứng hay gặp nhất. Có dấu hiệu sau:

- Khoảng tỉnh là triệu chứng quan trọng. Sau chấn thương bệnh nhân mê ngay độ 5 đến 10 phút rồi tỉnh lại dần. Nhưng sau một vài giờ bệnh nhân kêu nhức đầu nôn rồi mê dần đi.

- Cũng có khi sau một chấn thương bệnh nhân bị choáng váng nhưng vẫn tỉnh, sau đó đi vào hôn mê dần dần.



Hình 62.3. Khối máu tụ trong sọ

- Dấu hiệu não bị chèn ép:

+ Nhức đầu: Đây là dấu hiệu đầu tiên.

+ Nôn.

+ Tri giác giảm dần, bệnh nhân đi vào trạng thái hôn mê.

+ Rối loạn thần kinh thực vật như: Mạch chậm (80 - 60 - 50 lần / phút), rối loạn nhịp thở hoặc thở không đều.

+ Huyết áp cao dần, sốt cao.

+ Áp lực não tủy tăng.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú (chèn ép vỏ não):

+ Liệt nửa người đối diện với bên tổn thương tăng dần

+ Đồng tử giãn từ từ cùng bên với bên tổn thương.

+ Rối loạn cảm giác.

+ Ngoài ra còn có thể có những dấu hiệu khác như: Phản xạ gân xương tăng, dấu hiệu Babinski một bên hoặc soi đáy mắt thấy phù gai thị một bên...



Hình 61.4. Chấn thương sọ não kín có rách da đầu

1.5. Võ xương sọ

- Lún xương sọ: Cần mổ để nâng xương.
- Võ nền sọ: Có máu và dịch não tủy chảy ra mũi và tai.
- Hai hố mắt bị bầm tím (Gọi là dấu hiệu đeo kính râm)

2. Tiên lượng: Dựa vào bảng Glasgow để tiên lượng

- Giá trị tiên lượng: Nặng dưới 7 điểm
- Theo dõi tiến triển của tri giác từ khi bị tai nạn cho tới khi đến bệnh viện.

Bảng theo dõi Glassgow:

Mở mắt (M)	Tự nhiên	4 điểm
	Gọi mở	3 điểm
	Cấu mở	2 điểm
	Không mở	1 điểm
Vận động(V)	Bảo làm được	6 điểm
	Bầu	
	- Gạt đúng	5 điểm
	- Gạt sai	4 điểm
	Co cứng vỏ não(co 2 tay)	3 điểm
	Co cứng mắt não (co chân tay)	2 điểm
Trả lời (N) Tri giác	Không cử động được	1 điểm
	Đúng	5 điểm
	Lẫn lộn	4 điểm
	Không chính xác	3 điểm
	Không rõ	2 điểm
	Không trả lời	1 điểm

- Tổng số điểm từ 3 đến 15 điểm
- Điểm trung bình từ 7 trở lên tiên lượng khá
- Nếu dưới 7 nặng không nên chuyển viện.
- Số điểm có thể thay đổi tùy theo thời gian.



Hình 62.5. Hình cắt dọc máu tụ trong sọ

3. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Khi bệnh nhân còn tỉnh (glasgow ≥ 7 đ), các chỉ số sinh tồn trong giới hạn bình thường, nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa để theo dõi và điều trị.
- Khi bệnh nhân đang bị mê cần đặt bệnh nhân nằm đầu nghiêng để phòng lưỡi bị tụt hoặc dịch trong dạ dày nôn ra trào ngược tràn vào đường thở.
- Dùng bơm tiêm to hút sạch đờm dãi.
- Cho thở oxy (nếu có)

- Nếu đường hô hấp trên bị tắc do máu và đờm dãi phải hút, nếu không có kết quả thì mở khí quản.
- Theo dõi tri giác và vận động theo thang điểm Glasgow.
- Theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp và nhiệt độ.
- Tiêm kháng sinh phòng bội nhiễm.
- Khi di chuyển bệnh nhân nằm ngửa. Có cố định vào cáng để khi gãy khỏi bị ngã.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Các thể lâm sàng chấn thương sọ não.

- A- Gồm 4 thể:
 - + Chấn động não.
 - + Giập não.
 - + Nhũn não.
 - + Vỡ não.
- B- Gồm 3 thể:
 - + Máu tụ trong não.
 - + Máu tụ dưới màng cứng.
 - + Máu tụ ngoài màng cứng.
- C- Gồm 4 thể:
 - + Chấn động não.
 - + Dập não.
 - + Khối máu tụ trong não.
 - + Vỡ xương sọ.
- D- Gồm 3 thể:
 - + Máu tụ trong não
 - + Máu tụ dưới màng cứng.
 - + Máu tụ trong màng cứng.

Câu 2: Dấu hiệu não bị chèn ép do chấn thương sọ não:

- A- Nhức mắt, buồn nôn, nôn, tri giác giảm, rối loạn thần kinh trung ương.
- B- Nhức mắt, buồn nôn, nôn, tri giác giảm, rối loạn thần kinh thực vật.
- C- Đau đầu, nôn, tri giác giảm, rối loạn thần kinh trung ương.
- D- Đau đầu, nôn, tri giác giảm. rối loạn thần kinh thực vật.

Câu 3: Chỉ định mổ cấp cứu chấn thương sọ não.

- A- Tụ máu trong, vỡ sọ có lún xương
- B- tụ máu dưới màng cứng, vỡ sọ có lún xương.
- C- Tụ máu trong, vỡ sọ có lún xương.
- D- Tụ máu ngoài màng cứng, vỡ sọ có lún xương.

Bài 63

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng viêm ruột thừa cấp.
2. Trình bày được các biến chứng nguy hiểm của viêm ruột thừa cấp.
3. Trình bày được phương pháp xử trí viêm ruột thừa cấp ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Viêm ruột thừa là một bệnh cấp cứu ngoại khoa gặp ở mọi lứa tuổi. Đứng hàng đầu trong các trường hợp cấp cứu về ổ bụng. Bệnh cần chẩn đoán sớm và mổ kịp thời. Nếu chẩn đoán muộn và mổ muộn bệnh sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm và có thể tử vong. Vì thế khi chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ viêm ruột thừa phải chuyển sớm bệnh nhân lên tuyến trên.



Hình 63.1. Vị trí ruột thừa:

- a. Bình thường. b. Sau hồi tràng
c. Sau manh tràng d. Khung chậu nhỏ

2. Nguyên nhân

Viêm ruột thừa có thể có các nguyên nhân sau:

2.1. Do nhiễm khuẩn: Vi khuẩn thường gặp E. Coli, liên cầu khuẩn, vi khuẩn yếm khí.

2.2. Do giun đũa chui vào hoặc do sỏi phân

2.3. Do co thắt mạch máu ruột thừa dẫn tới thiếu dinh dưỡng tại ruột thừa gây viêm

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng toàn thân

Bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt nhẹ 38° C đến 38°5C, mạch nhanh trên 90 lần trong một phút, môi khô lưỡi bẩn...

3.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau: Đau âm ỉ liên tục và khu trú tại hố chậu phải. Đôi khi gặp những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc đau quanh rốn sau đó khu trú ở hố chậu phải.
- Nôn: Có khi chỉ buồn nôn.
- Bí trung đại tiện, đôi khi gặp ỉa lỏng.

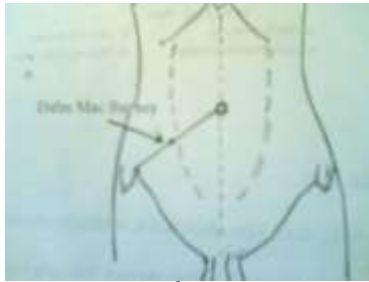
3.3. Triệu chứng thực thể

Phải khám nhẹ nhàng từ chỗ không đau đến chỗ đau, có thể thấy:



Hình 63.2. Ấn tay vào hố chậu phải đau

- Hố chậu phải đau: ấn tay vào hố chậu phải đau nhất là điểm ruột thừa (Điểm MacBurney: Là điểm giữa của đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải).
- Phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải: Triệu chứng này thường thấy và có giá trị.



Hình 63.3. Điểm Mac- Burney



Hình 63.4. Thăm trực tràng, bên phải đau

- Thăm trực tràng, âm đạo: ấn ngón tay vào thành bên phải của trực tràng hay âm đạo bệnh nhân đau.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng cao trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 70%
- Siêu âm : Thấy hình ảnh ruột thừa viêm (ruột thừa tăng kích thước, hình bia bắn, hình ngón tay lồng găng)

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Đau khu trú tại hố chậu phải.
- Điểm MacBurney đau.
- Có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Khám để xác định viêm ruột thừa thường là khó và dễ nhầm với một số bệnh:

- Các bệnh về đường tiết niệu: Con đau do sỏi niệu quản phải, viêm đường tiết niệu, cơn đau quặn thận bên phải...
- Các bệnh về sản khoa: Chửa ngoài tử cung vỡ, u nang buồng trứng xoắn, viêm phần phụ...
- Các bệnh về tiêu hoá: Viêm màng bụng do thủng ổ loét dạ dày- tá tràng, viêm đại tràng co thắt, thủng ruột do thương hàn, viêm túi thừa Meckel.
- Với các bệnh khác: Viêm cơ đái chậu bên phải, viêm cơ thành bụng...

5. Biến chứng



Hình 63.5. Ruột thừa viêm.

Nếu chẩn đoán và xử trí không kịp thời. Ruột thừa bị thủng gây ra biến chứng nguy hiểm.

Viêm ruột thừa cấp không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng sau:

5.1. Viêm màng bụng

Đây là một biến chứng nặng thường sau 24 đến 48 giờ bệnh nhân thấy đau tăng lên, đau lan ra khắp bụng. Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng rõ rệt, bí trung đại tiện. Có phản ứng phúc mạc.

5.2. Áp xe ruột thừa (Còn gọi là viêm màng bụng khu trú):

Do phát hiện viêm ruột thừa không kịp thời ruột thừa vỡ ra được mạc nối lớn và các tạng lân cận đến bao xung quanh ổ bụng.

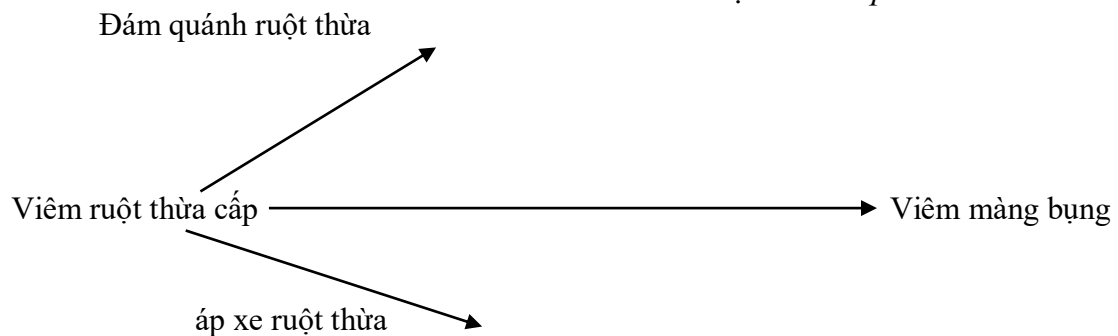
Khi khám ta thấy: Có một khối u ranh giới rõ rệt, liền với gai chậu trước trên bên phải, mặt khối u nhẵn, mềm ấn đau. Toàn thân bệnh nhân vẫn sốt. Bạch cầu tăng.

5.3. Đám quánh ruột thừa

Sau một thời gian ruột thừa bị viêm, được mạc nối lớn và ruột non đến bao bọc quanh.

Khi khám sẽ thấy hội chứng nhiễm trùng giảm, đau dịu hơn trước. ở hố chậu phải có một mảng cứng, gianh giới không rõ rệt, ấn đau ít.

Sơ đồ 63.1. Tiến triển viêm ruột thừa cấp.



6. Xử trí

Viêm ruột thừa cần chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời bằng phẫu thuật. Khi nghi ngờ hoặc chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cần thực hiện:

* Nguyên tắc 3 không:

- Không tiêm thuốc giảm đau.
- Không tiêm vào vùng đau.
- Không thụt tháo.

* Các việc nên làm:

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- Có thể tiêm trợ lực (Vitamin B₁ - Vitamin C).

- Nên chuyển bệnh nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân viêm ruột thừa cấp:

A- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: Sốt nhẹ 38- 38,5⁰C, mạch nhanh > 90 lần/ phút, môi khô, lưỡi bẩn...

B- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc: Sốt cao 39- 40⁰C, mạch nhanh > 90 lần/ phút, môi khô, lưỡi bẩn, đại ít hoặc vô niệu...

C- Bệnh nhân có hội chứng sốc nhiễm độc: Da xanh tái, niêm mạc nhợt, mệt mỏi, mạch nhanh, huyết áp hạ...

D- Bệnh nhân có hội chứng mất nước và điện giải: Da xanh tái, niêm mạc nhợt, mệt mỏi, mạch nhanh, huyết áp hạ...

Câu 2: Triệu chứng đau trong viêm ruột thừa cấp:

A- Đau đột ngột, dữ dội và khu trú ở hố chậu trái. Đôi khi có những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc quanh rốn, sau khu trú ở hố chậu trái.

B- Đau âm ỉ từng cơn và khu trú ở hố chậu trái. Đôi khi có những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc quanh rốn, sau khu trú ở hố chậu trái.

C- Đau âm ỉ liên tục và khu trú ở hố chậu phải. Đôi khi có những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc quanh rốn, sau khu trú ở hố chậu phải.

D- Đau đột ngột, dữ dội từng cơn và khu trú ở hố chậu phải. Đôi khi có những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc quanh rốn, sau khu trú ở hố chậu phải.

Câu 3: Chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp:

A- Có hội chứng nhiễm khuẩn. Đau khu trú tại hố chậu trái. Điểm Macbutney đau. Có phản ứng thành bụng hố chậu trái.

B- Có hội chứng nhiễm khuẩn. Đau khu trú tại hố chậu phải. Điểm Macbutney đau. Có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải.

C- Có hội chứng mất nước và điện giải. Đau khu trú tại hố chậu trái.

D- Có hội chứng mất nước và điện giải. Đau khu trú tại hố chậu phải. Điểm Macbutney đau. Có phản ứng thành bụng hố chậu phải.

Bài 64

THÙNG DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thùng dạ dày.
2. Trình bày được các biến chứng nguy hiểm của thùng dạ dày.
3. Trình bày được các cách xử trí ban đầu thùng dạ dày ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Thùng dạ dày - tá tràng thường là biến chứng của loét dạ dày tá tràng. Khi thùng: dịch, thức ăn, hơi từ trong dạ dày chảy vào ổ bụng. Nếu không mổ kịp thời bệnh nhân sẽ chết sau 3 – 5 ngày. Vì vậy việc phát hiện bệnh sớm và chuyển bệnh nhân lên tuyến trên là quan trọng.



Hình 64.1. Lỗ thùng bờ cong nhỏ



Hình 64.2. Lỗ thùng hành tá tràng

1. Nguyên nhân

1.1. Nguyên nhân chủ yếu: Là do ổ loét mãn tính dạ dày - tá tràng.

1.2. Nguyên nhân ít gặp

- Là thùng các ổ loét (loét Curling) ở dạ dày, tá tràng, ở những bệnh nhân bị bỏng, sau chấn thương.
- Hoặc những bệnh nhân điều trị Corticoid kéo dài (như Prednisolon)

1.3. Điều kiện thuận lợi

- Bệnh hay gặp ở người nghiện rượu.
- Khi thời tiết thay đổi, gặp nhiều vào mùa đông xuân.
- Do chấn thương.
- Tuổi hay gặp: 30 – 50 tuổi.
- Giới: Nam hay gặp nhiều hơn nữ.

2. Giải phẫu bệnh



Hình 64.3. Lỗ thùng môn vị, bờ cong nhỏ

2.1. Vị trí thường gặp: Hành tá tràng hoặc bờ cong nhỏ.

2.2. Lỗ thùng

- Số lượng: Hầu hết là 1 lỗ thùng. Trong trường hợp có thể gặp 2 – 3 lỗ.

- Kích thước: Lỗ thủng nhỏ như hạt đậu xanh, có loại to đứt lốt ngón tay cái. Bờ ổ loét thủng xơ chai, cứng nhưng mềm.

2.3. Tình trạng ổ bụng

Ổ bụng bần ít hay nhiều là do thủng gần hay xa bữa ăn hoặc lỗ thủng nhỏ hay to, vào viện được sớm hay muộn.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân dễ sốc do đau: Mạch nhanh, huyết áp hạ, chân tay lạnh, vã mồ hôi, khó thở, sốc thường kéo dài 30 phút đến 1 giờ sau đó mạch và huyết áp tốt hơn.

- Đến sớm trong những giờ đầu thì không có hội chứng nhiễm trùng. Nếu đến muộn thì có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: Mạch nhanh, huyết áp hạ, mặt hốc hác, nước tiểu ít hoặc vô niệu.



Hình 64.4. Đau như dao đâm và nôn khi đến muộn.

3.2. Triệu chứng cơ năng

3.2.1. Đau: Đau đột ngột, dữ dội, đau như dao đâm ở vùng thượng vị sau đó lan khắp ổ bụng. Đau làm bệnh nhân không dám thở mạnh và vận động.

3.2.2. Nôn: ít gặp.

3.2.3. Bí trung đại tiện: Thường xuất hiện từ 12 – 24 giờ sau khi thủng.

3.3. Triệu chứng thực thể



Hình 64.5. Chụp X quang ổ bụng KCB



Hình 63.6. Khám thành bụng

3.3.1. Nhìn:

- Bệnh nhân luôn luôn gập người và 2 tay ôm lấy bụng.
- Bụng chướng và không di động theo nhịp thở.

3.3.2. Sờ nắn: Thành bụng cứng như gỗ.

3.3.3. Gõ: Vùng đục trước gan mất và 2 hố chậu đục.

3.3.4. Thăm trực tràng, âm đạo: Khi lấy ngón tay ấn vào túi cùng Douglas bệnh nhân đau.

3.4. X. quang

Chụp ổ bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng: 75% có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.



Hình 64.7. Hình ảnh lâm hơi dưới cơ hoành

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày - tá tràng.
- Đau bụng đột ngột, dữ dội ở vùng thượng vị và đau lan khắp ổ bụng.
- Co cứng thành bụng.
- X quang có hình lưỡi liềm ở dưới cơ hoành bên phải.

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng bụng do thủng ruột thừa: Điểm đau đầu tiên ở hố chậu phải.
- Viêm màng bụng do mật: Có biểu hiện đau, sốt, vàng da niêm mạc.
- Viêm màng bụng do thủng ruột thương hàn: Thường bệnh nhân sốt cao kéo dài nhiều ngày sau đó đau bụng đột ngột, dữ dội.
- Tắc ruột: Bệnh nhân có đau bụng từng cơn, nôn và bí trung đại tiện, có lần quai ruột nổi.
- Chửa ngoài dạ con vỡ: Có tiền sử tắt kinh, điểm đau đầu tiên ở vùng hạ vị và có hội chứng thiếu máu

5. Biến chứng

5.1. Viêm màng bụng khu trú (áp xe dưới cơ hoành).

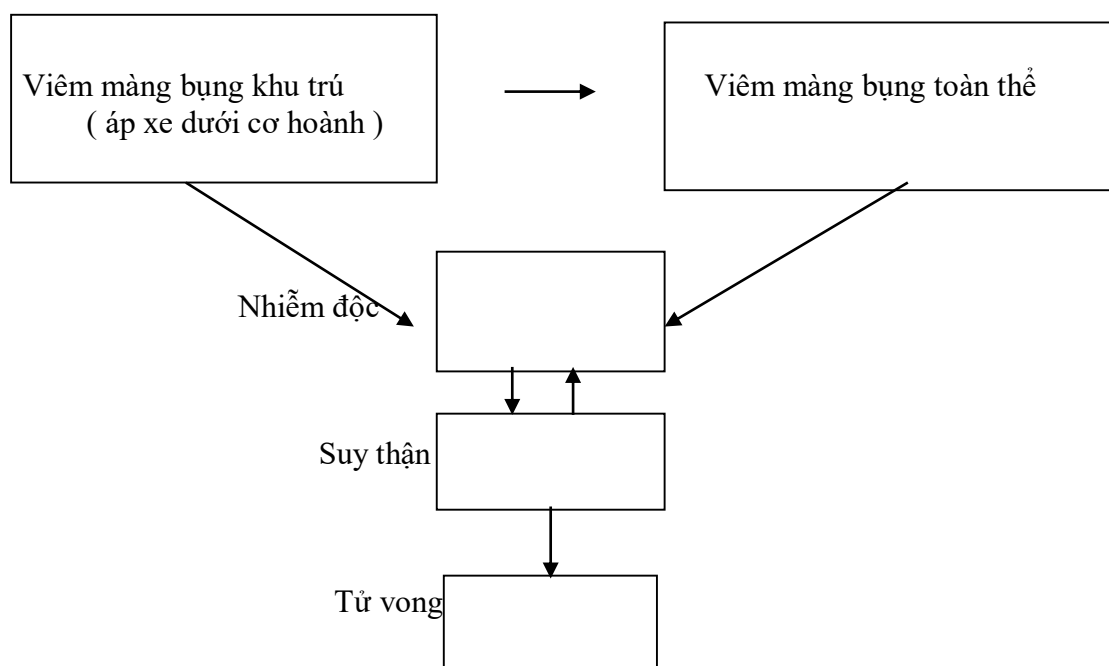
5.2. Viêm màng bụng toàn thể

5.3. Nhiễm trùng, nhiễm độc do đến muộn

5.4. Suy thận

5.5. Tỷ lệ tử vong cao: Nếu bệnh nhân đến muộn và thường gặp ở người già.

Sơ đồ 64.1. Diễn biến viêm màng bụng



6. Xử trí ở y tế cơ sở

Bệnh nhân cần nhanh chóng được chuyển lên tuyến trên khi thể trạng còn tốt để mổ cấp cứu

6.1. Những việc nên làm

- Đặt Sonde dạ dày.
- Truyền dịch nếu có.
- Tiêm thuốc trợ lực tim.
- Nằm nơi thoáng mát vào mùa hè và ấm áp vào mùa đông.
- Khi hết sốc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

6.2. Những việc không được làm

- Không được cho ăn, uống.
- Không được tiêm thuốc giảm đau.
- Không được tiêm vào thành bụng.
- Không được thụt tháo.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới thủng dạ dày:

A- Là do thủng ổ loét cấp tính ở dạ dày- tá tràng, ở bệnh nhân bỏng, sau chấn thương...

B- Là do thủng ổ loét mãn tính ở dạ dày- tá tràng.

C- Thường là do chấn thương vùng dạ dày.

D- Hay gặp ở những bệnh nhân điều trị Cocticoïd kéo dài.

Câu 2: Triệu chứng thực thể thủng dạ dày- tá tràng:

A- Nhìn: Bệnh nhân luôn gập người, hai tay ôm lấy bụng. Bụng mềm, di động theo nhịp thở.

Sờ nắn: Các quai ruột nổi.

Gõ: Vùng đục trước gan mất, hai hố chậu đục.

Thăm trực tràng- âm đạo: ấn túi cùng Douglas phồng đau.

B- Nhìn: Bệnh nhân luôn gập người, hai tay ôm lấy bụng. Bụng mềm, di động theo nhịp thở.

Sờ nắn: Thành bụng cứng như gỗ.

Gõ: Vùng đục trước gan mất, hai hố chậu đục.

Thăm trực tràng- âm đạo: ấn túi cùng Douglas phồng đau.

C- Nhìn: Bệnh nhân luôn gập người, hai tay ôm lấy bụng. Bụng chướng, không di động theo nhịp thở.

Sờ nắn: Thành bụng cứng như gỗ.

Gõ: Vùng đục trước gan mất, hai hố chậu đục.

Thăm trực tràng- âm đạo: ấn túi cùng Douglas phồng đau.

D- Nhìn: Bệnh nhân luôn gập người, hai tay ôm lấy bụng. Bụng chướng, không di động theo nhịp thở.

Sờ nắn: Bụng chướng, các quai ruột nổi.

Gõ: Vùng đục trước gan mất, hai hố chậu đục.

Thăm trực tràng- âm đạo: ấn túi cùng Douglas phồng đau.

Câu 3: Cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán thủng dạ dày- tá tràng:

A- Chụp bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng gập 70% có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

B- Chụp bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng gập 70% có hình ảnh mức nước mức hơi.

C- Chụp bụng có bơm thuốc cản quang ở tư thế đứng gập 70% có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

D- Chụp bụng có bơm thuốc cản quang tư thế đứng gập

Câu 4: Các việc nên làm khi xử trí thủng dạ dày- tá tràng:

A- Đặt sonde dạ dày, thắt tháo nếu cần. Tiêm thuốc giảm đau. Nằm nơi thoáng mát vào mùa hè, ấm áp vào mùa đông. Khi hết sốc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

B- Đặt sonde dạ dày, truyền dịch nếu có. Tiêm thuốc trợ tim trợ lực. Nằm nơi thoáng mát vào mùa hè, ấm áp vào mùa đông. Khi hết sốc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

C- Thắt tháo, truyền dịch nếu có. Tiêm thuốc trợ tim trợ lực. Nằm nơi thoáng mát vào mùa hè, ấm áp vào mùa đông. Khi hết sốc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

D- Đặt sonde dạ dày, truyền dịch nếu có. Tiêm thuốc giảm đau. Nằm nơi thoáng mát vào mùa hè, ấm áp vào mùa đông. Khi hết sốc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Câu 5: Các việc không nên làm khi xử trí thủng dạ dày- tá tràng:

A- Không tiêm thuốc trợ tim trợ lực. Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm vào thành bụng.

B- Không tiêm trợ tim trợ lực. Không cho ăn uống. Không tiêm giảm đau, không thắt tháo.

C- Không cho ăn uống. Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm vào thành bụng. Không thắt tháo.

D- Không cho ăn uống. Không truyền dịch. Không tiêm vào thành bụng. Không thắt tháo.

Bài 65

TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây tắc ruột.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của tắc ruột.
3. Trình bày được phương pháp xử trí tắc ruột ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Định nghĩa: Tắc ruột là sự đình trệ lưu thông các chất chứa đựng trong lòng ruột như hơi, dịch và bã thức ăn.

- Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa chiếm tỷ lệ 19,2% trong các trường hợp cấp cứu về ổ bụng nói chung và đứng hàng thứ 2 sau viêm ruột thừa.

- Bệnh này cần phát hiện và gửi lên tuyến trên sớm, nếu gửi chậm tỷ lệ tử vong cao do bị nhiễm độc và rối loạn nước, điện giải.



Hình 65.1. Ruột bị nghẹt hình chữ W



Hình 65.2. Tắc ruột do dính

2. Nguyên nhân: (Có hai nguyên nhân chính):

2.1. Tắc ruột cơ học: Nguyên nhân này đều phải điều trị bằng ngoại khoa.

2.1.1. Tắc ruột do nút bít (tiến triển từ từ):

- * Tại trong lòng của ruột.
 - Do giun: Tạo thành búi gây tắc ruột.
 - Do bã thức ăn.
 - Do sỏi mật rơi xuống (hiếm gặp).
- * Tại thành ruột: Các khối u lành hay ác tính phát triển làm lấp lòng của ruột.

Như ung thư đại tràng, u lao, Pôlip...

* Khối u bên ngoài đè vào ruột gây tắc ruột. Ví dụ như u mạc treo ruột, u nang buồng trứng, u xơ tử cung...

* Do không có hậu môn: Gặp ở trẻ mới đẻ.

* Do dính ruột: Dính ruột sau mổ, dính ruột bào thai.

2.1.2. Tắc ruột do bị thắt (loại này tiến triển rất nhanh) gây hoại tử ruột.

- Lòng ruột cấp tính ở trẻ em
- Xoắn ruột
- Thoát vị thắt (thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị cơ hoành, thoát vị rốn)
- Tắc ruột do dây chằng.



Hình 65.3. Xoắn ruột



Hình 65.4. Tắc ruột do dây chằng

2.2. **Tắc ruột cơ năng:** Điều trị bằng nội khoa

2.2.1. *Do liệt ruột:* Liệt ruột sau mổ, đau bụng cấp, viêm phổi, ỉa chảy...

2.2.2. *Do co thắt:*

- Do tổn thương thần kinh trung ương.
- Do ngộ độc chì hoặc Ancaloit.

3. **Triệu chứng lâm sàng**

3.1. **Triệu chứng cơ năng**

3.1.1. *Đau:* Đau bụng từng cơn. Lúc đầu nhẹ sau đau lan khắp bụng, có bệnh nhân sốt vì đau.

3.1.2. *Nôn:* Tắc càng cao nôn càng sớm, lúc đầu nôn ra thức ăn hay dịch tiêu hoá về sau nôn ra dịch màu đen.



Hình 65.5. Nôn do tắc ruột

3.1.3. *Bí trung đại tiện*

3.2. **Triệu chứng thực thể**

3.2.1. *Nhìn:* Lúc đầu bụng chướng vừa, có dấu hiệu rắn bờ, dấu hiệu quai ruột nổi. Về sau bụng chướng căng.

3.2.2. *Sờ nắn:* Có thể sờ được khối lồng, búi giun hoặc khối u. Nếu bệnh nhân đến muộn có phản ứng thành bụng vì ruột bị hoại tử gây viêm màng bụng.

3.2.3. *Gõ:* vang.

3.2.4. *Nghe:* Có tiếng lọc lọc,

3.2.5. *Thăm trực tràng:* thấy bóng trực tràng rỗng hoặc có máu theo tay trong lòng ruột cấp.



Hình 65.6. Chướng bụng do tắc ruột

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Nếu bệnh nhân đến sớm tình trạng toàn thân còn tốt.
- Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

3.4.1. Xét nghiệm máu: Hồng cầu và bạch cầu bình thường, có thể tăng do hiện tượng máu cô đặc, Urê máu tăng.

3.4.2. Chụp ổ bụng: Chụp không chuẩn bị ở tư thế đứng có hình mức nước, mức hơi.



Hình 65.7. Hình ảnh mức nước - mức hơi

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào:

- Đau bụng từng cơn.
- Nôn.
- Bí trung đại tiện.
- Có dấu hiệu rắn bò hoặc có quai ruột nổi.
- Xquang: có hình ảnh mức nước - mức hơi.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

4.2.1. Với trẻ sơ sinh: Không có hậu môn, teo ruột, tắc ruột phân su.

4.2.2. Trẻ từ 4 đến 12 tháng tuổi: Do lồng ruột.

4.2.3. Trẻ từ 4 đến 12 tuổi: Do giun, do thoát vị thắt.

4.2.4. Người lớn: Do dính ruột sau mổ, thoát vị thắt, tắc ruột do dây chằng, do ung thư, do xoắn ruột...

4.2.5. ở người già: Do ung thư đại tràng, thoát vị thắt.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

4.3.1. Phân biệt giữa tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng: Nếu tắc ruột cơ năng có biểu hiện:

- Đau nhẹ.
- Nôn ít hoặc không nôn.
- Bụng chướng vừa nhưng mềm.
- Không có dấu hiệu rắn bò hay lằn quai ruột nổi.

- X quang không có hình ảnh mức nước mức hơi.
- 4.3.2. *Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác*
 - U nang buồng trứng xoắn
 - Viêm tụy cấp
 - Thủng dạ dày
 - Con đau quặn thận, gan

5. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, tiêm thuốc kháng sinh
- Đặt Sonde hút dạ dày
- Không tiêm thuốc giảm đau
- Gửi tuyến có điều kiện phẫu thuật sớm

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân tắc ruột:

- A- Nếu bệnh nhân đến sớm tình trạng toàn thân vẫn tốt. Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.
- B- Nếu bệnh nhân đến sớm có biểu hiện sốc. Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.
- C- Nếu bệnh nhân đến sớm có biểu hiện sốc. Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng mất nước và điện giải.
- D- Nếu bệnh nhân đến sớm tình trạng toàn thân vẫn tốt. Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng rối loạn nước và điện giải.

Câu 2: Triệu chứng thực thể khi thăm trực tràng ở bệnh nhân tắc ruột:

- A- Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng đau.
- B- Thăm trực tràng có thể thấy búi tắc như búi giun, búi lỏng.
- C- Thăm trực tràng thấy rỗng và có máu theo tay trong lòng ruột cấp ở trẻ em.
- D- Thăm trực tràng túi cùng Douglas phồng đau và có thể thấy búi tắc.

Câu 3: Chẩn đoán xác định tắc ruột:

- A- Đau bụng từng cơn. Nôn. Bí trung tiện. Chướng bụng.
- B- Đau âm ỉ liên tục và tăng dần. Nôn. Bí trung tiện. Chướng bụng.
- C- Đau âm ỉ từng cơn. Nôn. Bí trung tiện. Có dấu hiệu rắn bò hoặc quai ruột nổi.
- D- Đau bụng từng cơn. Nôn. Bí trung tiện. Có dấu hiệu rắn bò hoặc quai ruột nổi.

Câu 4: Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột ở người lớn:

- A- Không có hậu môn, teo ruột, tắc ruột...
- B- Do giun, do thoát vị thắt...
- C- Dính ruột sau mổ, thoát vị thắt, tắc ruột do dây chằng, ung thư, xoắn ruột...
- D- Ung thư đại tràng, thoát vị thắt...

Bài 66

LỒNG RUỘT CẤP Ở TRẺ EM CÒN BÚ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của lồng ruột ở trẻ còn bú.
2. Trình bày được tiến triển của lồng ruột cấp.
3. Trình bày được xử trí lồng ruột cấp ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Lồng ruột là hai đoạn ruột chui vào nhau. Hay gặp ở trẻ bú bẩm từ 4 tháng đến 12 tháng tuổi.



Hình 66.1. Lồng ruột đơn



Hình 66.2. Lồng manh - hồi tràng



Hình 66.3. Lồng ruột kép

1. Triệu chứng

1.1. Triệu chứng cơ năng

1.1.1 Đau bụng dữ dội, đột ngột: Trẻ đang chơi tự nhiên khóc thét, uốn người, đập lưng tung. Sau cơn đau thui đi 5 đến 10 phút, rồi lại uốn người khóc thét.

1.1.2. Nôn sớm: Nôn ra sữa.

1.1.3. ỉa ra máu: 6 giờ sau cơn đau đầu tiên mới ỉa ra máu, lò lò như máu cá lẫn với phân.



Hình 66.4. Nôn và thăm hậu môn - trực tràng trong lồng ruột cấp

1.2. Triệu chứng thực thể

1.2.1. Nhìn: Nếu trẻ đến sớm thấy hạ sườn phải hoặc thượng vị phồng lên. Nếu trẻ đến muộn bụng chướng căng.

1.2.2. Sờ nắn ngoài con đau: Sờ từ hố chậu phải dần lên có thể thấy búi lông ở dưới bờ sườn phải. ở trên rốn hoặc xuống hố chậu phải có cảm giác hố chậu phải rỗng khi đến sớm.

1.2.3. Thăm trực tràng: Là động tác bắt buộc và có giá trị chẩn đoán nếu bóng trực tràng rỗng và có máu theo tay.



Hình 66.5. Thăm trực tràng có máu theo tay.

1.3. Triệu chứng toàn thân

Dấu hiệu mất nước: Môi se, da khô.

Nhiễm khuẩn.

2. Chẩn đoán sớm

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Nếu đến sớm dựa vào các dấu hiệu

- Đau bụng dữ dội từng cơn.
- Có nôn.
- ỉa ra máu.
- Sờ thấy búi lông.
- Thăm trực tràng có máu theo tay.

2.1.2. Nếu đến muộn

- Có hội chứng tắc ruột.
- Ỉa ra máu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Kiết lỵ.

2.2.2. Viêm dạ dày - Viêm ruột

- Có hội chứng nhiễm khuẩn
- Đau bụng ở mức nhẹ.
- ỉa ra máu lẫn phân vàng.

2.2.3. Các bệnh ỉa ra máu khác

- Viêm đại tràng chảy máu.
- Polip trực tràng máu đỏ tươi.
- Bệnh ưa chảy máu:
 - + Có chảy máu dưới da
 - + Có hội chứng thiếu máu
 - + Thời gian máu đông, máu chảy kéo dài

3. Tiến triển

Lồng ruột cấp ở trẻ bú mẹ tiến triển rất nhanh. Nếu chẩn đoán, xử trí muộn sẽ dẫn tới hoại tử ruột. Tỷ lệ tử vong cao.

4. Xử trí

4.1. Ở tuyến y tế cơ sở: Khi nghi ngờ hoặc chẩn đoán là lồng ruột cấp cần phải:

- + Giải thích cho bố mẹ trẻ biết sự nguy hiểm của bệnh.
- + Tạo điều kiện chuyển trẻ lên tuyến trên sớm.
- + Không tiêm thuốc giảm đau.
- + Không để theo dõi ở trạm xá xã.

4.2. Ở tuyến trên: Tuỳ theo thời gian và tình trạng trẻ mà điều trị bằng:

- + Bơm hơi để tháo lồng.
- + Mổ tháo lồng.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Thăm khám trực tràng cho bệnh nhi lồng ruột:

- A- Là động tác bắt buộc và có giá trị chẩn đoán nếu túi cùng Douglas phồng đau.
- B- Là động tác bắt buộc và có giá trị chẩn đoán nếu thấy hố chậu phải ấn rỗng.
- C- Là động tác bắt buộc và có giá trị chẩn đoán nếu ấn thành bên phải đau.
- D- Là động tác bắt buộc và có giá trị chẩn đoán nếu có máu theo tay.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân lồng ruột:

- A- Dấu hiệu sốc: Da xanh tái, mạch nhanh nhỏ... Có dấu hiệu mất nước.
- B- Có dấu hiệu sốc: Da xanh tái, mạch nhanh nhỏ... Nhiễm khuẩn.
- C- Dấu hiệu mất nước: Môi se, da khô... Nhiễm khuẩn.
- D- Dấu hiệu mất nước: Môi se, da khô... Sốc.

Câu 3: Chẩn đoán xác định lồng ruột cấp trường hợp tới sớm:

- A- Đau bụng âm ỉ từng cơn, nôn, ỉa máu. Sờ thấy búi lồng, thăm trực tràng rỗng.
- B- Đau bụng dữ dội từng cơn, nôn, ỉa máu. Sờ thấy búi lồng, thăm trực tràng có máu theo tay.
- C- Đau bụng âm ỉ từng cơn, nôn, ỉa máu. Sờ thấy búi lồng, thăm trực tràng có máu theo tay.
- D- Đau bụng dữ dội từng cơn, nôn, ỉa máu. Sờ thấy búi lồng, thăm trực tràng rỗng.

Câu 4: Chẩn đoán xác định lồng ruột cấp trường hợp tới muộn:

- A- Có hội chứng tắc ruột. ỉa ra máu.
- B- Có hội chứng tắc ruột. Nhiễm khuẩn.
- C- Có hội chứng nhiễm khuẩn. ỉa ra máu.
- D- Có hội chứng mất nước và điện giải. ỉa ra máu.

Câu 5: Xử trí lồng ruột cấp ở y tế cơ sở:

A- Giải thích cho bố mẹ biết sự nguy hiểm của bệnh. Tạo điều kiện cho trẻ được điều trị sớm. Tiêm giảm đau. Để theo dõi ít nhất trong 24h, nếu bệnh nhân không đỡ thì chuyển lên tuyến trên điều trị.

B- Giải thích cho bố mẹ biết sự nguy hiểm của bệnh. Tạo điều kiện cho trẻ được điều trị sớm. Tiêm kháng sinh, truyền dịch. Để theo dõi ít nhất trong 12h, nếu bệnh nhân không đỡ thì chuyển lên tuyến trên điều trị.

C- Giải thích cho bố mẹ biết sự nguy hiểm của bệnh. Tạo điều kiện cho trẻ được chuyển lên tuyến trên sớm. Tiêm giảm đau, kháng sinh liều đầu rồi chuyển. Không để theo dõi tại trạm xá.

D- Giải thích cho bố mẹ biết sự nguy hiểm của bệnh. Tạo điều kiện cho trẻ được chuyển lên tuyến trên sớm. Không tiêm thuốc giảm đau. Không để theo dõi tại trạm xá

Bài 67

THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thoát vị bệnh nghệt.
2. Trình bày được phương pháp xử trí ban đầu thoát vị bệnh nghệt ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Thoát vị bệnh nghệt là một biến chứng nguy hiểm của thoát vị bẹn thường. Bệnh này cần phải phát hiện và gửi lên tuyến trên sớm. Nếu phát hiện muộn các tạng ở trong túi thoát vị sẽ bị hoại tử.

2. Giải phẫu bệnh



Hình 67.1. Thành phần túi thoát vị



Hình 67.2. Thành phần bao thoát vị

2.1. Ổng bẹn: (Đã học trong bài thoát vị bẹn thường.)

2.2. Các tạng có thể chui vào túi thoát vị: Ruột non, ruột già, mạc nối.

2.3. Mức độ tổn thương: Nếu mổ trước 6 giờ các tạng bị xung huyết và phù nề. Nếu mổ sau 12 giờ các tạng bị hoại tử.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. Đau: Đau đột ngột ở vùng bẹn bìu, nếu muộn đau lan lên khắp ổ bụng.

3.1.2. Nôn: ở giai đoạn đầu nôn ít. Nếu đến muộn nôn nhiều.

3.1.3. Bí trung đại tiện: Biểu hiện rõ ở giai đoạn muộn.



Hình 67.3. Thoát vị nghệt phải mổ cấp cứu

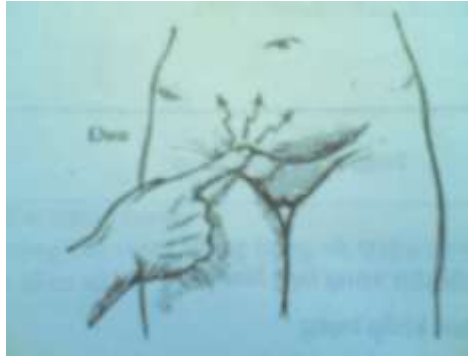
3.2. Triệu chứng thực thể

3.2.1. Nhìn: Vùng bẹn bìu có một khối u.

3.2.2. Sờ nắn:

Sờ vào khối u căng đau, đau nhất là vùng cổ túi thoát vị.

Khám bụng nếu bệnh nhân đến sớm bụng không chướng, nếu bệnh nhân đến muộn bụng chướng có lẫn quai ruột nổi hoặc có dấu hiệu rắn bờ. Có thể có phản ứng thành bụng.



Hình 67.4. Thoát vị đùi nghẹt ở nữ phải mổ cấp cứu

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Nếu bệnh nhân đến sớm toàn trạng vẫn bình thường.
- Nếu bệnh nhân đến muộn biểu hiện hội chứng nhiễm trùng và nhiễm độc.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Tiền sử bệnh nhân bị thoát vị bẹn thường.
- Đau đột ngột ở vùng bẹn bìu.
- Khi nắn khối thoát vị không thể thu nhỏ và không thể đẩy lên trên được. Nếu bệnh nhân đến muộn ngoài các triệu chứng đã kể trên còn có triệu chứng của tắc ruột.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tràn dịch màng tinh hoàn.
- Viêm màng tinh hoàn.
- U nang thừng tinh.

5. Xử trí

5.1. Không nên làm: Cố tình đẩy khối thoát vị bẹn.

5.2. Nên làm

- Tiêm thuốc an thần, thuốc trợ lực, thuốc trợ tim.
- Giải thích cho gia đình và người bệnh.
- Chuyển lên tuyến trên để mổ sớm.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Triệu chứng toàn thân thoát vị nghẹt trường hợp tới sớm:

- A- Nếu tới sớm toàn trạng vẫn bình thường.
- B- Nếu tới sớm sẽ có dấu hiệu sốc do đau.
- C- Nếu tới sớm sẽ có dấu hiệu mất nước.
- D- Nếu tới sớm sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân thoát vị nghẹt trường hợp tới muộn:

- A- Nếu tới muộn có dấu hiệu sốc do đau.
- B- Nếu tới muộn sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.
- C- Nếu tới muộn sẽ có dấu hiệu mất nước.
- D- Nếu tới muộn sẽ có dấu hiệu của tắc ruột.

Câu 3: Chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn nghẹt:

- A- Tràn dịch màng tinh hoàn. Viêm màng tinh hoàn. U nang buồng trứng.
- B- Tràn dịch màng tinh hoàn. Viêm màng tinh hoàn. U nang thừng tinh.
- C- Tắc ruột. Viêm màng tinh hoàn. U nang buồng trứng.
- D- Tắc ruột. Viêm màng tinh hoàn. U nang thừng tinh.

Câu 4: Việc cần làm khi xử trí thoát vị nghẹt ở y tế cơ sở:

- A- Đẩy khối thoát vị lên khi có thể. Tiêm an thần, trợ tim, trợ lực, tiêm giảm đau. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm.
- B- Đẩy khối thoát vị lên khi có thể. Tiêm kháng sinh, tiêm giảm đau. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm.
- C- Không cố tình đẩy khối thoát vị lên khi có thể. Tiêm kháng sinh, tiêm giảm đau. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm.
- D- Không cố tình đẩy khối thoát vị lên khi có thể. Tiêm an thần , trợ tim, trợ lực. Giải thích cho gia đình và người bệnh. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm

Bài 68

VIÊM MÀNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây viêm màng bụng.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm màng bụng và triệu chứng của nó.
3. Trình bày được phương pháp xử trí viêm màng bụng ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Viêm màng bụng là hiện tượng phản ứng viêm của màng bụng khi bị kích thích bởi vi khuẩn, các chất hóa học và các tác nhân vật lý (sức nóng, các tia...)

2. Nguyên nhân

2.1. Các loại vi khuẩn thường gặp: Trực khuẩn Coli, tụ cầu, liên cầu và vi khuẩn yếm khí.

2.2. Đường xâm nhập và gây bệnh của vi khuẩn: Vi khuẩn vào ổ bụng qua:

2.2.1. Tổn thương lá thành và lá tạng của màng bụng (viêm màng bụng thứ phát):



Hình 68.1. Viêm màng bụng do dập vỡ thận

- Lá thành bị thủng, ví dụ: Dao đâm, đạn xuyên qua lá thành.
- Lá tạng bị thủng, ví dụ: Các chấn thương gây vỡ tạng rỗng hoặc viêm túi mật hoại tử, viêm ruột thừa vỡ, thủng dạ dày, tắc ruột hoại tử, vỡ bàng quang, vỡ tử cung vv...

- Lá thành lá tạng bị thủng ví dụ: Đạn xuyên thủng, dao đâm...
- Từ một tạng bị nhiễm khuẩn ví dụ: Viêm vòi trứng...



Hình 68.2. VMB do thủng đại tràng



Hình 68.3. VMB do chữa ngoài tử cung vỡ

2.2.2. *Qua đường máu* (viêm màng bụng nguyên phát): Thường gặp ở những trẻ em và bệnh nhân bị xơ gan, vi khuẩn thường gặp là phế cầu trùng, liên cầu trùng tan huyết...



Hình 68.4. VMB do hoại tử mật



Hình 68.5. Viêm màng bụng do nạo thai

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. *Đau*: Tùy theo từng nguyên nhân gây bệnh mà có điểm đau đầu tiên khác nhau. Đau liên tục và lan tỏa.

3.1.2. *Nôn*: Nôn nhiều hay ít là tùy thuộc từng nguyên nhân gây bệnh.

3.1.3. *Bí trung đại tiện*

3.1.4. *Khó thở*: Nhịp thở trên 20 lần/phút.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Nếu viêm màng bụng đến sớm có hội chứng nhiễm trùng: Nhiệt độ tăng, mạch nhanh, môi khô lưỡi bẩn.

- Nếu đến muộn có hội chứng nhiễm độc: Nhiệt độ tăng hoặc giảm, môi khô, mắt trũng, mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, khó thở, nước tiểu ít hoặc vô niệu

3.3. Triệu chứng thực thể

3.3.1. *Nhìn*: Bụng chướng và không di động theo nhịp thở.

3.3.2. *Sờ nắn*: Xoa tay ấn và khám nhẹ nhàng, có phản ứng phúc mạc (đây là dấu hiệu quan trọng).

3.3.3. *Gõ*: Vùng đục trước gan mất (vỡ tạng rỗng). Gõ đục vùng hạ vị chứng tỏ ổ bụng có dịch.

3.3.4. *Thăm cùng đồ*: Bệnh nhân đau.

3.3.5. *Chọc dò*: ổ bụng có dịch đục hoặc có máu không đông (thủ thuật này chỉ làm ở tuyến trên).

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng: (chỉ làm ở tuyến trên)

3.4.1. Xét nghiệm máu

Bạch cầu tăng, bạch cầu giảm trong bệnh thủng ruột do thương hàn.

U rê máu tăng.

3.4.1. *X quang*: Chụp ổ bụng ở tư thế đứng có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành (thủng tạng rỗng). Có hình ảnh ổ bụng mờ: có dịch trong ổ bụng.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào các triệu chứng:

- Có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Đau liên tục và đau lan khắp ổ bụng.
- Bụng chướng.
- Có phản ứng phúc mạc hoặc co cứng thành bụng.

4.2. Chẩn đoán phân biệt với

4.2.1. *Viêm phổi thùy*: Nghe có ran ẩm cả hai phế trường.

4.2.2. *Cơ đau bụng cấp*: Đau dạ dày, đau gan, đau thận, khi khám hai hố chậu vẫn mềm.

5. Diễn biến

5.1. Tỷ lệ tử vong cao do nhiễm độc

5.2. Tạo các ổ mủ trong ổ bụng

5.3. Tắc ruột

6. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

6.1. Các việc không nên làm

- Không được tiêm thuốc giảm đau.
- Không tiêm thuốc kháng sinh.
- Không tiêm vào nơi đau.
- Không thụt tháo.
- Không cho ăn, uống.

6.2. Các việc nên làm

- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.
- Truyền dịch khi bệnh nhân bị sốc.
- Đặt Sonde dạ dày.
- Chuyển đi tuyến trên sớm.

LƯỢNG GIÁ

Câu Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

1: Các đường xâm nhập của vi khuẩn gây viêm phúc mạc nguyên phát:

- A- Vi khuẩn qua tổn thương của đường hô hấp.
- B- Vi khuẩn qua tổn thương của lá thành của màng bụng.
- C- Vi khuẩn qua màng của lá tạng.
- D- Vi khuẩn xâm nhập qua đường máu.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân viêm màng bụng tới sớm:

- A- Có hội chứng sốc: Da xanh tái, mạch nhanh, huyết áp hạ...
- B- Có hội chứng mất nước và điện giải: Khát nước, da khô, mạch nhanh...
- C- Có hội chứng nhiễm trùng: Nhiệt độ tăng, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩn...
- D- Có hội chứng khó thở: Nhịp thở > 20 lần/ phút, thở nhanh nông.

Câu 3: Triệu chứng toàn thân viêm màng bụng tới muộn:

- A- Có hội chứng mất nước và điện giải: Khát nước, da khô, mạch nhanh...
- B- Có hội chứng nhiễm trùng: Nhiệt độ tăng, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩn...
- C- Có hội chứng khó thở: Nhịp thở > 20 lần/ phút, thở nhanh nông.
- D- Có hội chứng nhiễm độc: Nhiệt độ tăng hoặc giảm, môi khô, mắt trũng, mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, khó thở, nước tiểu ít hoặc vô niệu...

Bài 69

HẸP MÔN VỊ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân dẫn đến hẹp môn vị
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của hẹp môn vị
3. Trình bày được các bước xử trí ban đầu hẹp môn vị ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Hẹp môn vị là một biến chứng của nhiều bệnh. Đứng hàng đầu là do loét xơ chai hành tá tràng và ung thư dạ dày.

Nếu triệu chứng lâm sàng đã rõ thì việc điều trị phức tạp, ảnh hưởng xấu cho người bệnh.

Ngày nay mạng lưới y tế rộng khắp nên việc phát hiện viêm loét dạ dày tá tràng đưa đi tuyến trên kiểm tra bằng chụp phim sớm đã giảm bớt được hẹp môn vị. Xong ở vùng xa trung tâm y tế hoặc do người bệnh không chịu đi khám, bệnh sẽ chuyển sang giai đoạn hẹp môn vị.

1. Nguyên nhân

1.1. Do loét dạ dày tá tràng

Loét ở dạ dày tá tràng và môn vị xơ chai gây hẹp tại chỗ.

1.2. Ung thư dạ dày

Khối u to dần chèn ép gây hẹp môn vị.

1.3. Nguyên nhân khác



Hình 69.1. Dạ dày hình chậu

1.3.1. Các khối u lành tính dạ dày tá tràng: U lao ở vùng môn vị hoặc Lymphô hạt, Pôlip...

1.3.2. Bỏng niêm mạc dạ dày gây hẹp

1.3.3. Hẹp do phì đại môn vị: Chỉ gặp ở trẻ em.

1.3.4. Nguyên nhân từ bên ngoài

- Túi mật viêm dính do co kéo môn vị
- Viêm tụy thể phì đại hoặc ung thư đầu tụy chèn ép môn vị.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Triệu chứng cơ năng

2.1.1. Đau: Đau bụng sau khi ăn khoảng 2 – 3 giờ. Đau từng cơn hay đau liên tục làm cho bệnh nhân sợ ăn.

2.1.2. Nôn: Nôn ra dịch dạ dày màu đen, mùi chua. Đặc biệt là nôn ra thức ăn của ngày hôm trước.

2.2. Triệu chứng toàn thân: Cơ thể gầy sút, da xanh, da dãn dùm và khô.

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. Nhìn: Bụng lõm lõng thuyền, vùng thượng vị đầy.

2.3.2. Sờ nắn: Có thể được khối u ở vùng thượng vị.

- Kích thích vùng thượng vị thì dạ dày nổi rõ.

- Dấu hiệu Bouveret (+). Đặt tay lên vùng trên rốn có cảm giác dạ dày cuộn lên từng lúc.

- Lắc có dấu hiệu óc ách khi đói.

2.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chiều dạ dày có uống thuốc Baryte nhìn thấy có hình ảnh tuyết rơi. Nhu động của dạ dày tăng trong giai đoạn đầu và giảm ở giai đoạn sau

- Chụp dạ dày: Dạ dày bị sa xuống dưới mào chậu.

3. Xử trí

Cho thuốc chống viêm: Tetraxiclin hoặc Ampixilin.

Cho thuốc giảm đau và giảm co bóp: Nospa hay Atropin.

Cho thuốc giảm tiết axit: Cimetidin.

Cho thuốc an thần: Seduxen.

Cho rửa dạ dày bằng nước ấm.

Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân chính gây hẹp môn vị:

A- Loét dạ dày- tá tràng. Ung thư dạ dày.

B- Các khối u lành tính ở dạ dày- tá tràng. Bỏng niêm mạc dạ dày.

C- Hẹp do phì đại môn vị. Loét dạ dày- tá tràng.

D- Các khối u lành tính ở dạ dày- tá tràng. Ung thư dạ dày.

Câu 2: Triệu chứng cơ năng hẹp môn vị:

A- Đau bụng: Sau ăn khoảng 2- 3h. Đau dữ dội, có thể dẫn tới sốc do đau.

Nôn: Nôn ra dịch dạ dày màu đen, mùi chua. Đặc biệt nôn ra thức ăn của ngày hôm trước.

B- Đau bụng: Sau ăn khoảng 2- 3h. Đau từng cơn hay liên tục làm bệnh nhân sợ ăn.

Nôn: Nôn ra dịch dạ dày màu đen, mùi chua. Đặc biệt nôn ra thức ăn của ngày hôm trước.

C- Đau bụng: Đau ngay sau ăn. Đau dữ dội, có thể dẫn tới sốc do đau.

Nôn: Nôn ra dịch dạ dày, mùi chua, có thể lẫn với máu. Đặc biệt nôn ra thức ăn của ngày hôm trước.

D- Đau bụng: Đau ngay sau ăn. Đau từng cơn hay liên tục làm bệnh nhân sợ ăn.

Nôn: Nôn ra dịch dạ dày, mùi chua, có thể lẫn cả máu. Đặc biệt nôn ra thức ăn của ngày hôm trước.

Câu 3: Thuốc chống viêm thường dùng cho bệnh nhân hẹp môn vị ở y tế cơ sở:

A- Cimetidin, Omeprazol,...

B- Tetraxiclin hoặc Ampixilin.

C- Prednisolon.

D- Cephalixin hoặc Metronidazol.

Câu 4: Thuốc giảm đau và giảm co bóp thường dùng cho bệnh nhân hẹp môn vị ở y tế cơ sở:

A- Atropin hay Piroxicam.

- B- Paracetamol hay Seduxen.
- C- Papaverin hay Cimetidin.
- D- Nospa hay Atropin.

Câu 5: Cách xử trí hẹp môn vị ở y tế cơ sở:

- A- Cho thuốc chống viêm: Tetraxiclin hay Ampixilin.
Cho thuốc giảm đau và giảm co bóp: Nospa hay Atropin.
Cho thuốc giảm tiết acid: Cimetidin.
Cho thuốc an thần: Seduxen.
Cho rửa dạ dày bằng nước ấm.
Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- B- Cho thuốc chống viêm: Prednisolon hay Cephalexin.
Cho thuốc giảm đau và giảm co bóp: Nospa hay Atropin.
Cho thuốc giảm tiết acid: Cimetidin.
Cho thuốc an thần: Seduxen.
Cho rửa dạ dày bằng nước lạnh.
Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- C- Cho thuốc chống viêm: Tetraxiclin hay Ampixilin.
Cho thuốc giảm đau và giảm co bóp: Papaverin.
Cho thuốc giảm tiết acid: Cimetidin.
Cho thuốc an thần: Seduxen.
Cho rửa dạ dày bằng nước ấm.
Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên

Bài 70

VẾT THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 3 cách phân loại vết thương bụng.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của vết thương bụng đến sớm và đến muộn.
3. Trình bày được các bước xử trí vết thương bụng ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Vết thương bụng là một cấp cứu ngoại khoa cần phát hiện và can thiệp sớm. Nếu phát hiện và gửi đi chậm bệnh nhân sẽ chết vì mất máu và viêm màng bụng.



Hình 70.1. Vết thương bụng

1. Nguyên nhân

- Vết thương thường gặp trong thời bình do đâm chém nhau bằng dao, kiếm, lê, vật sắc nhọn, trâu bò húc, ngã vào cọc...
- Trong thời chiến do mảnh bom, mìn, đạn, rốc két, lưỡi lê....



Hình 70.2. Các nguyên nhân gây vết thương bụng

2. Phân loại vết thương



Hình 70.3. Vết thương thành bụng



Hình 70.4. Vết thương thấu bụng.

2.1. Vết thương thành bụng đơn thuần

Chiếm 30% trong các vết thương về ổ bụng. Làm tổn thương da, tổ chức dưới da, cân cơ, màng bụng vẫn còn nguyên vẹn, có vết thương gọn sạch, có vết thương dập

nát và bầm tím. Có vết thương bản có nhiều dị vật như đất cát mảnh quần áo... Trong vết thương thành bụng bên và sau cần chú ý đến thận và đoạn ruột già ngoài phúc mạc.

2.2. Vết thương thủng màng bụng

2.2.1. Vết thương thủng màng bụng đơn thuần

- Các tạng trong ổ bụng còn nguyên vẹn.
- Vết thương hẹp nếu có mạc nối hay ruột lòi ra dễ bị hoại tử do thắt.
- Vết thương rộng ruột lòi ra và dễ bị sốc.

2.2.2. Vết thương bụng có tổn thương nội tạng

* Tổn thương tạng đặc: Gan, lách, thận, tụy. Vết rách có thể nhỏ hoặc to, có loại dập nát. Tạng đặc khi bị tổn thương chảy máu nhiều dễ gây sốc và tử vong.

* Tổn thương tạng rỗng: Dạ dày, tá tràng, ruột non, ruột già, bàng quang. Khi bị tổn thương dịch tiêu hoá và các chất cặn bã chảy vào ổ bụng gây viêm màng bụng.

* Tổn thương mạc treo: Mạc treo bị thủng hoặc đứt mạch máu nuôi dưỡng mạc treo làm cho các đoạn ruột tương ứng thiếu máu nuôi dưỡng và dễ bị hoại tử.

2.3. Vết thương phối hợp

2.3.1. Vết thương bụng ngực

2.3.2. *Vết thương bụng chậu hông*: Tổn thương đi từ bụng tới chậu hông.

2.2.3. *Vết thương chậu hông, bụng*: Tổn thương đi từ chậu hông tới bụng.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Nếu bệnh nhân đến sớm

3.1.1. Triệu chứng toàn thân: Có hai hình thái:

- Có sốc: Vết thương làm tổn thương nặng các tạng trong ổ bụng.
- Không sốc: Khi vết thương chỉ ở phần mềm hoặc các tạng vẫn bình thường.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau: Đau từ nơi tổn thương sau đó lan khắp bụng.
- Nôn: Giai đoạn này chưa biểu hiện rõ.
- Bí trung đại tiện.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: Quan sát đầy đủ: Vị trí, kích thước, số lượng và tính chất của vết thương xem ruột có bị lòi hay không, có dịch hay không khí chảy qua vết thương không.

- Sờ nắn: Có phản ứng thành bụng.

- Gõ: Vùng đục trước gan mất (trong thủng tạng rỗng), gõ đục vùng hạ vị (là hiện tượng chảy máu trong)

3.2. Giai đoạn muộn: Giai đoạn này triệu chứng lâm sàng rầm rộ hơn và có 2 hội chứng:

3.2.1. Hội chứng chảy máu trong

- Triệu chứng toàn thân có sốc.
- Triệu chứng cơ năng: Đau khắp bụng, nôn và bí trung đại tiện.
- Triệu chứng thực thể: Bụng chướng, phản ứng thành bụng gõ đục vùng

thấp, thăm túi cùng Douglas đau.

3.2.2. Hội chứng viêm màng bụng

- Triệu chứng toàn thân: Có hội chứng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm độc.
- Triệu chứng cơ năng: Đau lan toả khắp bụng, nôn và bí trung đại tiện hoàn

toàn.

- Triệu chứng thực thể:

- + Bụng chướng.

- + Co cứng thành bụng.

- + Gõ vùng đục trước gan mất.

+ Thăm túi cùng Douglas đau.

4. Xử trí

4.1. Chống sốc: - Ủ ấm, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.

- Tiêm thuốc kháng sinh.

4.2. Xử trí vết thương

- Nếu vết thương bụng ruột không lòi ra ngoài chỉ cần sát khuẩn quanh vết thương rồi băng lại.

- Nếu ruột lòi ra ngoài không được nhét ruột vào trong bụng. Dùng bát vô khuẩn úp lên rồi băng lại.

- Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi hết sốc.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Phân loại vết thương bụng:

A- Gồm 3 loại: Vết thương thành bụng đơn thuần, vết thương thủng màng bụng, vết thương thủng nội tạng.

B- Gồm 3 loại: Vết thương thành bụng đơn thuần, vết thương thủng màng bụng, vết thương phối hợp các tổn thương khác.

C- Gồm 2 loại: Vết thương thành bụng đơn thuần, vết thương phối hợp các tổn thương khác.

D- Gồm 2 loại: Vết thương bụng – màng bụng. Vết thương phối hợp các tổn thương khác.

Câu 2: Triệu chứng thực thể hội chứng vết thương bụng có chảy máu trong giai đoạn muộn:

A- Đau bụng, nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng.

B- Bụng chướng, phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp, thăm túi cùng Douglas đau.

C- Bụng chướng, có co cứng thành bụng, gõ trong, thăm túi cùng trước đau.

D- Bụng chướng, có co cứng thành bụng, mất vùng đục trước gan,

Câu 3: Hội chứng toàn thân viêm màng bụng trong vết thương bụng tới muộn:

A- Có sốc, có hội chứng mất nước - điện giải.

B- Đau lan toả khắp bụng, nôn và bí trung đại tiện hoàn toàn.

C- Có hội chứng nhiễm trùng hoặc nhiễm độc.

D- Bụng chướng, co cứng thành bụng, gõ đục vùng trước gan mất, thăm túi b cùng Douglas đau.

Câu 4: Xử trí tại chỗ vết thương bụng không lòi ruột ra ngoài tại y tế cơ sở:

A- Chỉ cần sát khuẩn xung quanh vết thương rồi băng lại.

B- Rửa sạch vết thương, băng kín rồi chuyển tuyến.

C- Rửa sạch vết thương, rắc thuốc kháng sinh rồi băng lại.

D- Sát khuẩn xung quanh, rửa sạch vết thương, cắt lọc rồi khâu kín.

Bài 71

CHẤN THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng của chấn thương bụng.
2. Trình bày được xử trí chấn thương bụng ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Chấn thương bụng do những vật tù gây nên, gặp trong tai nạn lao động, tai nạn giao thông, trong vui lắp, sức ép của bom đạn. Chấn thương bụng không làm thủng thành bụng.

Tổn thương của chấn thương bụng có thể gồm:

- Tổn thương thành bụng đơn thuần.
- Tổn thương tạng rỗng: Dạ dày, ruột non, tá tràng, đại tràng, bàng quang.
- Tổn thương tạng đặc như: Gan, tụy, lá lách, thận. Nếu nhẹ có tụ máu dưới bao. Nếu nặng làm vỡ nhiều mảnh.
- Tổn thương mạc treo và mạch máu.

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng cơ năng

Hỏi: Nguyên nhân, tư thế, thời gian xảy ra chấn thương bụng.

- Đau bụng: Đau ở vùng thành bụng bị chấn thương, đau có thể lan khắp bụng.
- Nôn: Buồn nôn không ?
- Có bí trung, đại tiện không ?
- Có sốc sau chấn thương.

2.2. Triệu chứng thực thể

2.2.1. Nhìn

- Thành bụng có bầm tím, tụ máu không ?
- Bụng có di động theo nhịp thở ?

2.2.2. Sờ: Tìm vị trí đau, có co cứng, phản ứng thành bụng hay không ?

2.2.3. Gõ: Vùng đục trước gan còn hay mất. Hai hố chậu có đục không ?

2.2.4. Thăm túi cùng Douglas có căng và đau ?

2.2.5. Thăm khám toàn diện tìm tổn thương phối hợp:

Khi thăm khám chú ý hai hội chứng:

- Hội chứng chảy máu trong:
 - + Biểu hiện tình trạng sốc mất máu. Da nhợt, chân tay lạnh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khát nước.
 - + Đau tăng và đau lan toả. Bụng căng chướng, gõ đục ở hai hố chậu. Thăm cùng đồ Douglas căng đau. ở tuyến trên chọc dò có máu không đông. X quang thấy bóng mờ của máu trong ổ bụng.



Hình 71.1. Vỡ lách gây chảy máu

- Hội chứng thùng tạng rỗng:
- + Bệnh nhân đau lan khắp bụng.
- + Có nôn chướng bụng, bí trung đại tiện.
- + Bụng không di động theo nhịp thở
- + Sờ bụng có phản ứng hoặc co cứng.
- + Gõ vùng đục trước gan mất.
- + Thăm cùng đồ Douglas đau.
- + X quang thấy hình liềm hơi dưới cơ hoành.
- + Toàn thân có hội chứng nhiễm khuẩn ngày càng tăng.
- + Nếu đến muộn có hội chứng nhiễm độc.

3. Xử trí

- Chấn thương bụng cần được chẩn đoán xử trí sớm.
- Khi nghi ngờ tổn thương các tạng, cần thực hiện 3 không:
 - + Không tiêm thuốc giảm đau.
 - + Không tiêm vào chỗ đau.
 - + Không cho ăn, không thụt tháo.
- Tiêm trợ tim, trợ lực.
- Truyền dịch nếu có.
- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- Phải có người hộ tống.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Các hội chứng tổn thương phối hợp với chấn thương bụng:

- A - Hội chứng thùng tạng rỗng, hội chứng vỡ tạng đặc.
- B - Hội chứng thùng tạng rỗng, hội chứng chảy máu trong.
- C - Hội chứng vỡ tạng đặc, hội chứng chảy máu trong.
- D - Hội chứng chảy máu trong, hội chứng sốc.

Câu 2: Triệu chứng toàn thân thùng tạng rỗng trong chấn thương bụng:

- A - Toàn thân có hội chứng sốc. Nếu bệnh nhân đến muộn có hội chứng mất nước.
- B - Toàn thân có hội chứng mất nước. Nếu bệnh nhân đến muộn có hội chứng nhiễm khuẩn.
- C- Toàn thân có hội chứng nhiễm khuẩn ngày càng tăng. Nếu muộn có hội chứng nhiễm độc.
- D- Toàn thân có hội chứng sốc ngày càng nặng. Nếu muộn có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc.

Câu 3: Nguyên tắc 3 không khi xử trí chấn thương bụng có nghi ngờ tổn thương các tạng ở y tế cơ sở:

A- Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm kháng sinh. Không cho ăn uống.
B- Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm thuốc vào chỗ đau. Không thụt tháo.

C- Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm thuốc kháng sinh. Không cho ăn, không thụt tháo.

D- Không tiêm thuốc giảm đau. Không tiêm thuốc vào chỗ đau. Không cho ăn, không thụt tháo.

Câu 4: Triệu chứng X.quang ở bệnh nhân thủng tạng rỗng trong chấn thương bụng:

A- Có hình ảnh mức nước mức hơi.

B- Có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

C- Có dịch trong ổ bụng.

D- Ổ bụng mờ, các quai ruột nổi.

Bài 72

ÁP XE GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây ra áp xe gan
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của áp xe gan do Amip
3. Trình bày được các biến chứng của áp xe gan do Amip
4. Trình bày được phương pháp xử trí, phòng bệnh áp xe gan ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Áp xe gan là trường hợp có một hay nhiều ổ mủ ở trong nhu mô gan hay trong đường mật.

Áp xe gan do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như: Amip, sỏi đường mật, giun chui lên đường mật, chấn thương gan, vi khuẩn từ đường máu...

Ở đây chỉ trình bày áp xe gan do Amip điển hình.



Hình 72.1. Ổ áp xe gan ở thùy phải

1. Nguyên nhân

Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, hay gặp ở độ tuổi từ 30 - 50 tuổi. Nó liên quan tới bệnh Amip đường ruột. Do thể gây bệnh Amip, áp xe gan xảy ra ở người bệnh đang bị lý Amip cấp hoặc đã khỏi hay người bị lý mãn tính và cả người không có tiền sử lý Amip.

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Thời kỳ viêm gan lan rộng: Gan to, ứ máu. Nhu mô gan có vùng xuất huyết (giai đoạn này nếu điều trị nội tích cực, đúng sẽ nhanh khỏi).

2.2. Thời kỳ tạo mủ

Sau giai đoạn có hiện tượng hoại tử nhu mô gan. Các ổ hoại tử kết hợp với nhau thành ổ áp xe, ổ áp xe thường gặp ở thùy phải của gan.

3. Triệu chứng

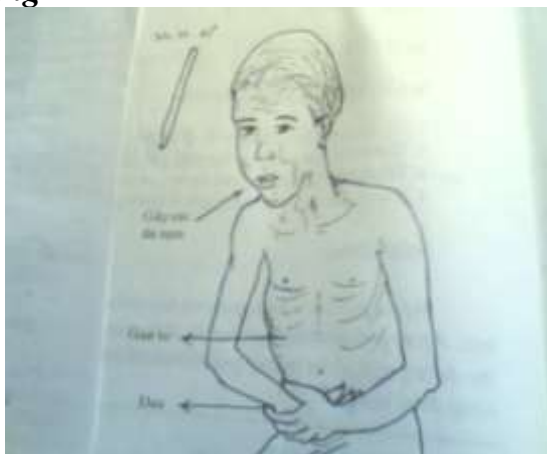
Trên lâm sàng giai đoạn viêm gan với giai đoạn tạo mủ khó phân định được. Có thể điều trị thử bằng Emetin hay chọc dò có mủ mới xác định được.

3.1. Triệu chứng toàn thân

- Sốt cao liên tục 38 đến 39°C. Đôi khi kèm theo rét run vã mồ hôi. Nhưng có khi sốt cao dao động, sốt về chiều hay cách nhật.

- Cơ thể suy sụp, gầy sút, da xám, môi khô, lưỡi bẩn, kém ăn, mất ngủ.

3.2. Triệu chứng cơ năng



Hình 72.2. Đau bụng

Đau là dấu hiệu quan trọng. Đau nhất là ở liên sườn 8 – 9 đường nách giữa. Đau lan lên ngực và vai phải. Đau âm ỉ và liên tục, có khi thành cơn. Đau tăng lên khi ho hay cử động mạnh.

3.3. Triệu chứng thực thể



Hình 72.3. Tìm dấu hiệu rung gan



Hình 72.4. Phương pháp nắn gan

3.3.1. Gan to: Cần khám nhẹ nhàng vì người bệnh đau nên khó phát hiện gan to.

- Nếu áp xe gan thùy phải: Sờ thấy bờ dưới của gan vượt xuống khỏi bờ sườn 2 – 3 cm. Bờ đều mật độ mềm, nhẵn, ấn đau. Có thể nhìn thấy khoang liên sườn phía dưới bên phải doãng rộng.

- Nếu áp xe gan thùy trái thấy khối u nằm ngang trên rốn, nối liền với gan.

3.3.2. Các động tác làm đau vùng gan

- Dấu hiệu rung gan: Làm rung gan bệnh nhân đau. Đó là dấu hiệu có giá trị.

- Tìm điểm đau: Dùng ngón tay ấn vào khoang liên sườn 8 – 9 đường nách giữa

3.4. Triệu chứng xét nghiệm

3.4.1. Chụp ổ bụng không chuẩn bị thấy

- Bóng gan to, cơ hoành phải lên cao, góc sườn hoành tù.

- Đáy phổi phải mờ (Do phản ứng màng phổi).

3.4.2. Siêu âm: Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán và điều trị.

3.4.3. Xét nghiệm máu

- Bạch cầu tăng cao.

- Tốc độ máu lắng tăng cao.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử bị ly Amíp.

- Sốt cao, gầy sút.

- Gan to, đau vùng gan.

- Điều trị thử bằng Emetin.

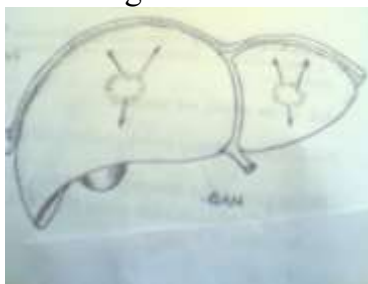
- Siêu âm
- Máu lắng tăng cao.

4.2. Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau

- 4.2.1. Ung thư gan.
- 4.2.2. Viêm túi mật.
- 4.2.3. Sốt rét.
- 4.2.4. Nang nước của gan.

5. Biểu chứng

Nếu trong giai đoạn viêm gan được điều trị đúng và sớm bệnh sẽ khỏi. Nếu không được điều trị sẽ có các biểu chứng:



Hình 72.5. Các hướng vỡ của áp xe gan

5.1. Ổ áp xe vỡ qua cơ hoành vào màng phổi: Bệnh nhân có:

- Đau dữ dội đáy ngực phải.
- Khó thở.
- Hội chứng tràn dịch màng phổi.
- Chọc màng phổi có mủ.

5.2. Ổ áp xe gan vỡ vào phổi – màng phổi: Bệnh nhân có:

- Sốt cao đột ngột.
- Ho từng cơn, khạc ra mủ.
- Cơ thể suy sụp, có thể tử vong.

5.3. Gây ra áp xe phổi: Túi mủ ở phổi thông với túi mủ ở gan qua cơ hoành.

5.4. Gây viêm màng tim có mủ: Gặp trong áp xe gan thùy trái vỡ qua cơ hoành.

5.5. Vỡ vào ổ bụng: Gây ra viêm màng bụng toàn thể.

5.6. Vỡ vào các tạng lân cận: Dạ dày, ruột, đường dẫn mật(ít gặp).

6. Điều trị

6.1. Ở cơ sở

- Cần giáo dục vệ sinh ăn uống, rửa tay trước khi ăn, nếu có người bị bệnh lý Amíp phải điều trị tích cực.
- Chẩn đoán và gửi bệnh nhân lên tuyến trên sớm.

6.2. ở tuyến trên

6.2.1. Giai đoạn viêm gan

- Emetin clohydrat: 1ctg/kg cân nặng cho một đợt điều trị (7 - 10 ngày).

Cần dùng phối hợp với Metroni - Dazon: Liều từ 1g - 1,5g trong 24 giờ (đợt liên tục 7 ngày)

- Kháng sinh như: Penixilin hoặc Ampixilin
- Stricnin và Vitamin B₁

6.2.2. Giai đoạn tạo mủ: Cần được chọc hút dưới chỉ dẫn của siêu âm hoặc dẫn lưu ổ áp xe.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân gây áp xe gan Amíp do:

- A- Thở Amíp nhỏ ăn hồng cầu.

- B- Kén Amip.
- C- Thẻ Amip lớn không ăn hồng cầu.
- D- Thẻ Amip lớn ăn hồng cầu.

Câu 2: Các thời kì của áp xe gan do Amip:

- A- Gồm 2 thời kì: Thời kì sốt và thời kì vàng da.
- B- Gồm 2 thời kì: Thời kì gan to và thời kì hoại tử gan.
- C- Gồm 2 thời kì: Thời kì viêm gan lan rộng và thời kì tạo mũ.
- D- Gồm 2 thời kì: Thời kì Amip xâm nhập và thời kì xơ gan.

Câu 3: Triệu chứng cơ năng áp xe gan:

A- Đau là dấu hiệu quan trọng, đau nhất ở khoang liên sườn 8- 9 đường nách giữa. Đau lan lên ngực và vai phải. Đau âm ỉ và liên tục, có khi thành cơn. Đau tăng khi ho và cử động mạnh.

B- Đau là dấu hiệu quan trọng, đau nhất ở khoang liên sườn 8- 9 đường nách trước. Đau lan xuống ngực bụng. Đau âm ỉ và liên tục, có khi thành cơn. Đau tăng khi ho và cử động mạnh.

C- Đau là dấu hiệu quan trọng, đau nhất ở khoang liên sườn 8- 9 đường nách giữa. Đau lan xuống ngực bụng. Đau dữ dội thành cơn. Đau tăng khi ho và cử động mạnh.

D- Đau là dấu hiệu quan trọng, đau nhất ở khoang liên sườn 8- 9 đường nách giữa. Đau lan lên ngực và vai phải. Đau dữ dội thành cơn. Đau tăng khi ho và cử động mạnh.

Câu 4: Chẩn đoán phân biệt áp xe gan với các bệnh khác:

- A-Viêm gan; viêm túi mật; sốt rét, nang nước của gan...
- B- Viêm gan; viêm đường mật; tắc mật; nang nước của gan...
- C- Ung thư gan; viêm túi mật; sốt rét; nang nước của gan...
- D- Ung thư gan; viêm đường mật; tắc mật; nang nước của gan...

Câu 5: Biến chứng viêm màng tim có mũ sau áp xe gan:

- A- Túi mũ ở tim thông với túi mũ ở gan qua cơ hoành.
- B- Gặp trong áp xe gan thùy trái vỡ qua cơ hoành.
- C- Gây ra viêm trung thất.
- D- Do áp xe gan thùy phải vỡ qua cơ hoành vào trung thất.

Câu 6: Xử trí áp xe gan ở y tế cơ sở:

A- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà phát hiện bệnh sớm. Nếu có ly Amip cần điều trị tích cực. Chẩn đoán và gửi bệnh nhân lên tuyến trên sớm.

B- Cần giáo dục vệ sinh ăn uống, rửa tay trước khi ăn. Nếu có ly Amip cần điều trị tích cực. Chẩn đoán và gửi bệnh nhân lên tuyến trên sớm.

C- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà phát hiện bệnh sớm. Nếu có ly trực khuẩn cần đưa bệnh nhân đi khám và điều trị sớm.

D- Cần giáo dục vệ sinh ăn uống, rửa tay trước khi ăn. Nếu có ly trực khuẩn cần đưa bệnh nhân đi khám và điều trị sớm.

Bài 73

TẮC ỚNG MẬT CHỦ DO SỎI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân chủ yếu gây sỏi ống mật chủ
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của sỏi ống mật chủ
3. Trình bày được cách đề phòng và xử trí sỏi ống mật chủ ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân

1.1. Nhiễm khuẩn đường mật

Làm tổn thương đường mật, niêm mạc đường mật có thể bị bong ra làm cơ sở cho sự lắng đọng của sắc tố mật, muối mật để hình thành sỏi.

1.2. Ký sinh trùng

Đặc biệt là giun đũa. Giun lên đường mật chết ở đây làm nòng cốt cho sự hình thành sỏi.

1.3. Rối loạn chuyển hóa

Chủ yếu là tăng Cholesterol trong máu và trong mật.

1.4. Do ứ trệ mật

Làm tăng đậm đặc của sỏi và sự lắng đọng của muối mật và sắc tố mật

Ở Việt Nam, nguyên nhân chủ yếu hình thành sỏi mật là nhiễm khuẩn và nhiễm ký sinh trùng đường mật.



Hình 73.1. Đường dẫn mật



Hình 73.2. Sỏi đường mật

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng cơ năng: Có 3 triệu chứng chính: Đau- sốt- vàng da cùng xuất hiện theo trình tự và cùng mất đi một đợt.

2.1.1. Đau: Xuất hiện đột ngột, dữ dội ở vùng hạ sườn phải, lan ra sau lưng và lên ngực.

2.1.2 Sốt: Xảy ra đồng thời hoặc sau cơn đau. Sốt cao liên tục 39⁰C đến 40⁰C. Có kèm theo rét run, sau vã mồ hôi.

2.1.3. Vàng da niêm mạc: Xuất hiện muộn hơn(khoảng 24 đến 48 giờ sau cơn đau đầu tiên).

2.1.4. Ngoài ra còn có các triệu chứng khác kèm theo như nôn, nước tiểu ít và sẫm màu, ngứa, phân bạc màu

2.2. Triệu chứng toàn thân

Mới đầu tình trạng toàn thân ít ảnh hưởng.

Nhưng đã có viêm đường mật thì toàn thân mệt lả, ăn uống kém, chậm tiêu, môi khô, lưỡi bẩn, gầy sút.

Nặng hơn sẽ dẫn tới hôn mê gan và hôn mê do u rê máu tăng cao.



Hình 73.3. Khám gan

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. Nhìn: Bụng không có gì thay đổi, chỉ di động ít do thở sâu đau. Có thể nhìn thấy túi mật nổi lên ở vùng hạ sườn phải và di động theo nhịp thở.

2.3.2. Sờ ấn: Hạ sườn phải đau. Có khi có phản ứng nửa bụng bên phải (trong viêm màng bụng mật).

- Ấn điểm túi mật đau, điểm sườn lưng và điểm mũi ức đau.
- Gan to dưới bờ sườn.
- Có thể thấy túi mật to.



Hình 73.4. Gan to



Hình 73.5. Điểm sườn - lưng

2.4. Xét nghiệm

- Bilirubin máu tăng.
- Muối mật, sắc tố mật có trong nước tiểu (bình thường không có gì).
- U rê máu (bình thường hoặc tăng).
- Siêu âm rất có giá trị.

3. Tiến triển và biến chứng

- Sỏi mật ở trong ống mật chủ có thể gây tắc mật. Cho nên cần điều trị kháng sinh, thuốc chống co thắt để cho dịch mật lưu thông.

- Khi sỏi mật gây tắc đường dẫn mật sẽ gây nên các biến chứng:

- 3.1. Thâm mật phúc mạc
- 3.2. Áp xe đường mật
- 3.3. Viêm túi mật hoại tử
- 3.4. Chảy máu đường mật
- 3.5. Viêm tụy cấp
- 3.6. Xơ gan do ứ mật

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: Dễ chẩn đoán nếu có đủ 3 triệu chứng: Đau- sốt- vàng da xuất hiện một cách trình tự và tái diễn nhiều lần.

4.2. Chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau

4.2.1. Ung thư đầu tụy

- Vàng da từ từ và tăng dần.
- Không sốt hoặc sốt ở giai đoạn cuối.
- Toàn thân suy sụp.
- Chụp khung tá tràng giãn rộng.

4.2.2. Giun chui lên ống mật

- Thường đau phải nằm chổng mông, gác chân lên tường.
- Nhiều khi không sốt.

4.2.3. Viêm gan do virus

- Đau, sốt, vàng da không trình tự.
- Bệnh nhân thường bắt đầu bằng mệt và chán ăn.
- Da vàng rực.
- Men gan tăng.
- Có liên quan vùng dịch tễ.

4.2.4. Thủng ổ loét hành tá tràng

- Thường không sốt, da và niêm mạc không vàng, thành bụng co cứng.
- Dựa vào X quang dạ dày.

5. Xử trí và phòng bệnh

5.1. Phòng bệnh

- Cần giáo dục vệ sinh ăn uống. Chống nhiễm các bệnh ký sinh trùng đường ruột.

- Tẩy giun định kỳ.
- Điều trị tích cực khi bị giun chui ống mật.

5.2. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Phải chẩn đoán bệnh sớm.
- Gửi bệnh nhân lên tuyến trên để xét nghiệm và điều trị.
- Dùng kháng sinh như Penixilin hay Ampixilin.
- Dùng thuốc chống co thắt như Atropin hay Nospa.
- Cho ăn lỏng, thức ăn dễ tiêu.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân tắc ống mật chủ do sỏi:

- A- Nhiễm khuẩn đường mật. Do ký sinh trùng. Rối loạn chuyển hoá. Do ứ trệ mật.
- B- Nhiễm khuẩn đường tiêu hoá. Do ký sinh trùng. Rối loạn chuyển hoá. Do ứ trệ mật.
- C- Nhiễm khuẩn đường tiêu hoá. Do vi khuẩn. Rối loạn chuyển hoá. Do ứ trệ mật.
- D- Nhiễm khuẩn đường mật. Do vi khuẩn. Rối loạn chuyển hoá. Do ứ trệ mật.

Câu 2: Ba triệu chứng cơ năng chính trong tắc ống mật chủ do sỏi:

- A- Có 3 triệu chứng chính là: Đau- vàng da- sốt, xuất hiện không theo trình tự nhưng mất đi theo trình tự.
- B- Có 3 triệu chứng chính là: Đau- vàng da- sốt, xuất hiện theo trình tự và mất đi theo trình tự.
- C- Có 3 triệu chứng chính là: Đau- sốt- vàng da, xuất hiện theo trình tự và mất đi theo trình tự.

D- Có 3 triệu chứng chính là: Đau- sốt- vàng da, xuất hiện không theo trình tự nhưng mất đi theo trình tự.

Câu 3: Các điểm đau đặc biệt khi khám tắc ống mật chủ do sỏi:

A- Ấn điểm túi mật đau, điểm Macbutney đau, điểm 1/2 giữa xương sườn 10 đau.

B- Ấn điểm sườn lưng đau, điểm Macbutney đau, điểm 1/2 giữa xương sườn 10 đau.

C- Điểm sườn lưng và điểm mũi ức đau, ấn điểm túi mật đau.

D- Điểm sườn lưng và điểm mũi ức đau, điểm Macbutney đau.

Câu 4: Chẩn đoán xác định tắc ống mật chủ do sỏi:

A- Siêu âm có sỏi trong gan.

B- Xét nghiệm máu: Ure huyết tăng.

C- Có biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc và triệu chứng hôn mê gan.

D- Có đủ 3 triệu chứng: Đau- sốt- vàng da, xuất hiện một cách trình tự và tái diễn nhiều lần.

Bài 74

UNG THƯ DẠ DÀY

MỤC TIÊU

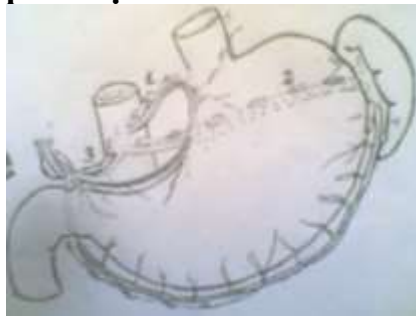
1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày ở hai giai đoạn
2. Trình bày được tư vấn bệnh nhân chuyển lên tuyến trên sớm

NỘI DUNG

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu trong các loại ung thư ở đường tiêu hoá, tỷ lệ chết cao vì phát hiện muộn.

Nguyên nhân thường do loét ở bờ cong nhỏ dạ dày, loét tiền môn vị do dịch axit ở dạ dày thấp, do viêm loét dạ dày mãn tính.

1. Giải phẫu bệnh



Hình 74.1. Bạch huyết dạ dày



Hình 74.2. Ung thư dạ dày

1.1. Khối u: Nhìn bề ngoài thấy thành dạ dày màu trắng thâm nhiễm ra tổ chức lành, u sần sùi cứng. Hầu hết là di căn nơi khác

1.2. Nhìn: Mặt trong phía dạ dày khối u sần sùi, màu tím, khối u to gây hẹp môn vị.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.2. Giai đoạn đầu: Triệu chứng nghèo nàn

2.1.1. Đau: Đau nhẹ, đau không có chu kỳ

2.1.2. Biếng ăn, mệt mỏi không rõ lý do

2.1.3. Nôn: Ăn xong có cảm giác ảm đạm và buồn nôn.

2.1.4. Gầy sút không rõ lý do.

2.1.5. Tinh thần và sinh thú giảm.

Khi có các triệu chứng trên cần lưu ý chuyển bệnh nhân đi làm xét nghiệm sớm như soi dạ dày, chụp dạ dày ...

2.2. Giai đoạn phát triển: Chẩn đoán dễ:

2.2.1. Đau tăng dần.

2.2.2. Nôn nhiều.

2.2.3. Gầy sút rõ, da xanh, thiếu máu, có bệnh nhân da vàng rôm.

2.2.4. Phù

2.2.5. Sờ

Có thể thấy khối u ở vùng thượng vị, di động hoặc không.

Bụng chướng và có dịch cổ chướng.

Có thể có hạch ở hố thượng đòn.

2.3. Xét nghiệm

Chụp dạ dày có hình ảnh khuyết và nhiễm cứng ở bờ cong nhỏ trên nhiều phim .



Hình 74.3. Hình cứng ở bờ cong nhỏ - hình lún

3. Biến chứng

- 3.1. Suy mòn, dẫn đến tử vong.
- 3.2. Thủng dạ dày.
- 3.3. Chảy máu dạ dày.
- 3.4. Hẹp môn vị.
- 3.5. Di căn vào các tạng lân cận.



Hình 74.4. Di căn của ung thư dạ dày

4. Xử trí

4.1. Cần phát hiện ngay ở giai đoạn đầu

4.2. **Giải thích động viên cho bệnh nhân** và gia đình chuyển lên tuyến trên sớm để có phương tiện chẩn đoán và điều trị. Không nên nói rõ đây là ung thư làm cho bệnh nhân bi quan bỏ điều trị.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Các biến chứng của ung thư dạ dày:

A- Suy mòn dẫn tới tử vong. Chảy máu dạ dày. Hẹp môn vị. Di căn sang các tạng lân cận. Thủng dạ dày.

B- Suy mòn dẫn tới tử vong. Viêm niêm mạc dạ dày. Hẹp môn vị. Di căn sang các tạng lân cận. Thủng dạ dày.

C- Suy mòn dẫn tới tử vong. Chảy máu dạ dày. Hẹp tâm vị. Di căn sang các tạng lân cận. Thủng dạ dày.

D- Suy mòn dẫn tới tử vong. Viêm niêm mạc dạ dày. Hẹp tâm vị. Di căn sang các tạng lân cận. Thủng dạ dày.

Câu 2: Xử trí ung thư dạ dày ở y tế cơ sở:

- A- Cần phát hiện ngay ở giai đoạn đầu. Cho thuốc giảm đau, an thần.
- B- Cần phát hiện ngay ở giai đoạn đầu. Cho thuốc kháng sinh, sinh tố.
- C- Cần phát hiện ngay ở giai đoạn đầu. Dùng hoá chất điều trị.
- D- Cần phát hiện ngay ở giai đoạn đầu. Giải thích, động viên cho bệnh nhân và gia đình chuyển lên tuyến trên điều trị.

Câu 3: Cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán ung thư dạ dày:

- A- Chụp dạ dày không chuẩn bị ở tư thế đứng có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành. Soi dạ dày.
- B- Chụp dạ dày không chuẩn bị ở tư thế đứng có hình ảnh mức nước mức hơi. Soi dạ dày.
- C- Chụp dạ dày không chuẩn bị ở tư thế đứng có dịch trong ổ bụng. Soi dạ dày.
- D- Chụp dạ dày có hình ảnh khuyết và nhiễm cứng ở bờ cong nhỏ. Soi dạ dày

Bài 75

SỎI THẬN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân của sỏi thận
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của sỏi thận
3. Trình bày được các cách điều trị của sỏi thận

NỘI DUNG

1. Đại cương

Sỏi thận là một bệnh thường gặp. Nó chiếm khoảng 45% trong tổng số bệnh sỏi đường tiết niệu. Sỏi thận do nhiều nguyên nhân phối hợp. Nó gây ra biến chứng nguy hại cho bệnh nhân.

2. Nguyên nhân

Sỏi thận do nhiều nguyên nhân và nhiều yếu tố tạo ra.

2.1. Nguyên nhân tại chỗ

- Nhiễm trùng đường tiết niệu
- Tổn thương ở vùng dưới liên bào của gai thận(trong trường hợp bị nhiễm trùng hay ngộ độc) hình thành một đám vôi và sỏi sẽ hình thành từ đám vôi đó.
- Nước tiểu bị ứ đọng lâu sẽ gây nhiễm trùng và sinh sỏi.

2.2. Nguyên nhân toàn thân

- Do rối loạn chuyển hoá các chất Oxalat, Urats, đặc biệt là rối loạn chuyển hoá canxi. Can xi tăng quá mức bình thường trong nước tiểu. Tăng can xi do chế độ ăn hoặc do rối loạn tuyến nội tiết, nhất là do cường tuyến cận giáp trạng.
- Thiếu vitamin A: Tạo điều kiện làm sừng hoá tổ chức liên bào đài đẻ thận.

3. Giải phẫu bệnh

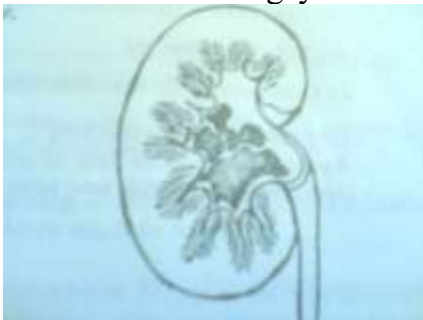
3.1. Số lượng sỏi: Thường chỉ có một hoặc nhiều hòn sỏi.

3.2. Vị trí sỏi

- Sỏi nằm trong nhu mô thận: Thường bé, cố định và ít phát triển.
- Sỏi nằm trong đài thận: Hay gặp hơn, thường khu trú vào đài dưới, cố định, chỉ gây thương tổn một vùng thận.
- Sỏi bể thận: Hay gặp và nguy hiểm nhất đặc biệt là sỏi san hô, nằm choán cả đài và bể thận, phá hoại nặng chức năng thận.

3.3. Nhu mô thận

Khi sỏi nằm lâu ngày và to dần lên, ảnh hưởng đến chức năng của thận.



Hình 75.1. Sỏi đài - bể thận



Hình 75.2. Đái máu hoặc tắc đái khi vận động

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng cơ năng

4.1.1. Con đau quặn thận điển hình

Đau quặn ở một bên vùng thắt lưng, xuyên ra trước lan dọc theo đường đi của niệu quản rồi tận cùng ở cơ quan sinh dục ngoài. Con đau thường xuất hiện sau lao động nặng hoặc đi xa.

Kèm với cơn đau bệnh nhân có thể đái buốt, đái rắt hoặc đái máu. Nôn và buồn nôn.

Cơn đau sẽ hết khi bệnh nhân đái ra sỏi hoặc giảm đau khi được nghỉ ngơi.

4.1.2. Đái ra máu: Thường gặp với các tính chất :

- Đái ra máu toàn bãi.
- Xuất hiện ngay sau cơn đau quặn thận và giảm dần khi bệnh nhân nằm nghỉ.
- Hay tái diễn sau hoạt động mạnh hoặc đi lại nhiều.

4.1.3. Đái ra mủ: Đái ra mủ khi thận đã bị nhiễm trùng nặng. Bệnh nhân đái ra mủ nên nghĩ tới sỏi thận.

4.1.4 Đái ra sỏi: ít gặp , nếu đái ra sỏi giúp chẩn đoán chính xác hơn.

4.2. Triệu chứng thực thể

4.2.1. Khám trong khi bệnh nhân đang có cơn đau

- Có phản ứng cơ vùng thắt lưng.
- ấn điểm niệu quản và điểm sườn lưng bệnh nhân đau.
- Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

4.2.2. Nếu thận đã giãn to

- Khám có dấu hiệu chạm thận và bập bênh thận.
- Thăm khám trong giai đoạn đầu thường không thấy thận to.



Hình 75.3. Cách làm dấu hiệu chạm thận và bập bênh thận

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

4.3.1. Nước tiểu: Tuỳ theo mức độ tổn thương và nhiễm trùng của thận mà xét nghiệm nước tiểu có: Hồng cầu, bạch cầu, tế bào mủ...

4.3.2. X quang (tuyến trên)

4.3.2.1. Chụp thận không chuẩn bị: Thấy hình ảnh của sỏi.

4.3.2.2. Chụp thận tĩnh mạch (U. I. V): Cho biết thận có sỏi hay không và biết được chức năng của thận.

4.3.2.3. Chụp thận ngược dòng (U.P.R): Bơm thuốc cảm quang đi ngược từ niệu quản lên thận, rồi chụp.

5. Biến chứng

5.1. Viêm bể thận

Bệnh nhân sốt cao, đau một bên thắt lưng, đái mủ, đái máu. Khám có phản ứng cơ vùng thắt lưng.

Bệnh tiến triển từng đợt và hay tái phát.

5.2. Viêm tấy quanh thận

Toàn thân bệnh nhân suy sụp, sốt cao dao động, đau vùng thắt lưng. Vùng thắt lưng sưng nề, tấy đỏ, ấn mềm.

Phải mổ dẫn lưu mủ.

5.3. Thận ứ mủ (viêm thận mủ)

Là biến chứng nặng do thận ứ nước tiểu, nhiễm khuẩn rồi gây ứ mủ thận.

Toàn thân bệnh nhân suy sụp, đái ra mủ, thận to đau.

5.4. Vô niệu

Là biến chứng nguy hiểm. Do sỏi từ đài thận di chuyển xuống niệu quản và mắc lại làm tắc niệu quản 2 bên hoàn toàn và đột ngột. Do thận suy mất chức năng lọc và đào thải nước tiểu dẫn đến vô niệu

Cần phải xử trí sớm để tránh tình trạng ứ đọng nước tiểu ở thận kéo dài dễ dẫn đến suy thận. Lấy sỏi hoặc dẫn lưu bể thận cấp cứu.

6. Điều trị

6.1. Phòng bệnh

- Cần tẩy giun, sán thường xuyên để tránh những rối loạn và chuyển hoá chất.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ các chất, hợp lý, thức ăn nên thay đổi.
- Cho uống đủ nước với những bệnh nhân phải nằm lâu dài (liệt tuỷ, lao cột sống, gãy xương).

6.2. Điều trị nội

- Được áp dụng trong trường hợp sỏi nhỏ và có thể di động ra ngoài theo đường tự nhiên hoặc để phòng sỏi tái phát.
- Chú ý chế độ ăn: ăn nhiều hoa quả, rau, sữa. Nên hạn chế ăn thịt hay thức ăn có nhiều Canxi (tùy theo loại sỏi).
- Dùng từng đợt thuốc lợi tiểu đông và tây y.
- Dùng kết hợp với thuốc tăng co bóp mạch như Prostigmin hoặc thuốc có tác dụng giãn cơ như Atropin hay Nospa.
- Dùng kháng sinh trong những trường hợp có nhiễm khuẩn.

6.3. Điều trị ngoại

Cần gửi bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị ngoại khoa.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân tại chỗ sỏi thận:

A- Nhiễm trùng đường niệu. Tổn thương vùng trên liên bào của gai thận. Ứ đọng nước tiểu lâu ngày.

B- Nhiễm trùng đường niệu. Tổn thương vùng dưới liên bào của gai thận. ứ đọng nước tiểu lâu ngày.

C- Nhiễm trùng đường niệu. Tổn thương vùng trên liên bào của nhu mô thận. Ứ đọng nước tiểu lâu ngày.

D- Nhiễm trùng đường niệu. Tổn thương vùng dưới liên bào của nhu mô thận. Ứ đọng nước tiểu lâu ngày.

Câu 2: Nguyên nhân toàn thân gây sỏi thận:

A- Rối loạn chuyển hoá các chất Oxalat, Urats... Đặc biệt là Canxi.

Thiếu Vitamin A.

B- Rối loạn chuyển hoá các chất Oxalat, Urats... Đặc biệt là Canxi.

Thiếu Vitamin nhóm B.

C- Rối loạn chuyển hoá các chất Oxalat, Urats... Đặc biệt là Canxi.

Thiếu Vitamin C.

D- Rối loạn chuyển hoá các chất Oxalat, Urats... Đặc biệt là Canxi.
Thiếu Vitamin D.

Câu 3: Các vị trí thường gặp sỏi thận:

- A- Sỏi có thể nằm trong đài thận, bể thận, tiểu cầu thận.
- B- Sỏi có thể nằm trong đài thận, nhu mô thận, tiểu cầu thận.
- C- Sỏi có thể nằm trong bể thận, nhu mô thận, tiểu cầu thận.
- D- Sỏi có thể nằm trong bể thận, nhu mô thận, đài thận.

Câu 4: Triệu chứng đái mủ trong sỏi thận:

- A- ít gặp, nếu gặp giúp chẩn đoán chính xác hơn.
- B- Xuất hiện ngay sau cơn đau quặn thận và giảm dần khi được nghỉ ngơi.
- C- Khi thận đã bị nhiễm trùng nặng. Bệnh nhân đái ra mủ nên nghĩ đến sỏi thận.
- D- Hay tái diễn sau hoạt động mạnh hoặc đi lại nhiều.

Câu 5: Triệu chứng thực thể sỏi thận trong cơn đau:

A- Có phản ứng phúc mạc. ấn điểm niệu quản và điểm sườn – lưng bệnh nhân đau. Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

B- Có phản ứng cơ vùng thắt lưng. ấn điểm niệu quản và điểm sườn – lưng bệnh nhân đau. Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

C- Co cứng thành bụng. ấn điểm niệu quản và điểm sườn – lưng bệnh nhân đau. Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

D- Co cứng vùng thắt lưng. ấn điểm niệu quản và điểm sườn – lưng bệnh nhân đau. Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

Câu 6: Xử trí biến chứng vô niệu của sỏi thận:

- A- Phải đặt sonde bàng quang dẫn lưu nước tiểu ngay.
- B- Dẫn lưu nước tiểu qua da rồi mổ lấy sỏi.
- C- Đặt sonde bàng quang, dẫn lưu bể thận.
- D- Mổ lấy sỏi hoặc dẫn lưu bể thận cấp cứu.

Câu 7: Điều cần lưu ý trong phòng sỏi thận ở bệnh nhân phải nằm lâu:

- A- Nên cho bệnh nhân vận động sớm, nhẹ nhàng tại giường.
- B- Cần tẩy giun sán thường xuyên tránh rối loạn chuyển hoá các chất.
- C- Cho uống đủ nước.
- D- Cho ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, tránh các chất tạo sỏi.

Câu 8: Áp dụng điều trị nội khoa cho bệnh nhân sỏi thận:

A- Sỏi nhỏ có thể di động ra ngoài theo đường tự nhiên được, hoặc để phòng sỏi tái phát.

- B- Sỏi nằm trong đài thận hoặc trong bể thận.
- C- Sỏi nằm trong bể thận hoặc trong nhu mô thận.
- D- Sỏi thận chưa có biến chứng.

Bài 76

SỎI NIỆU QUẢN

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên nhân và giải phẫu bệnh của sỏi niệu quản
2. Trình bày được triệu chứng của sỏi niệu quản
3. Trình bày được biện pháp xử trí bệnh nhân sỏi niệu quản ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG:

1. Đại cương

- Sỏi niệu quản là bệnh ngoại khoa cấp cứu trì hoãn.
- Một số trường hợp sỏi hai bên niệu quản gây tắc phải mổ cấp cứu, nếu không can thiệp kịp thời người bệnh có thể tử vong do vô niệu.
- Sỏi niệu quản phần lớn từ thận rơi xuống 80%.
- Có một số trường hợp sỏi nhỏ sỏi di truyền xuống bàng quang người bệnh tiểu ra ngoài, thường sỏi dừng lại ở đoạn hẹp của niệu quản: đoạn bể thận – Niệu quản, đoạn niệu quản bắt chéo động mạch chậu, đoạn niệu quản sát bàng quang.

2. Nguyên nhân sinh bệnh

2.1. Sỏi nguyên phát

Thường sỏi từ thận rơi xuống 80%.

2.2. Sỏi thứ phát

- Do hậu quả của một số bệnh mắc phải như: viêm lao, giang mai, thương tổn niệu quản do các phẫu thuật gây chít hẹp niệu quản.
- Do dị dạng niệu quản: niệu quản giãn to, niệu quản sau tĩnh mạch chủ, niệu quản đôi. Nước tiểu ứ trệ ở phía trên chỗ hẹp lắng cặn hình thành sỏi.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Viên Sỏi

- Vị trí viên sỏi:
 - + 70 đến 75% sỏi ở 1/3 dưới niệu quản.
 - + 20 đến 30% sỏi ở 1/3 giữa và 1/3 trên niệu quản.
- Hình thể : Thường hình bầu dục , nhẵn như hạt lạc hay sù sì như quả dâu.
- Màu sỏi:
 - + Sỏi oxalat canxi rắn, đen bóng.
 - + Sỏi phosphat canxi màu trắng ngà.
- Kích thước, số lượng sỏi: Thường sỏi đường kính dưới 1cm có trường hợp cá biệt sỏi to như quả trứng gà. Thường chỉ có một viên có trường hợp có hai viên hoặc có trường hợp sỏi xếp thành chuỗi.

3.2. Niệu quản có sỏi

- Tại niệu quản thường có tổn thương cấp tính, niêm mạc phù nề, sau đó phản ứng xơ hoá dẫn đến chít hẹp niệu quản ngay dưới sỏi.
- Niệu quản trên chỗ có sỏi bị giãn và đài bể thận cung giãn, gây ứ nước, ứ mủ thận, tổ chức thận dần bị phá hủy.

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

+ Con đau quặn thận: Thường xuất hiện sau một gắng sức với đặc điểm đau vùng hố thắt lưng, đau lan phía trước vùng hạ sườn phải hoặc hạ sườn trái, lan xuống vùng bẹn, tận cùng ở cơ quan sinh dục ngoài. Đau toát mồ hôi. Con đau có thể kéo dài trong nhiều giờ. Nhiều trường hợp đau dữ dội có thể gây sốc.

+ Khi có ứ đọng nước tiểu ở thận, niệu quản người bệnh đau âm ỉ, căng tức vùng thắt lưng.

+ Khi đau người bệnh có thể có nôn, chướng bụng.

+ Tiểu ra máu toàn bãi, thoáng qua.

+ Tiểu buốt, rất khi sỏi sát bàng quang kích thích.

- Triệu chứng thực thể:

+ Trong cơn đau sỏi niệu quản khám người bệnh thấy co cứng cơ thắt lưng cứng nửa bụng bên niệu quản có sỏi, bụng chướng.

+ Khi sỏi gây tắc niệu quản, gây ứ nước, ứ mủ thận khám thấy thận to.

- Triệu chứng toàn thân:

+ Thể trạng ít thay đổi khi chỉ có sỏi một bên.

+ Người bệnh có sốt khi sỏi gây tắc niệu quản và có nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

+ Sỏi niệu quản hai bên gây tắc nước tiểu toàn thân người bệnh suy sụp nhanh vì gây ứ máu cao, thiếu niệu, vô niệu.

4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm thấy hình ảnh sỏi, tình trạng bể thận, niệu quản phía trên sỏi.

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi niệu quản cản quang.

- Chụp hệ tiết niệu có thuốc cản quang thấy vị trí sỏi, đường đi của niệu quản, đánh giá chức năng thận.

- Chụp niệu quản, bể thận ngược dòng phát hiện sỏi, nhất là sỏi không cản quang.

5. Biện chứng

- Nhiễm trùng đường tiết niệu.

- Thận to ứ nước, ứ mủ.

- Vô hiệu khi có sỏi hai bên gây tắc nước tiểu.

- Suy thận.

- Cao huyết áp.

6. Điều trị ở tuyến y tế cơ sở:

Giống xử trí sỏi thận.

6.1. Phòng bệnh

- Cần tẩy giun, sán thường xuyên để tránh những rối loạn và chuyển hoá chất.

- Đảm bảo chế độ ăn đủ các chất, hợp lý, thức ăn nên thay đổi.

- Cho uống đủ nước với những bệnh nhân phải nằm lâu dài (liệt tuỷ, lao cột sống, gãy xương).

6.2. Điều trị nội

- Được áp dụng trong trường hợp sỏi nhỏ và có thể di động ra ngoài theo đường tự nhiên hoặc để phòng sỏi tái phát.

- Chú ý chế độ ăn: ăn nhiều hoa quả, rau, sữa. Nên hạn chế ăn thịt hay thức ăn có nhiều Canxi (tùy theo loại sỏi).

- Dùng từng đợt thuốc lợi tiểu đông và tây y.

- Dùng kết hợp với thuốc tăng co bóp mạch như Prostigmin hoặc thuốc có tác dụng giãn cơ như Atropin hay Nospa.

- Dùng kháng sinh trong những trường hợp có nhiễm khuẩn.

6.3. Điều trị ngoại

Cần gửi bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị ngoại khoa.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

1. Triệu chứng toàn thân, thực thể không đúng của sỏi niệu quản:
 - A- Sỏi gây tắc niệu quản, gây ứ nước, ứ mủ thận, khám thấy thận to.
 - B- Người bệnh sốt khi sỏi gây tắc niệu quản, nhiễm trùng đường tiết niệu.
 - C- Sỏi niệu quản hai bên gây tắc nước tiểu, toàn thân suy sụp nhanh.
 - D- Khám bụng người bệnh có cầu bàng quang.
2. Biến chứng của sỏi niệu quản:
 - A-...
 - B- Thận to do ứ nước, ứ mủ.
 - C- Vô niệu. Suy thận cấp
 - D- Cao huyết áp

Bài 77

SỎI BÀNG QUANG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của sỏi bàng quang
2. Trình bày được các cách xử trí sỏi bàng quang ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân

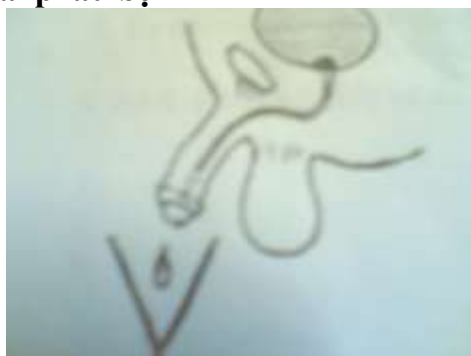
1.1. Sỏi nguyên phát

Thường gặp ở trẻ em và phụ nữ. Nguyên nhân sinh sỏi nguyên phát giống như nguyên nhân sinh sỏi ở hệ tiết niệu nói chung.

1.2. Sỏi thứ phát

- Sỏi ở thận, niệu quản rơi xuống.
- Do hiện tượng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Do nhiễm khuẩn.
- Do biến dạng ở cổ bàng quang (như xơ cứng cổ bàng quang ở người trẻ hay u xơ tuyến tiền liệt ở người già).

2. Giải phẫu bệnh



Hình 77.1. Sỏi nằm cổ bàng quang
Bệnh nhân không đái được



Hình 77.2. Sỏi nằm gần đáy bàng quang
Bệnh nhân đái được

2.1. Hòn sỏi

- Hình dáng sỏi tròn, sù sì hoặc góc cạnh. Kích thước bằng hạt đậu, có loại bằng quả trứng gà hay to hơn nữa.
- Số lượng: Thường là một hòn có khi nhiều hòn.
- Vị trí: Nằm ở đáy của bàng quang, khi rơi xuống cổ bàng quang gây hiện tượng bí đái.

2.2. Bàng quang

Sỏi nằm ở bàng quang gây viêm. Lâu ngày có thể gây xơ teo bàng quang dẫn đến giãn thận - niệu quản.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

* Có 3 triệu chứng hay gặp

3.1.1. Đái buốt: Sau mỗi lần bệnh nhân đi đái có cảm giác buốt và khó chịu tăng lên.

3.1.2. Đái rắt: Đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần chỉ đái được một ít và sau mỗi lần bệnh nhân có cảm giác buốt phải lấy tay nắm chặt vào dương vật mới đỡ buốt.

3.1.3. Đái ra máu: Đái máu ở cuối bãi nhưng ít gặp.

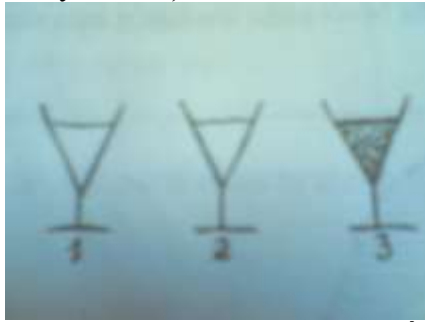
* Hai triệu chứng ít gặp nhưng nếu có thì chắc chắn:

3.1.4. Đái tắc: Khi đang đái thì hòn sỏi di chuyển làm cho tắc đột ngột bệnh nhân có cảm giác rung mình khó chịu.

3.1.5. Đái rỉ không thành tia: Mỗi lần đi đái chỉ són ra một ít làm cho bệnh nhân đau tức ở hạ vị, các cháu nhỏ nắm dương vật la khóc om sòm. Nước tiểu rỉ ra tay nên gọi là “ dấu hiệu bàn tay khai”. Ở giai đoạn viêm bàng quang lâu ngày đái mủ và đái buốt thường xuyên.

3.2. Triệu chứng thực thể: Nghèo nàn ít có giá trị:

- Thăm trực tràng có thể sờ thấy (khi sỏi to).
- Khi thông đái với dụng cụ bằng sắt, có thể phát hiện được tiếng kêu kim khí (chỉ ở tuyến tinh).



Hình 77.3. Nghiệm pháp 3 cốc



Hình 77.4. Sỏi bàng quang đái máu cuối bãi

3.3. Triệu chứng xét nghiệm

3.3.1. Xét nghiệm nước tiểu: Có tinh thể Oxalat, Phôt phát, có hồng cầu, bạch cầu.

3.3.2. Chụp X quang: Không chuẩn bị thấy có sỏi.

4. Biến chứng

4.1. Viêm bàng quang có mủ

4.2. Bàng quang bị xơ teo do viêm

5. Xử trí

5.1. Khi chưa có biến chứng: Cần giải thích cho bệnh nhân và gia đình chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị (tán sỏi hoặc mổ lấy sỏi).



Hình 77.5. Tán sỏi bàng quang.

5.2. Khi có biến chứng như tắc đái

- Nếu có điều kiện cho đặt Sonde bàng quang (Sonde Nelaton) .
- Nếu khó: Không cố tình đặt Sonde bàng quang, không chọc hút nước tiểu ở trên xương mu. Cần tiêm thuốc an thần, tiêm trợ lực, trợ tim rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm.

LƯỢNG GIÁ

***Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:**

Câu 1: Ba triệu chứng cơ năng hay gặp ở sỏi bàng quang:

- A- Có 3 triệu chứng hay gặp là đái rất, đái máu, đái tắc.
- B- Có 3 triệu chứng hay gặp là đái máu, đái tắc, đái buốt.

C- Có 3 triệu chứng hay gặp là đái đái tắc, đái buốt, đái rắt.

D- Có 3 triệu chứng hay gặp là đái buốt, đái rắt, đái máu.

Câu 2: Triệu chứng thực thể sỏi bàng quang:

A- Thăm ổ bụng có thể sờ thấy (khi sỏi to).

Đặt sonde tiểu bằng ống Nelaton thấy tắc.

B- Thăm trực tràng có thể sờ thấy (khi sỏi to).

Đặt sonde tiểu bằng ống Nelaton thấy chảy máu.

C- Thăm trực tràng có thể sờ thấy (khi sỏi to).

Khi thông đái với dụng cụ bằng sắt có thể phát hiện thấy tiếng kêu kim khí.

D- Thăm ổ bụng có thể sờ thấy (khi sỏi to).

Khi thông đái với dụng cụ bằng sắt có thể phát hiện thấy tiếng kêu kim khí

Câu 3: Cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán sỏi bàng quang:

A- Xét nghiệm máu: Có tinh thể Oxalat, Photphat; hồng cầu giảm, bạch cầu tăng...

Chụp X. quang có chuẩn bị thấy sỏi.

B- Xét nghiệm máu: Có tinh thể Oxalat, Photphat; hồng cầu giảm, bạch cầu tăng...

Chụp X. quang không chuẩn bị thấy sỏi.

C- Xét nghiệm nước tiểu: Có tinh thể Oxalat, Photphat; có hồng cầu, bạch cầu.

Chụp X. quang có chuẩn bị thấy sỏi.

D- Xét nghiệm nước tiểu: Có tinh thể Oxalat, Photphat; có hồng cầu, bạch cầu.

Chụp X. quang không chuẩn bị thấy sỏi.

Bài 78

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chấn thương niệu đạo trước và chấn thương niệu đạo sau.
2. Trình bày được các nguyên nhân chấn thương niệu đạo.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chấn thương niệu đạo trước và niệu đạo sau.
4. Trình bày được các biện pháp xử trí bước đầu chấn thương niệu đạo ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Chấn thương niệu đạo là một cấp cứu thường gặp, cần giải quyết đúng để tránh biến chứng nguy hiểm như bí đái, viêm tắc nước tiểu và những di chứng về sau như hẹp niệu đạo.

Niệu đạo được chia làm hai phần chấn thương: Niệu đạo trước và niệu đạo sau khác nhau về nguyên nhân, lâm sàng và cách điều trị.

PHẦN 1: CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. Đại cương

Chấn thương niệu đạo trước gặp nhiều trong tổng số chấn thương niệu đạo, thường do chấn thương trực tiếp vào vùng niệu đạo như ngã xoạc 2 chân, ngồi trên vật rắn (ngã mạn thuyền, ngã cành cây...)

2. Giải phẫu bệnh

Niệu đạo trước có vật xóp bao bọc tương đối dày, gồm 2 phần:

2.1. Phần di động: Niệu đạo dương vật, ít vỡ, nếu vỡ dương vật phải cương cứng.

2.2. Phần cố định: Gồm niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn thường hay vỡ. Tùy theo sang chấn nặng hay nhẹ, tổ chức xóp có thể bị vỡ một phần hay toàn bộ.

- Vỡ phần trong: Có chảy máu niệu đạo
- Vỡ phần ngoài: Gây khối máu tụ quanh niệu đạo.
- Vỡ toàn bộ: Vừa có chảy máu trong niệu đạo, vừa có khối máu tụ ở ngoài.



Hình 78.1. Niệu đạo đáy chậu giữa xương mu và vật cứng

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

3.1.1. Đau: Sau khi bị chấn thương bệnh nhân đau ê ẩm vùng tầng sinh môn, đau dọc xuống niệu đạo, mỗi lần muốn đi đái lại đau buốt dữ dội.

3.1.2. Chảy máu ở miệng sáo: Có thể chảy máu nhiều, có khi ít chỉ vài giọt ở lỗ sáo hoặc vết máu thấm ra quần.

3.1.3. *Bí đái*: Nếu vỡ hoàn toàn bí đái xuất hiện ngay từ đầu. Nếu vỡ không hoàn toàn đái khó và lẫn máu.

3.2. *Triệu chứng thực thể*

3.2.1. *Tụ máu hình cánh bướm*: Máu từ chỗ giáp chảy ra ngoài, tạo thành khối máu hình cánh bướm ở vùng quanh tầng sinh môn.

3.2.2. *Bàng quang căng*: Nếu vỡ hoàn toàn, khám thấy bàng quang căng to.

4. *Biến chứng*

4.1. *Viêm tấy do nước tiểu*

Nước tiểu chảy qua chỗ bị giáp ra tổ chức xung quanh, gây viêm tấy vùng bìu và tầng sinh môn. Toàn thân suy sụp, nhiễm khuẩn nặng.

4.2. *Hẹp niệu đạo*

Do điều trị không tốt nên niệu đạo bị chít hẹp. Niệu đạo hẹp gây ra viêm quanh niệu đạo và dò ở tầng sinh môn. Về lâu dài bệnh nhân có thể bị suy thận.

5. *Xử trí ở tuyến y tế cơ sở*

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- Phòng chống sốc, tiêm thuốc giảm đau, thuốc trợ tim, trợ sức, uống nước chè đường nóng.
- Dùng kháng sinh.
- Không dùng que thăm dò niệu đạo.
- Chuyển ngay bệnh nhân về tuyến trên điều trị.

PHẦN 2: CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

1. *Đại cương*

Chấn thương niệu đạo sau là một biến chứng nặng của vỡ xương chậu. Đoạn hay vỡ nhất là đoạn niệu đạo màng, có liên quan mật thiết với cân đáy chậu giữa, nên khi xương chậu bị vỡ làm rách cân đáy chậu giữa và niệu đạo màng cũng bị xé theo, hai đầu của niệu đạo bị lệch xa nhau.

2. *Triệu chứng*



Hình 78.2. Đứt niệu đạo sau

2.1. *Triệu chứng toàn thân*

Tình trạng toàn thân khá nặng vì đây là bệnh cảnh của bệnh nhân bị vỡ xương chậu do chấn thương mạnh gây nên. Bệnh nhân có thể bị ngất do vỡ xương chậu

2.2. *Triệu chứng thực thể*

- Có máu rỉ ra ở miệng sáo.
- Ở tầng sinh môn không có màng máu tụ hình cánh bướm mà có một vùng bầm tím xung quanh hậu môn.
- Bệnh nhân bí đái, khám thấy bàng quang căng to. Nếu không xử trí kịp thời, nước tiểu chảy ra thấm vào vùng đáy chậu gây nhiễm trùng lan toả. Bệnh nhân có thể tử vong.
- Thăm hậu môn, có điểm đau chói ở dưới tiền liệt tuyến (nơi niệu đạo màng bị tổn thương).

2.3. X. quang: Có hình ảnh vỡ xương chậu.

3. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng của bệnh.
- Để bệnh nhân nằm bất động tránh di chuyển mạnh.
- Chống sốc: Tiêm giảm đau, thuốc trợ tim, trợ sức, uống nước chè nóng.
- Dùng kháng sinh.
- Thăm khám nhẹ nhàng, không được đặt Sonde vào niệu đạo vì sẽ bị lạc đường gây nhiễm trùng.
- Chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân trên ván cứng về tuyến trên điều trị.

LƯỢNG GIÁ

***Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:**

Câu 1: Triệu chứng cơ năng chấn thương niệu đạo trước:

- A- Sốc chấn thương, đau, chảy máu ở miệng sáo.
- B- Sốc nhiễm khuẩn, đau, chảy máu ở miệng sáo.
- C- Đau, chảy máu ở miệng sáo, bí đái.
- D- Đau, máu tụ tầng sinh môn, bí đái.

Câu 2: Triệu chứng thực thể chấn thương niệu đạo sau:

A- Có máu rỉ ra ở miệng sáo. Có khối máu tụ tầng sinh môn. Bệnh nhân bí đái, khám có cầu bàng quang căng to. Thăm trực tràng thấy điểm đau chói ở phía trên tuyến tiền liệt.

B- Có máu rỉ ra ở miệng sáo. Có khối máu tụ tầng sinh môn. Bệnh nhân bí đái, khám có cầu bàng quang căng to. Thăm trực tràng thấy điểm đau chói ở phía trên tuyến tiền liệt.

C- Có máu rỉ ra ở miệng sáo. Có vùng bầm tím xung quanh hậu môn. Bệnh nhân bí đái, khám có cầu bàng quang căng to. Thăm hậu môn thấy điểm đau chói ở dưới tuyến tiền liệt.

D- Có máu rỉ ra ở miệng sáo. Có vùng bầm tím xung quanh hậu môn. Bệnh nhân bí đái, khám có cầu bàng quang căng to. Thăm trực tràng thấy điểm đau chói ở phía trên tuyến tiền liệt.

Câu 3: Biến chứng chấn thương niệu đạo trước:

- A- Viêm tấy do nước tiểu. Hẹp niệu đạo.
- B- Sốc. Viêm tấy do nước tiểu.
- C- Viêm tấy do nước tiểu. Giập niệu đạo.
- D- Viêm tấy do nước tiểu. Suy thận.

Câu 4: Triệu chứng toàn thân chấn thương niệu đạo sau:

A- Tình trạng toàn thân khá nặng vì đây là bệnh cảnh của bệnh nhân bị chảy máu trong gây nên. Bệnh nhân có thể bị sốc do mất máu.

B - Tình trạng toàn thân khá nặng vì đây là bệnh cảnh của bệnh nhân bị gãy xương chậu gây nên. Bệnh nhân có thể bị ngất do vỡ xương chậu.

C- Tình trạng toàn thân bình thường vì đây là bệnh cảnh của bệnh nhân bị gãy xương gây nên. Bệnh nhân có thể bị sốc do chấn thương.

D- Tình trạng toàn thân bình thường. Bệnh nhân có thể bị sốc do mất máu.

Câu 5: Việc không nên làm khi xử trí chấn thương niệu đạo sau ở y tế cơ sở:

- A- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình tình trạng bệnh.
- B- Cho bệnh nhân nằm bất động.
- C- Đặt sonde niệu đạo.
- D- Cho bệnh nhân nằm tư thế Fowler, tránh di chuyển mạnh.

Bài 79

HỆP BAO QUY ĐẦU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của hẹp bao quy đầu
2. Trình bày được cách xử trí bệnh nhân hẹp bao quy đầu.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Hẹp bao quy đầu là lỗ bao quy đầu bị hẹp.

Nguyên nhân do tật bẩm sinh hoặc do qua trình viêm nhiễm bao quy đầu làm cho quy đầu không trật ra được.

Phẫu thuật điều trị hẹp bao quy đầu thường đơn giản, thực hiện được ở tuyến y tế cơ sở, do đó nên có thái độ xử trí sớm để phòng các biến chứng.

2. Triệu chứng

Triệu chứng hẹp bao quy đầu nghèo nàn, thường là hiện tượng bệnh nhân đái khó hoặc đái rỉ, chủ yếu là thăm khám tại chỗ.

- Nếu trật bao quy đầu mà quy đầu lộ ra được một phần là hẹp bao quy đầu không hoàn toàn.

- Nếu lỗ bao quy đầu nhỏ bằng đầu tăm là hẹp bao quy đầu hoàn toàn .

3. Biến chứng

3.1. Hẹp bao quy đầu nghẹt

Là biến chứng thường gặp khi bao quy đầu hẹp không hoàn toàn bệnh nhân nghịch hoặc khi giao hợp, bao quy đầu lộn lên nhưng không lộn trở lại được, gây chít thất quy đầu.

Dương vật bị sưng tấy, viêm nhiễm và có thể gây hoại tử quy đầu.

3.2. Đái khó, tạo sỏi: Do lỗ bao quy đầu hẹp, nên nước tiểu chảy ra ngoài khó, làm căng bao quy đầu, nước tiểu đọng lại lâu ngày có thể tạo thành sỏi.

3.3. Nhiễm khuẩn: Do ứ đọng nước tiểu gây nhiễm khuẩn và loét, dính bao quy đầu vào quy đầu .

3.4. Ung thư dương vật: Là biến chứng nguy hiểm nhất .

4. Xử trí



Hình 79.1. Cắt vòng thắt nghẹt bao quy đầu

4.1. Hẹp bao quy đầu: Phải phẫu thuật cắt bỏ bao quy đầu hẹp.

4.2. Hẹp bao quy đầu nghẹt: Cần xử trí ngay, tháo bỏ bao quy đầu thắt nghẹt, rồi lộn lại bao quy đầu.

- Dùng gạc tẩm huyết thanh ẩm và Novocain 1% đắp vào vòng thắt và quy đầu cho bớt phù nề và đỡ đau rồi lộn lại bao quy đầu.

- Nếu vòng thắt quá phù nề không lộn trở lại được thì dùng dao mổ rạch vòng thắt một đường ở vị trí 12 giờ, nặn nhẹ bớt huyết tương, giảm phù nề, rồi lộn bao quy đầu trở lại. Cho bệnh nhân uống kháng sinh, không nên cắt bao quy đầu ngay, khi nào hết phù nề thì cắt bao quy đầu.

Chú ý: Không được cắt vào nếp hãm của dương vật ở vị trí 6 giờ.

LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Nguyên nhân hẹp bao quy đầu:

A- Do dị tật bẩm sinh hoặc do chấn thương gây sẹo bao quy đầu.

B- Do dị tật bẩm sinh hoặc do quá trình viêm nhiễm bao quy đầu làm bao quy đầu không trật ra được.

C- Do quá trình viêm nhiễm bao quy đầu làm bao quy đầu không trật ra được hoặc do chấn thương gây sẹo bao quy đầu.

D- Do giữ gìn vệ sinh kém, ứ đọng nước tiểu gây nhiễm khuẩn dẫn tới hẹp bao quy đầu.

Câu 2: Hẹp bao quy đầu không hoàn toàn:

A- Khi trật bao quy đầu thì quy đầu lộ ra được 1 phần.

B- Lỗ bao quy đầu chỉ nhỏ bằng đầu tăm.

C- Là hẹp bao quy đầu bẩm sinh.

D- Là hẹp bao quy đầu chưa có biến chứng.

Câu 3: Biến chứng thường gặp nhất của hẹp bao quy đầu:

A- Ung thư dương vật.

B- Nhiễm khuẩn.

C- Đái khó, tạo sỏi.

D- Hẹp bao quy đầu nghẹt.

Câu 4: Xử trí hẹp bao quy đầu thường ở y tế cơ sở:

A- Dùng dụng cụ nong lỗ bao quy đầu mỗi ngày.

B- Dùng thuốc giãn cơ, thuốc kháng sinh phòng viêm nhiễm.

C- Phẫu thuật cắt bỏ bao quy đầu hẹp.

D- Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để xét nghiệm và xử trí.

Câu 5: Nguyên tắc xử trí hẹp bao quy đầu nghẹt:

A- Cần xử trí ngay cắt bỏ bao quy đầu nghẹt, khâu cầm máu.

B- Cần xử trí ngay rạch nơi rộng chỗ nghẹt, lộn lại bao quy đầu.

C- Cần xử trí ngay, tháo bỏ bao quy đầu nghẹt, rồi lộn lại bao quy đầu.

D- Cần xử trí ngay cắt bỏ bao quy đầu nghẹt, lộn lại bao quy đầu.

Bài 80

U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của u xơ tiền liệt tuyến
2. Trình bày được xử trí bệnh nhân u xơ tiền liệt tuyến ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG:

1. Đại cương

- U xơ tiền liệt tuyến là bệnh gặp ở đàn ông cao tuổi gây rối loạn tiểu tiện, việc xử trí được đặt ra khi u xơ gây biến chứng.
- Bệnh thường xuất hiện từ 50 tuổi trở lên và tần số tăng lên theo lứa tuổi .
- Vì bệnh xuất hiện ở người già nên việc chăm sóc cũng như điều trị phải toàn diện.

2. Sinh lý bệnh

- U tiền liệt tuyến chèn ép và làm biến dạng cổ bàng quang làm cản trở lưu thông nước tiểu.

2.1. Bàng quang còn đàn hồi

- Trong giai đoạn đầu thành bàng quang phì đại, làm tăng áp lực trong bàng quang. Nhìn vào trong bàng quang thành bàng quang có hình cuộn, hình hang và khi có túi thừa.

2.2. Bàng quang dẫn mỏng

- Đến giai đoạn sau sự phì đại bàng quang chấm dứt , các thớ cơ biến dần thành các sợi tạo keo. Thành bàng quang dẫn mỏng. Do áp lực trong bàng quang giảm, bàng quang mất khả năng co bóp.

- Nước tiểu ứ đọng trong bàng quang nhiều. Đây là giai đoạn mất bù.

2.3. Bàng quang mất tính đàn hồi

Giai đoạn này nước tiểu tràn ngược lên niệu quản và bể thận gây, ứ nước thận. Đây là giai đoạn nguy hiểm nhất vì ảnh hưởng tới chức năng thận, đặc biệt kèm theo nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Giai đoạn đầu:

Các triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng nhưng chưa có tổn thương thực thể. Người bệnh tiểu khó, phải rặn, tia không mạnh, phải đứng lâu mới hết bãi. Người bệnh tiểu nhiều lần chủ yếu về ban đêm, gần sáng gây mất ngủ.

3.1.2. Giai đoạn hai

- Giai đoạn này được đánh dấu bằng sự ứ đọng nước tiểu trong bàng quang (trên 100 ml).

- Người bệnh trong giai đoạn bí tiểu không hoàn toàn.
- Các triệu chứng tiểu khó, tiểu nhiều làm tăng cả ban ngày lẫn ban đêm.

Người bệnh có cảm giác tiểu không hết, luôn thấy tức hạ vị.

3.1.3. Giai đoạn ba

- Giai đoạn này khi bàng quang dẫn quá mức (nước tiểu ứ đọng trong bàng quang trên 300ml).

- Người bệnh có dấu hiệu suy thận do dẫn toàn bộ hệ tiết niệu. Ngoài các triệu chứng trên người bệnh có thể tiểu rỉ liên tục vì bàng quang không còn khả năng co bóp.

- các giai đoạn trên cho thấy tiên triển của bệnh, nhưng trong bất cứ giai đoạn nào cũng có thể bí tiểu hoàn toàn.

3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:

+ Công thức máu bạch cầu tăng (biểu hiện nhiễm trùng).

+ U rê máu tăng (biểu hiện suy thận).

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Sinh hoá nước tiểu có protein.

+ Tế bào nước tiểu có hồng cầu , bạch cầu.

- Xét nghiệm hình ảnh:

+ Làm siêu âm tiền liệt tuyến xác định kích thước, trọng lượng tiền liệt tuyến.

+ Soi bàng quang để phát hiện u bàng quang, sỏi bàng quang không cản quang.

4. Biện chứng

- Người bệnh có bí tiểu hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.

- Viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, áp xe tiền liệt tuyến, viêm mào tinh hoàn.

- Sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang.

- Suy thận.

5. Hướng điều trị

- **Điều trị nội khoa:** chưa có thuốc đặc hiệu. Việc điều trị nội hiện nay gồm chế độ sinh hoạt điều độ, ăn uống thích hợp, tránh dùng chất kích thích. Ngoài ra còn dùng thuốc chống nhiễm khuẩn về điều trị các triệu chứng rối loạn tiểu tiện.

- **Điều trị ngoại khoa:** có nhiều phương pháp mổ.

+ Phương pháp Hryntschak- phẫu thuật qua thành bàng quang.

- Phương pháp Millin- phẫu thuật sau xương mu.

- Hiện nay phương pháp tốt nhất là phương pháp cắt đốt nội soi.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

1. Triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn ba của u tiền liệt tuyến:

A- Bàng quang dẫn nước tiểu ứ đọng ...(B)...

B- Người bệnh có dấu hiệu suy thận do dẫn toàn bộ hệ tiết niệu.

C- Người bệnh có thể tiểu rỉ liên tục do bàng quang không còn khả năng co bóp.

D. Người bệnh không đi tiểu được

2. Triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn hai của u tiền liệt tuyến:

A- Nước tiểu ứ đọng trong bàng quang ...(B)...

B- Người bệnh trong giai đoạn bí tiểu không hoàn toàn.

C- Các triệu chứng tiểu khó, tiểu nhiều lần tăng chủ yếu về đêm.

D- Người bệnh có cảm giác tiểu không hết, luôn thấy tức hạ vị.

3. Biện chứng u xơ tiền liệt tuyến

A. Viêm bàng quang

B. Viêm niệu quản, viêm thận

C . Áp xe bàng quang

D. Viêm niệu đạo

Bài 81

TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 2 cách phân loại tràn dịch màng tinh hoàn
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của tràn dịch màng tinh hoàn

NỘI DUNG

1. Đại cương

Tràn dịch màng tinh hoàn: Là hiện tượng có nước trong hai lá màng tinh hoàn

Chia làm hai loại:

1.1. Tràn dịch màng tinh hoàn đơn thuần Nước chỉ ở trong túi màng tinh hoàn

1.2. Tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh

Do còn có ống phúc tinh mạc, nước theo thừng tinh lên ổ bụng. Nhìn rõ khi bệnh nhân đứng.



Hình 81.1. Tràn dịch màng tinh hoàn



(1)



(2)

Hình 81.2. Tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh:

(1) - Loại thông cả hai đầu.

(2) - Loại hai túi

2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân đến khám thấy bìu dái ngày càng to dần, xuất hiện một hoặc cả hai bên bìu. Tiến triển từ từ không đau, chỉ có cảm giác khó chịu vì khối u làm vướng víu

2.1. Nhìn

Da bìu nhẵn, mỏng, có khi căng bóng, màu hồng. Khối u hình bầu dục có khi chiếm cả bìu dái, nhiều khi che lấp cả dương vật.

2.2. Nắn

Có cảm giác căng.

Gỗ đục.

- Không sờ thấy màng tinh hoàn: Dấu hiệu Sebileau âm tính.
- Không sờ thấy đầu của mào tinh hoàn dấu hiệu Chevassu âm tính

2.3. Soi

Dùng đèn pin soi từ phía sau thấy khối u màu hồng trong suốt, thấy bóng tinh hoàn ở cực dưới và phía sau của khối u .

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán nguyên nhân: Tràn dịch màng tinh hoàn là phản ứng của một bệnh trong bìu như

- Viêm mào tinh hoàn do lao
- Ung thư tinh hoàn Giang mai
- Một số trường hợp không rõ nguyên nhân

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- U nang thường tinh: Tinh hoàn cách biệt với u nang
- U mào tinh hoàn : Sờ được tinh hoàn nằm phía dưới
- Xoắn tinh hoàn : Là bệnh cấp tính bệnh nhân đau dữ dội, bìu màu tím
- Thoát vị bẹn

4. Xử trí: Cần phát hiện để gửi tuyến trên để phẫu thuật.

LƯỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Dấu hiệu Sebileau trong tràn dịch màng tinh hoàn:

- A- Âm tính khi không sờ thấy tinh hoàn.
- B- Âm tính khi không sờ thấy màng tinh hoàn.
- C- Dương tính khi không sờ thấy tinh hoàn.
- D- Dương tính khi không sờ thấy màng tinh hoàn.

Câu 2: Chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng tinh hoàn:

- A- Là phản ứng của một bệnh trong bìu như: Viêm mào tinh hoàn nhiễm khuẩn. Ung thư tinh hoàn, lậu và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.
- B- Là phản ứng của một bệnh trong bìu như: Viêm mào tinh hoàn do lao. Ung thư mào tinh hoàn, lậu và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.
- C- Là phản ứng của một bệnh trong bìu như: Viêm mào tinh hoàn nhiễm khuẩn. Ung thư mào tinh hoàn, giang mai và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.
- D- Là phản ứng của một bệnh trong bìu như: Viêm mào tinh hoàn do lao. Ung thư tinh hoàn, giang mai và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

Câu 3: Xử trí tràn dịch màng tinh hoàn ở y tế cơ sở:

- A- Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, tăng cường sinh tố...
- B- Chọc hút dịch, dùng thuốc chống viêm dính màng tinh hoàn.
- C- Chuyển lên tuyến trên để phẫu thuật.
- D- Chích rạch tháo dịch, đặt dẫn lưu.

Bài 82

TRĨ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng của bệnh trĩ
2. Trình bày được biện pháp đề phòng và điều trị ở tuyến y tế cơ sở

NỘI DUNG

Trĩ là hiện tượng giãn tĩnh mạch ở hậu môn và trực tràng.

Trĩ có thể là một bệnh. Nhưng trĩ có thể là triệu chứng của nhiều bệnh khác .

Có các yếu tố gây ra trĩ:

- Do ứ trệ tĩnh mạch ở hậu môn và trực tràng, gặp ở bệnh nhân xơ gan, lách to, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, khối u ở tiểu khung, phụ nữ có thai. Tất cả nguyên nhân kể trên làm cản trở lưu thông máu ở tĩnh mạch, dần dần làm tĩnh mạch giãn ra thành trĩ.

- Do viêm nhiễm hậu môn.
- Do táo bón.
- Do kiết lỵ.
- Người béo phì hay bị trĩ.



Hình 8 2.1. Tĩnh mạch trực tràng



Hình 82.2. Búi trĩ

Trĩ được chia ra:

- Trĩ nội: Búi trĩ trên cơ thắt.
- Trĩ ngoại: Búi trĩ dưới cơ thắt.

Trĩ có thể gây các biến chứng:

- Chảy máu kéo dài gây thiếu máu.
- Huyết khối búi trĩ.
- Rối loạn chức năng cơ thắt.
- Nứt hậu môn, viêm dò hậu môn trực tràng.

1. Triệu chứng

1.1. Triệu chứng cơ năng

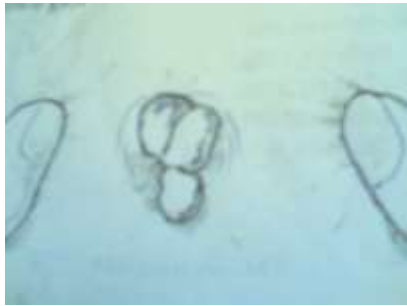
1.1.1. Ít ra máu

- Đỏ tươi, thường ra cuối bãi.
- Thành một vệt ở ngoài phân.
- Có khi chảy nhiều giọt.

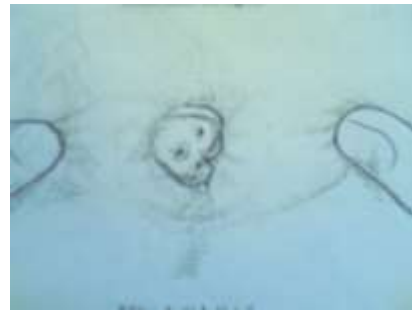
1.1.2. Có cảm giác nặng, tức ở hậu môn

1.1.3. Sa búi trĩ: Nếu bị lâu búi trĩ sa xuống sau mỗi lần đi ngoài hoặc ho. Bệnh nhân có thể đẩy búi trĩ lên hay nó tự co lên.

1.1.4. Đi ngoài đau: Khi bị viêm, nứt hậu môn. Sau mỗi lần đi ngoài đau rất ở hậu môn.



Hình 82.3. Trĩ ngoại



Hình 82.4. Viêm loét búi trĩ

1.2. Triệu chứng thực thể: Khám ở tư thế phủ phục.

1.2.1. Bệnh nhân rặn: Nhìn thấy búi trĩ sa ra ngoài hậu môn. Màu tím sẫm. Từng đám búi nhúi, ấn vào búi xẹp, mềm, không đau.

1.2.2. Trĩ ở trong (còn gọi là trĩ nội): Phải soi hoặc thăm trực tràng. Khi soi sẽ nhìn thấy tĩnh mạch giãn to. Có thể kèm theo viêm hậu môn, viêm loét búi trĩ.



Hình 82.5. Tư thế khám trĩ



Hình 82.6. ống soi hậu môn



Hình 82.7. Soi hậu môn

1.3. Khám toàn thân: Cần khám các cơ quan như: Gan, lách, đo huyết áp, tim. Để tìm nguyên nhân gây nên trĩ.

2. Điều trị và phòng bệnh ở cơ sở

2.1. Ngăn chặn các yếu tố thuận lợi phát sinh bệnh trĩ:

- Tập thói quen đi cầu đều đặn hàng ngày.
- Điều chỉnh thói quen ăn uống:
- Tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà.
- Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu.
- Uống nước đầy đủ.
- Ăn nhiều chất xơ.
- Vận động thể lực: nên tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ...

- Điều trị các bệnh mãn tính hiện có như viêm phế quản, giãn phế quản, bệnh lý

2.2. Điều trị nội khoa:

- Vệ sinh tại chỗ tốt bằng phương pháp ngâm nước ấm 2 – 3 lần/ngày, mỗi lần 15 phút.

- Thuốc uống: gồm các thuốc có tác nhân trợ tĩnh mạch, dẫn xuất từ flavonoid. Cơ chế tác động của các thuốc này là làm gia tăng trương lực tĩnh mạch, bảo vệ vi tuần hoàn, giảm phù nề nhờ tác động kháng viêm tại chỗ, chống nhiễm trùng và chống tắc mạch.

- Thuốc tại chỗ: gồm các loại thuốc mỡ (pommade) và đạn dược (suppositoire) bao gồm các tác nhân kháng viêm, vô cảm tại chỗ và dẫn xuất trợ tĩnh mạch.

2.3. Điều trị bằng thủ thuật:

2.3.1. Tiêm xơ:

- Là phương pháp dễ thực hiện, đơn giản, nhanh chóng và an toàn. Tuy nhiên, người thực hiện thủ thuật phải là bác sĩ có kinh nghiệm với kỹ thuật vững vàng mới cho kết quả tốt và tránh được các biến chứng. Mục đích chính của tiêm xơ là giảm lưu lượng máu đến búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới lớp dưới niêm mạc giúp giảm triệu chứng chảy máu.

- Tiêm xơ được chỉ định trong trĩ độ 1 và trĩ độ 2,

Trong kỹ thuật tiêm xơ cần chú ý một số việc:

- Sử dụng đúng loại kim: Kim dài, có ngạnh chặn ở gần đầu kim để tránh xuyên thấu sâu, nếu có kim gấp góc thì rất tốt, ống tiêm chuyên dùng. Thuốc tiêm xơ thường dùng hiện nay là dầu phenol và polidocanol.

- Vị trí tiêm là ở gốc búi trĩ, nằm trên đường lược và ở đáy búi trĩ. Khối lượng thuốc bơm khoảng 3-5 ml, bơm chậm, trong lúc bơm thuốc nếu thấy chỗ tiêm đổi màu trắng là tiêm vào lớp thượng bì, ngừng tiêm ngay vì sẽ gây biến chứng loét hoại tử sau tiêm. Vị trí tiêm thông thường là ở 4 giờ, 7 giờ và 11 giờ.

- Biến chứng:

* Chảy máu chỗ tiêm: nếu phát hiện trong lúc tiêm dùng gạc đè vào, nếu không giảm dùng dụng cụ thắt trĩ bằng vòng cao su thắt vùng chảy máu.

* Tiêm vào tuyến tiền liệt: trong trường hợp tiêm quá sâu ở vị trí 11 giờ-1 giờ có thể gặp biến chứng bí tiểu, viêm mào tinh và tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, rò hậu môn âm đạo...

2.3.2. Thắt trĩ bằng vòng cao su:

- Thắt trĩ bằng vòng cao su được chỉ định điều trị trĩ nội độ 1 và 2, một số tác giả áp dụng cho cả trĩ nội độ 3 nhưng kết quả giới hạn.

- Thất trĩ bằng vòng cao su đã được thực hiện từ thế kỷ 19 nhưng vì cột búi trĩ chung với cả da quanh hậu môn nên sau thất rất đau, cho nên không được sử dụng rộng rãi. Đến năm 1958 Blaisdell đã thành công với việc chỉ cột búi trĩ không có lẫn da và các mô chung quanh. Barron 1963 đã tạo ra dụng cụ để thất trĩ với vòng cao su và sau đó với dụng cụ cải tiến của Mc Giveny đã đưa điều trị thất trĩ với vòng cao su thành một phương pháp điều trị trĩ thành công và được lựa chọn hàng đầu trong các phương pháp điều trị bằng thủ thuật.

Nguyên tắc chính của thất vòng cao su là giảm lưu lượng máu đến búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới lớp dưới niêm mạc, do đó sẽ cố định ống hậu môn đúng với nguyên tắc bảo tồn lớp đệm hậu môn.

2.3.3. Quang đông hồng ngoại:

- Phương thức sử dụng nhiệt điều trị trĩ đã được thực hiện hàng trăm năm nay. Mục tiêu của phương pháp làm đông là làm cho mô bị đông lại bởi tác động của sức nóng, tạo nên sẹo xơ làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và cố định trĩ vào ống hậu môn. Với tia Laser, dòng điện cao tần cũng có tác động làm đông như tia hồng ngoại, nhưng sự chính xác về độ sâu xuyên thấu của tác động làm đông của 2 phương pháp này không chính xác bằng tia hồng ngoại với máy quang đông. Sự xuyên thấu mô của tia hồng ngoại được định trước bằng cách điều chỉnh tốc độ của tia và độ hội tụ chính xác trên lớp mô này. Máy quang đông hồng ngoại có lợi là không gây nhiều các dụng cụ điện tử gắn trên người bệnh như máy điều hòa nhịp tim.

- Quang đông hồng ngoại được chỉ định với trĩ nội độ 1 và độ 2. Phương pháp này có ưu điểm là không đau, an toàn, cầm máu rất hiệu quả nhưng có nhược điểm là máy khá đắt và thường phải làm thủ thuật nhiều lần.

2.3.4. Phẫu thuật:

- Nhóm phẫu thuật 1: gồm 2 nhóm phẫu thuật

+ Phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc:

Phẫu thuật Whitehead: nguyên tắc là cắt khoanh niêm mạc và lớp dưới niêm mạc có các búi tĩnh mạch trĩ, sau đó kéo niêm mạc từ trên xuống khâu với da ở hậu môn. Phương pháp này hiện nay hầu như không được sử dụng vì để lại nhiều biến chứng nặng nề như hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ và rỉ dịch ở hậu môn. Nhưng vì tính chất triệt để của phẫu thuật nên nhiều tác giả vẫn sử dụng nguyên tắc của phẫu thuật này nhưng cải biến lại để làm giảm các biến chứng, ví dụ phẫu thuật Toupet.

+ Phẫu thuật cắt từng búi trĩ:

Nguyên tắc phẫu thuật này là cắt riêng biệt từng búi trĩ một, để lại ở giữa các búi trĩ các mảnh da-niêm mạc (cầu da niêm mạc). Nhóm phẫu thuật này gồm có PT Milligan Morgan (1937), PT Ferguson (1959), PT Parks (1965), PT BV Việt Đức (Nguyễn Đình Hối, 1966).

Nhóm phẫu thuật này gồm 2 nhóm chính là:

* Cắt trĩ mở: PT Milligan Morgan, PT Nguyễn Đình Hối

* Cắt trĩ kín: PT Ferguson.

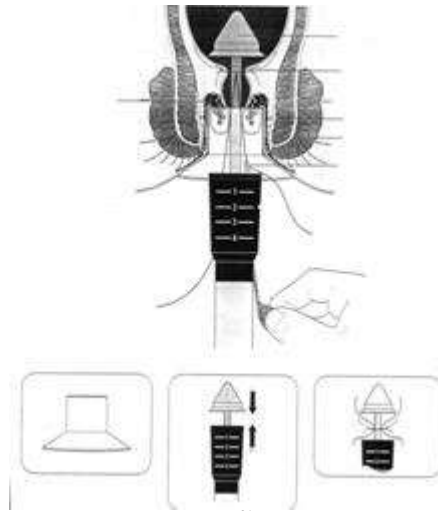
Nhóm phẫu thuật này tránh được các biến chứng của nhóm phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc da, nhưng vẫn còn nhược điểm là đau sau mổ, thời gian nằm viện dài, thời gian trở lại lao động muộn và không hiệu quả trong các trường hợp trĩ vòng.

- Nhóm phẫu thuật 2:

Xuất phát từ các nhược điểm của nhóm phẫu thuật dưới cột Morgagni và các phát hiện mới về sinh bệnh học, từ thập niên 90, dựa trên nguyên tắc bảo tồn khối đệm hậu môn, giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và thu nhỏ thể tích khối trĩ, một số phẫu thuật mới đã ra đời với nguyên tắc treo hậu môn như PT Longo, khâu treo trĩ bằng tay

và nguyên tắc thu nhỏ thể tích khối trĩ như PT khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler.

+ PT Longo (1993): Là phẫu thuật sử dụng máy khâu vòng để cắt một khoanh niêm mạc trên đường lược 2-3 cm và khâu vòng bằng máy bấm. Nguyên tắc của phẫu thuật này là cắt và khâu khoanh niêm mạc, nhằm mục đích giảm lưu lượng máu đến đám rối tĩnh mạch trĩ để thu nhỏ thể tích trĩ và treo được đệm hậu môn vào ống hậu môn. Phương pháp này được ưa chuộng vì không đau, thời gian nằm viện ngắn, trả bệnh nhân về lao động sớm, nhược điểm này là chi phí cao, chưa được đánh giá đầy đủ về hiệu quả do thời gian theo dõi còn ngắn 15.



Hình 82.8. Phẫu thuật Longo

+ Khâu treo trĩ bằng tay:

Đây là phương pháp cải biên của phẫu thuật Longo ở các nước đang phát triển do giá thành cao của PT Longo. PT này đã được Ahmed M Hussein, Nguyễn Mạnh Nhân, Nguyễn Trung Vinh, Nguyễn Trung Tín báo cáo ở các hội nghị. Phương pháp này cũng dựa trên nguyên tắc của phẫu thuật Longo là làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên ống hậu môn bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Phương pháp này chỉ mới được báo cáo sau năm 2001.

+ Khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler (hình 2):

Phương pháp này được Kazumasa Morinaga thực hiện lần đầu năm 1995, với một dụng cụ có tên là Moricorn, là một máy gồm một đầu dò siêu âm Doppler gắn liền trong một ống soi hậu môn, qua dụng cụ này tác giả dò tìm 6 động mạch, là những nhánh tận của động mạch trực tràng trên, và các nhánh động mạch này được khâu cột ở vị trí trên đường lược 2cm.

Nguyên tắc của phương pháp này là làm giảm lưu lượng máu đến các búi trĩ, chỉ áp dụng cho trĩ nội độ 2 và 3, ưu điểm của phương pháp này là không đau và bảo tồn được đệm hậu môn.

Cả ba phương pháp này không giải quyết được các trường hợp trĩ nội tắc mạch và các trường hợp có mẫu da thừa lớn.

LUỢNG GIÁ

Anh (chị) hãy chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu sau:

Câu 1: Biểu chứng của trĩ:

- A- Táo bón; huyết khối búi trĩ; rối loạn chức năng cơ thắt; nhiễm khuẩn hậu môn.
- B- Chảy máu kéo dài dẫn đến thiếu máu; huyết khối búi trĩ; rối loạn chức năng cơ thắt; nứt hậu môn; viêm rò hậu môn – trực tràng...
- C- Chảy máu kéo dài; táo bón; huyết khối búi trĩ, rối loạn chức năng cơ thắt; nhiễm khuẩn hậu môn...
- D- Táo bón; chảy máu kéo dài dẫn tới thiếu máu; huyết khối tĩnh mạch; nhiễm khuẩn hậu môn; rò hậu môn – trực tràng...

Câu 2: Triệu chứng cơ năng bệnh trĩ:

- A- Ít máu. Đau hậu môn. Sa búi trĩ. Khó đi ngoài.
- B- Ít máu. Đau hậu môn. Sa búi trĩ. Đi ngoài đau.
- C- Ít máu. Cảm giác nặng tức hậu môn. Sa búi trĩ. Đi ngoài đau.
- D- Ít máu. Cảm giác nặng tức hậu môn. Sa búi trĩ. Khó đi ngoài.

Câu 3: Triệu chứng thực thể trĩ nội:

- A - Nhìn thấy búi trĩ sa ra ngoài thường xuyên, ấn vào mềm, xẹp, không đau.
- B - Bảo bệnh nhân rặn thấy búi trĩ sa ra ngoài hậu môn, màu tím sẫm từng đám búi nhùi, ấn vào búi xẹp, mềm, không đau.
- C - Nhìn vùng hậu môn sưng nề, màu đỏ, ấn vào đau. Có thể có nước vàng rỉ ra.
- D- Phải soi hay thăm trực tràng nhìn thấy búi trĩ đỏ. Có thể kèm theo viêm hậu môn, loét búi trĩ.

Câu 4: Xử trí búi trĩ to ở y tế cơ sở:

- A- Đặt thuốc vào hậu môn.
- B- Gửi bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị triệt để.
- C- Thắt búi trĩ, dùng kháng sinh thích hợp.
- D- Dùng thuốc chống viêm tại chỗ kết hợp thuốc nhuận tràng.

Bài 83

SINH LÝ THỤ TINH LÀM TỔ VÀ PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sinh lý thụ thai.
2. Mô tả được sự di chuyển và làm tổ của trứng.
3. Trình bày được sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng qua 2 thời kỳ.

NỘI DUNG

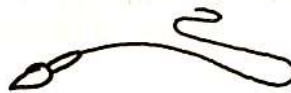
1. Sinh lý thụ thai

1.1. Định nghĩa sự thụ thai

- Sự thụ tinh: Là sự kết hợp giữa một tế bào đực là tinh trùng với một tế bào cái là noãn để tạo thành một tế bào có khả năng phát triển gọi là trứng (hay hợp tử).
- Sự thụ thai: Là sự thụ tinh kèm theo sau đó là sự làm tổ của trứng.
- Sau khi làm tổ trứng phát triển thành thai và phần phụ của thai.

1.2. Sự sinh tinh

- Tế bào mầm của tinh hoàn sản xuất ra tinh nguyên bào.
- Từ tinh nguyên bào phát triển thành tinh nguyên bào I có 46 nhiễm sắc thể.
- Qua quá trình phân chia gián phân giảm số thành tinh bào II có 23 nhiễm sắc thể.
- Từ tinh bào II phân chia gián phân nguyên số thành tiền tinh trùng, rồi phát triển thành tinh trùng có 23 nhiễm sắc thể, trong đó có : 22 nhiễm sắc thể thường và 1 nhiễm sắc thể giới tính X hoặc Y.
- Mỗi tinh trùng trưởng thành gồm 3 phần: Đầu, thân, đuôi.
 - + Đầu: Hình bầu dục, phần trước có nguyên sinh chất, phần sau là một nhân to chứa nhiễm sắc thể.
 - + Thân: ở giữa có dây trục, phía đầu có trung thể.
 - + Đuôi: Dài ở giữa có dây trục.



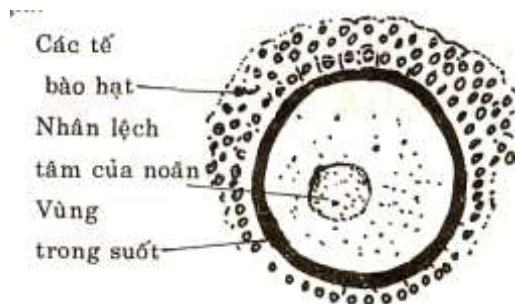
Hình 83.1: Tinh trùng

Tinh dịch:

- Mỗi lần phóng tinh: 3 - 5 ml
- Số lượng tinh trùng: 60 - 120 triệu trong 1ml tinh dịch.
- Tỷ lệ hoạt động bình thường 60 - 80% tinh trùng cử động.
- Tinh trùng sống trong môi trường âm đạo và tử cung khoảng 3 ngày
- Tốc độ di chuyển mỗi phút 1,5 - 3mm
- Tinh trùng luôn được sinh ra từ những tinh nguyên bào từ tuổi trưởng thành đến tuổi già.

1.3. Noãn bào

- Từ tế bào mầm ở buồng trứng tạo thành những noãn nguyên bào.
- Khi mới đẻ buồng trứng của một bé gái có từ 200.000 - 500.000 bọc noãn nguyên thủy.
- Tuổi dậy thì đến khi mãn kinh chỉ có 400 - 450 bọc trưởng thành, còn lại thoái hoá, teo đi.
- Từ noãn nguyên bào phát triển thành noãn bào I có 46 nhiễm sắc thể (n.s.t).
- Noãn bào I phân chia gián phân giảm số cho noãn bào II và cực cầu I
- Mỗi noãn bào II phân chia gián phân nguyên số cho một noãn bào chín và một cực cầu II, Noãn bào chín có 23 nhiễm sắc thể. Trong đó có 22 nhiễm sắc thể thường và 1 nhiễm sắc thể giới tính X.
- Noãn bào trưởng thành đường kính: 100 - 150 micromét.
- Noãn được phóng ra từ nang De Graaf đem theo tế bào hạt bao bọc xung quanh.



Hình 83.2: Cấu tạo của noãn bào

Cấu tạo của noãn bào có vỏ bọc gọi là màng trong suốt. ở giữa có nguyên sinh chất và nhân.

Khi noãn bào được phóng ra ngoài được loa vòi trứng lấy đưa về vòi trứng. Tiểu noãn sống được trong vòi trứng sắp xỉ một ngày.

1.4. Điều kiện thụ tinh gồm

- Tinh trùng.
- Noãn bào
- Âm đạo, cổ tử cung, tử cung, vòi trứng, buồng trứng bình thường.
- Niêm mạc tử cung ở giai đoạn hoài thai.
- Chức năng các tuyến sinh dục bình thường.

1.5. Cơ chế thụ tinh

* Sự thụ tinh:

Xảy ở 1/3 ngoài của vòi trứng. Tinh trùng đến 1/3 ngoài của vòi trứng vây quanh noãn bào rồi bám và màng trong suốt của noãn bào. Tinh trùng chui qua màng trong suốt để vào trong tế bào. Thường chỉ có một tinh trùng chui vào để thụ tinh và chỉ có một phần đầu chui vào trong, thân và đuôi ở ngoài và teo đi.

* Biến đổi ở nhân:

Đầu tinh trùng chui vào noãn bào, thoát tiên nhân đực có nhiễm sắc thể lúc ấy noãn bào phóng ra cực cầu II để trở thành tiên nhân cái cũng có nhiễm sắc thể. Nếu tinh trùng thụ tinh mang nhiễm sắc thể Y sẽ là thai trai (Tế bào hợp nhất XY). Nếu tinh trùng thụ tinh mang nhiễm sắc thể X sẽ tạo thành tế bào hợp nhất XX sẽ là thai gái.

2. Sự di chuyển và làm tổ của trứng

2.1. Di chuyển của trứng

Sau khi thụ tinh trứng di chuyển qua vòi trứng vào buồng tử cung. Sự di chuyển này là nhờ tác dụng của: Nhung mao của niêm mạc vòi trứng, nhu động của vòi trứng, chất dịch từ loa vòi trứng về buồng tử cung. Thời gian di chuyển từ 4 - 7 ngày.

Trong khi di chuyển: Trứng vừa di chuyển vừa phát triển lớn lên. Nếu vì lý do nào đó cản trở sự di chuyển của trứng, trứng sẽ dừng lại và làm tổ ở vòi trứng gây nên chửa ngoài tử cung.

2.2. Sự làm tổ của trứng

Khi trứng đến tử cung, niêm mạc tử cung đã được chuẩn bị sẵn để đón trứng làm tổ: Niêm mạc tử cung đã dày lên do tác dụng của Folliculin và Progesteron của hoàng thể kinh nguyệt. Hoàng thể này được duy trì trong những tháng đầu của thời kỳ có thai. Trứng đục lớp ngoài của niêm mạc tử cung chui vào trong niêm mạc tử cung để làm tổ ở đó và phát triển cho đến khi đủ tháng.

3. Sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng

- Sau khi thụ tinh trứng phân chia rất nhanh để tạo thành thai và phần phụ của thai.

- Về thời gian: Sự phát triển của trứng chia làm 2 thời kỳ:

+ Thời kỳ sắp xếp tổ chức: Từ lúc thụ tinh đến hết tháng thứ 2.

+ Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: Từ tháng thứ 3 cho đến khi đủ tháng.

3.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức

3.1.1. Sự hình thành bào thai

Ngay sau khi thụ tinh, trứng phân chia rất nhanh. Từ một tế bào trứng phân chia thành 2 tế bào mầm, rồi 4 tế bào mầm, các tế bào phân chia đều nhau. Từ 4 tế bào mầm phân chia không đều nhau thành 4 tế bào mầm to và 4 tế bào mầm nhỏ, các tế bào mầm to tiếp tục phân chia và phát triển thành bào thai với 2 lớp tế bào: Lớp thai ngoài và lớp thai trong, ở giữa 2 lớp thai sau này sẽ phát triển thêm lớp thai giữa. Các lá thai này tạo thành bào thai rồi thành thai nhi

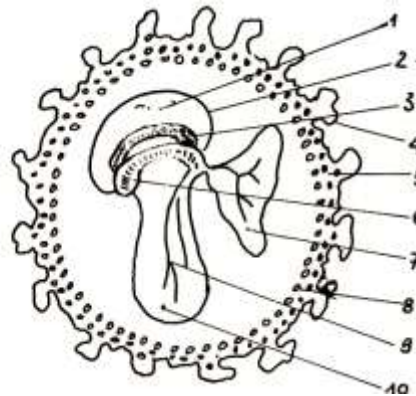
- Lá thai ngoài :Hình thành hệ thần kinh ,da,xương,cơ

- Lá thai giữa: Hình thành hệ tuần hoàn ,tiết niệu,tổ chức liên kết

- Lá thai trong : Hình thành hệ hô hấp,tiêu hoá

Bào thai cong hình con tôm, về phía bụng của bào thai phát sinh ra nang rốn, trong có chứa các chất dinh dưỡng, các mạch máu được phát ra đi vào nang rốn lấy các chất dinh dưỡng về nuôi thai. Đó là hệ tuần hoàn thứ nhất, còn gọi là hệ tuần hoàn nang rốn.

1. Buồng ối
2. Nội sản mạc
3. Lớp thai ngoài
4. Chân giả
5. Hội bào
6. Lớp thai trong
7. Nang niệu
8. Tế bào Langhans
9. Mạch của hệ tuần hoàn thứ nhất
10. Nang rốn



Hình 83.3: Thời kỳ rau toàn diện

3.1.2. Sự phát triển của phần phụ:

* **Nội sản mạc:**

Về phía lưng của bào thai, một số tế bào của lớp thai ngoài tan đi làm thành một buồng gọi là buồng ối, trong chứa nước ối, thành của buồng ối là một màng mỏng gọi là nội sản mạc.

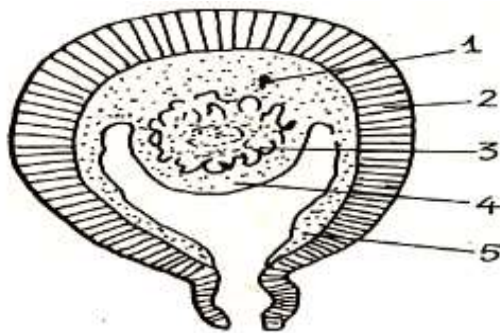
* **Trung sản mạc:**

- Các tế bào mầm nhỏ phát triển thành trung sản mạc.
- Trung sản mạc có hai lớp:
 - + Lớp ngoài là lớp nội bào.
 - + Lớp trong là các tế bào Langhans.
- Trung sản mạc làm thành các chân giả bao vây quanh trứng.

* **Ngoại sản mạc:**

Khi trứng làm tổ, niêm mạc tử cung phát triển thành ngoại sản mạc, ngoại sản mạc phân biệt 3 phần:

- Ngoại sản mạc tử cung: Là phần chỉ liên quan đến tử cung.
- Ngoại sản mạc trứng: Là phần chỉ liên quan đến trứng.
- Ngoại sản mạc tử cung- rau: Là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.



Hình 83.4: Ngoại sản mạc tử cung

1. Ngoại sản mạc tử cung - rau.
2. Cơ tử cung.
3. Trứng trong thời kỳ rau tiền diện
4. Ngoại sản mạc trứng.
5. Ngoại sản mạc tử cung.

3.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức

3.2.1. Sự phát triển của thai

- Thời kỳ này bào thai gọi là thai nhi. Thai nhi có đủ các bộ phận chỉ việc lớn lên và hoàn chỉnh tổ chức. Thời kỳ này thai sống bằng hệ tuần hoàn nang niệu (gọi là hệ tuần hoàn thứ 2).

- Mạch máu của nang rốn phát triển về phía nang niệu để hình thành hệ tuần hoàn thứ 2, trong khi đó nang rốn teo đi. Cuối cùng hệ tuần hoàn nang niệu hoàn toàn thay thế cho nang rốn. Dần dần nang niệu cũng teo đi chỉ còn lại các mạch máu đó là động mạch và tĩnh mạch rốn để trao đổi dinh dưỡng từ máu mẹ.

3.2.2. Phát triển của phần phụ

* **Nội sản mạc:** Nội sản mạc ngày càng phát triển bao bọc nước ối và thai, buồng ối ngày càng rộng ra.

* **Trung sản mạc:**

Trung sản mạc phần lớn trở thành nhẵn, chỉ phát triển ở vùng bám vào tử cung, ở đây trung sản mạc phát triển thành các gai rau với 2 lớp tế bào là lớp hội bào và Langhans. Các động mạch nhỏ vào mỗi gai rau phân chia thành các mao động mạch có thành mạch sát vào gai rau, máu trở về tĩnh mạch rốn để nuôi thai.

*** Ngoại sản mạc:**

Ngoại sản mạc trứng teo mỏng dần. Ngoại sản mạc tử cung cũng teo mỏng dần gần tới đủ tháng thì 2 màng này hợp làm một và chỉ còn lơ lửng từng đám. Ngoại sản mạc tử cung rau tiếp tục phát triển và các mạch máu tại đây dần to hình thành hồ huyết, Trong hồ huyết có máu người mẹ từ các nhánh động mạch tử cung chảy tới, sau khi trao đổi dinh dưỡng, máu theo tĩnh mạch tử cung về tuần hoàn mẹ.

LƯỢNG GIÁ

- 1: Trình bày định nghĩa sự thụ thai? Nói rõ sự hình thành bào thai ở thời kỳ sắp xếp tổ chức?
- 2: Trình bày sự di chuyển, làm tổ của trứng?
- 3: Trình bày sự phát triển của phần phụ ở thời kỳ sắp xếp tổ chức?
- 4: Trình bày sự phát triển của thai và phần phụ của thai ở thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức?

* Trả lời ngắn các câu từ 5 đến 10 :

5: Cấu tạo của tinh trùng gồm 3 phần là:

A:.....

B:.....

C:.....

6: Trứng sau thụ tinh di chuyển về tử cung được là nhờ 3 yếu tố sau:

A:.....

B:.....

C:.....

7: Các phần phụ của thai gồm:

A:.....

B:.....

C:.....

8: Ngoại sản mạc của phần phụ thai gồm 3 loại là:

A: Ngoại sản mạc trứng.

B:.....

C:.....

9: Trứng sau khi thụ tinh được phát triển qua 2 giai đoạn là:

A:.....

B:.....

10: Điều kiện để thụ tinh là:

A:.....

B:.....

C:.....

D: Niêm mạc tử cung ở giai đoạn hoài thai.

E: Chức năng tuyến sinh dục bình thường.

Bài 84

CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN VỀ SINH THAI NGHÉN

MỤC TIÊU

1. Mô tả được cách chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng đầu và 4,5 tháng cuối.
2. Trình bày được cách khám thai, tính tuổi thai, dự kiến ngày đẻ.
3. Trình bày được nội dung vệ sinh khi có thai, chế độ ăn uống và sử dụng thuốc khi có thai

NỘI DUNG

Khi có thai cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi về hình thể bên ngoài cũng như hình thể bên trong cơ thể. Gây nên các dấu hiệu gọi là triệu chứng thai nghén. Về lâm sàng người ta chia thời kỳ thai nghén làm 2 giai đoạn là: 4,5 tháng đầu và 4,5 tháng cuối.

Muốn khám và chẩn đoán thai nghén đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng, thái độ tốt thì mới có khả năng khám và chẩn đoán được chính xác.

A. CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN

1. Chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng đầu

1.1. Cơ năng

- Tắt kinh.
- Nghén: + Buồn nôn, nôn, tiết nước bọt nhiều.
+ Thay đổi về khứu giác: Sợ mùi lạ, thức ăn...
+ Thay đổi về thần kinh: Dễ xúc động, thay đổi tính tình

1.2. Thực thể

- Thay đổi ở da và niêm mạc: Trán và má có vết sạm. Hai vú cương, quầng vú thâm màu, có hạt Montgomery nổi rõ. Có đường nâu ở đường giữa dưới rốn.
- Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung tím lại.
- Thăm âm đạo:
+ Dấu hiệu Hêga: Cổ tử cung và tử cung mềm, cảm giác như cổ tử cung và thân tử cung không nối liền nhau.
+ Dấu hiệu Noble: Nắn túi cùng bên âm đạo có thể thấy phần thân tử cung phình to.

1.3. Cận lâm sàng

- HCG (+) .(Quick (+)).
- Siêu âm: Có thai trong buồng tử cung, tim thai dương tính.

2. Chẩn đoán thai nghén trong 4,5 tháng cuối

Thường chẩn đoán dễ hơn do tử cung to lên rõ ràng, nghe được tim thai, thai cử động dễ.

2.1. Sờ nắn

Thấy rõ các phần của thai: Đầu, mông, lưng, chân tay. Tử cung to lên rõ ràng.

2.2. Nghe

Tim thai tần số: 120 - 160 lần/ phút đều rõ, nghe rõ ở tháng thứ 6 trở đi.

Cần phân biệt với tiếng thổi của động mạch tử cung. Vì vậy khi nghe tim thai cần kết hợp với bắt động mạch quay của bà mẹ

3. Cách khám thai

3.1. Mục đích khám thai

- Phát hiện bất thường trong quá trình mang thai và trong lúc đẻ.
- Tiên lượng cuộc đẻ.
- Dự tính được ngày tháng đẻ.

3.2. Trình tự khám thai

3.2.1. Hỏi

- Ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng(tính ngày dương)
- Thai máy và thai đạp để xác định lưng và chi của thai.

3.2.2. Khám sản khoa

- Nhìn: Tử cung hình trứng: Gặp trong ngôi dọc. Tử cung bè ngang : Gặp trong ngôi ngang. Tử cung hình trái tim: Gặp trong tử cung 2 sừng, bụng có đường nâu từ rốn đến bờ trên xương vệ.

- Sờ nắn: Có giá trị rất quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng cuộc đẻ.

+ Xác định các phần của thai nhi, ngôi, thế, độ lọt. Nếu là đầu thai nhi: Cảm giác khối tròn, rắn, danh giới rõ. Nếu là mông thai nhi: Cảm giác khối tròn to hơn, mềm, di động ít hơn. Xác định lưng: Là một diện phẳng nổi liền giữa đầu và mông. Xác định chi: Đối diện với lưng thấy lớn nhỏ.

- + Thử tự: Nắn cực dưới, cực trên và hai bên tử cung.

- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng (Đo bằng thước dây)

Đo chiều cao tử cung: Là độ dài từ bờ trên khớp mu đến đáy tử cung.

Đo vòng bụng: Đo ở chỗ phình to nhất, thường đo qua rốn.

Đo để ước tính sơ bộ trọng lượng của thai nhi: Dựa vào công thức
Chiều cao tử cung + vòng bụng

$$P = \frac{\text{Chiều cao tử cung} + \text{vòng bụng}}{4} \times 100$$

(P: Là trọng lượng tính bằng gam)

- Nghe tim thai: Nghe rõ ở mỏm vai. Tần số 120 - 160 lần/ phút đều rõ.

- Tính tuổi thai, tính ngày tháng đẻ:

* **Tính tuổi thai:** Có 5 cách tính

- Dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối.

- Dựa theo chiều cao tử cung:

$$\text{Tuổi thai} = \frac{\text{Chiều cao tử cung}}{4} + 1 \quad (\text{đơn vị tính bằng tháng})$$

- Dựa vào ngày giao hợp.

- Dựa vào ngày thai máy.

- Siêu âm

* **Tính ngày tháng đẻ:**

Ngày đẻ : Bằng ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng cộng với 10

Tháng đẻ: Nếu tháng của chu kỳ kinh cuối cùng là tháng 1, 2, 3 thì cộng với 9, nếu là tháng 4 trở đi thì trừ đi 3 sẽ ra tháng đẻ.

Ví dụ: Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối là 03/11/2000 thì ngày đẻ sẽ vào ngày 13/8/2001.

Chú ý: Nếu ngày sinh vượt quá 30 hoặc 31 ngày thì chuyển 30 ngày sang tháng sau

Ví dụ : Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối là 25/4/2000 thì ngày đẻ sẽ vào ngày 5/2/2001.

3.2.3. *Thử nước tiểu:* Để tìm Protein cần làm xét nghiệm định tính hoặc xét nghiệm định lượng

3.2.4. *Khám toàn thân:* Đo huyết áp, khám da, niêm mạc để phát hiện thiếu máu, khám tổ chức dưới da để phát hiện thai phụ có phù không?

3.2.5. *Kiểm tra và tiêm phòng uốn ván:* *Tiêm vắc xin AT*

- Bà mẹ mang thai lần 1: Tiêm phòng 2 mũi uốn ván, mũi 1 cách mũi 2 là 1 tháng và mũi thứ 2 cách lúc đẻ ít nhất là 2 tuần.

Tiêm càng sớm càng tốt nhưng nên tiêm tốt nhất là vào tháng thứ 4 và tháng thứ 5

- Bà mẹ mang thai lần 2: Tiêm nhắc lại 1 mũi uốn ván

3.2.6. *Giáo dục sức khỏe*

3.2.7. *Cung cấp thuốc thiết yếu:* *Uống viên sắt phòng thiếu máu.*

3.2.8. *Ghi sổ và phiếu khám thai*

3.2.9. *Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí*

B. VỆ SINH THAI NGHÉN

Thai nghén là hiện tượng sinh lý đặc biệt của người phụ nữ. Khi có thai cơ thể có sự thay đổi quan trọng về nội tiết, tuần hoàn, thần kinh, hô hấp. Ngoài ra trong thời gian này sức đề kháng của thai phụ như bị giảm sút, do vậy cần tuyên truyền, vận động thai phụ biết giữ gìn vệ sinh khi có thai để đảm bảo cho mẹ và con.

1. Vệ sinh chung khi có thai

Vệ sinh thân thể: Ngoài vấn đề vệ sinh thường xuyên hàng ngày cần: Tắm rửa luôn, tắm nhanh, không ngâm mình dưới nước ao hồ vì dễ gây nhiễm khuẩn ngược dòng. Mùa đông tắm nước ấm trong nhà tránh gió lùa.

2. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài

Bộ phận sinh dục là cửa ngõ để vi khuẩn xâm nhập vào âm đạo, cổ tử cung. Hàng ngày rửa âm hộ, tăng sinh môn một lần bằng xà phòng và nước sạch. Lau sạch mỗi lần đi đại tiện hoặc trước khi đi ngủ phải rửa bằng nước sạch. Rửa dưới vòi nước (ấm nhòm), không nên ngồi vào chậu có nước. Nếu viêm nhiễm đường sinh dục phải đi khám và điều trị.

3. Vệ sinh vú

- Không nên nịt chặt vú, nên dùng áo mỏng, mềm, mặc hơi rộng.
- Nếu có tổn thương vú như : Loét, ngứa phải điều trị ngay.
- Thường xuyên rửa sạch đầu vú.

4. Về mặc

- Mặc áo rộng rãi, sạch sẽ, mềm, mát về mùa hè, ấm về mùa đông.
- Không nên đi guốc cao hoặc giày cao gót vì dễ ngã.

5. Vệ sinh miệng

Giữ răng miệng sạch, sáng và tối trước khi ngủ phải đánh răng, bất kỳ sau khi ăn lúc nào cũng phải đánh răng.

6. Chế độ nghỉ ngơi

- Không nên làm việc quá nặng hoặc trong điều kiện rung sóc hay chấn động mạnh. Tránh cúi nhiều, đứng lâu hoặc đi lại nhiều.
- Không tiếp xúc với các chất độc hại. Không nên đi quá xa.
- Không nên tập thể thao với động tác quá mạnh.

- Không nên thức khuya, tránh suy nghĩ buồn phiền.
- Theo dõi cân nặng hàng tháng: Tăng cân nhanh hoặc sút cân phải đi khám ngay.

- Hạn chế giao hợp 3 tháng đầu và 3 tháng cuối.
- Nên nghỉ sớm trước khi đẻ 4 tuần, để thai nhi tăng cân.

D. CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG TRONG KHI CÓ THAI

Khi có thai (theo chuẩn quốc gia) người mẹ tăng trọng lượng trung bình từ 10 - 14 kg

Chế độ ăn: Cần ăn no, đủ chất (ăn cho 2 người) (2500 - 3000Calo/24 giờ).

Thành phần:

+ Protit : Từ 1 - 1,5gam/ kg cơ thể/ 24 giờ (70 - 100 gam). Kết hợp đạm động vật và đạm thực vật, nếu thiếu Protit sẽ làm giảm sức đề kháng, thai nhỏ.

+ Lipit: Cần 0,8 gam/ kg cơ thể/ 24 giờ (70 - 80 gam). Lipit có vai trò quan trọng là hoà tan Vitamin A,D thì cơ thể mới hấp thu được, nếu thiếu lipit cơ thể thiếu Vitamin tan trong dầu.

+ Gluxit: Từ 300 -400 gam / ngày, nếu thiếu gluxit gây mệt mỏi, hạ đường huyết.

+ Các chất vô cơ:

. Canxi: Cần 1200mg/ ngày, nếu thiếu canxi sẽ gây kích thích thần kinh gây co giật (chuột rút), thai kém phát triển.

. Phốt pho: Cần 1500mg/ ngày. Tỷ lệ canxi/phốt pho = 1. Nếu thiếu một trong hai chất này hoặc tỷ lệ không thích hợp cơ thể sẽ không hấp thu được, thai nhi cần 1/3 số canxi và phốt pho trên, có nhiều trong trứng, đậu, tôm, cua.

. Magie và sắt: Cần số lượng rất ít, song thiếu Magie sẽ gây giật. Thiếu sắt gây thiếu máu nhược sắc. Các chất này có nhiều trong: Gan, rau muống, ngũ cốc, cua.

. Muối: Hạn chế ăn muối, đặc biệt trước chuyển dạ 1 tuần. Nhược điểm khi ăn nhiều muối sẽ gây giữ nước ở tổ chức, hiệu lực cơ co tử cung giảm, cổ tử cung mở chậm.

. Vitamin: Cần cho sự phát triển của thai nhi và chống táo bón.

. Nước: Cần từ 1,5 - 2 lít/ ngày.

E. DỪNG THUỐC

Hạn chế tối đa khi dùng thuốc, dùng thuốc trong thai nghén đều phải hỏi bác sỹ chuyên khoa. Cần bảo vệ sức khoẻ tránh mắc bệnh

LƯỢNG GIÁ

1: Trình bày mục đích khám thai và chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng đầu ?

2: Trình bày chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng cuối ? Nói rõ cách tính tuổi thai ?

*Trả lời các câu hỏi ngắn từ 3-7:

3: Kể 2 dấu hiệu cận lâm sàng hay áp dụng để chẩn đoán thai 4,5 tháng đầu:

A :

B :

4: Nhịp tim thai bình thường là:

A :

B :

C :

5: Kể 2 dấu hiệu thực thể khi thăm âm đạo trong khám thai 4,5 tháng đầu là:

A :

B :

6. Kể đủ 5 cách tính tuổi thai;

A.....

B.....

C.....

D:.....

E.....

7. Trên thực tế lâm sàng, tính ngày cho thai phụ sinh đẻ chính xác nhất là dựa vào:

A. Ngày giao hợp

B. Ngày phóng noãn

C. Ngày đầu kỳ kinh cuối

D. Ngày thai máy

E. Không có cách tính nào chính xác

Bài 85

CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 5 việc cần làm trong 2 giờ đầu sau đẻ.
2. Kể được 5 việc cần làm trong 2 tuần đầu sau đẻ.
3. Trình bày được nội dung chăm sóc bà mẹ thời kỳ sau đẻ.

NỘI DUNG

Thời kỳ sau đẻ có nhiều nguy cơ và tai biến có thể xảy ra. Do đó việc theo dõi và chăm sóc phụ nữ trong thời kỳ sau đẻ rất quan trọng.

1. Theo dõi chăm sóc 2 giờ đầu sau đẻ

- Hai giờ đầu sau đẻ còn gọi là giai đoạn 4 của chuyển dạ.
- Nguy cơ hay gặp: Băng huyết, Shock (sốc) hoặc tử vong.

1.1. Theo dõi mạch huyết áp

- Ngay sau đẻ (theo dõi lần 1)
- Sau đó 15 phút đo lại một lần, nếu thể trạng tốt thì không cần đo lại huyết áp.
 - + Bình thường: Huyết áp như trước đẻ
 - Mạch nhỏ hơn 75 lần/ một phút.
 - + Bất thường: Huyết áp giảm, mạch nhanh, nhỏ.

1.2. Theo dõi co hồi tử cung: Thời gian theo dõi

- Ngay sau đẻ, sau đó 15 phút khám một lần trong giờ đầu, 30 phút một lần trong giờ thứ 2
- Đánh giá:
 - + Bình thường: Mật độ tử cung chắc, đáy tử cung ngang hoặc dưới rốn
 - + Bất thường: Mật độ mềm, đáy tử cung cao trên rốn.

1.3. Theo dõi sản dịch

- Thời kỳ theo dõi: Cùng với theo dõi co hồi tử cung.
- Khi theo dõi:
 - + Phải khám băng vệ sinh.
 - + ấn đáy tử cung xem sản dịch trào ra hay không?
- Nhận định:
 - + Bình thường: Ấn đáy tử cung sản dịch ra ít, sau đó không ra, không thấm hết băng vệ sinh trong 2 giờ đầu.
 - + Bất thường:
 - . Ấn đáy tử cung sản dịch ra nhiều lẫn máu cục.
 - . Ấn đáy tử cung máu không ngừng chảy.
 - . Sản dịch thấm ướt băng vệ sinh và ra ngoài.

1.4. Để thai phụ nằm yên tĩnh, cho bú ngay 2 giờ đầu sau đẻ

1.5. Nếu phát hiện chảy máu sau đẻ

- Xoa bóp tử cung.
- Chườm lạnh vùng hạ vị.
- Dùng thuốc tăng co bóp cổ tử cung (Oxytocin)
- Tìm nguyên nhân xử trí.

Hai giờ đầu quan trọng người thầy thuốc cần theo dõi sát sự co hồi tử cung, sản dịch để phát hiện và xử trí sớm chảy máu trước khi huyết áp hạ.

2. Theo dõi sản phụ trong 2 tuần đầu

2.1. Toàn thân: Nếu 2 giờ đầu thể trạng thai phụ tốt thì sau 24 giờ kiểm tra mạch huyết áp cho thai phụ.

2.2. Theo dõi co hồi tử cung và sản dịch

- Từ 2 đến 6 giờ đầu, nên khám co hồi tử cung và sản dịch 1 giờ /1lần.
- Sau đó cứ một ngày khám co hồi tử cung và sản dịch 1lần.

2.3. Theo dõi vết khâu sinh môn: (Nếu có vết khâu)

- Ngày đầu:
 - + Kiểm tra vết khâu có chảy máu không.
 - + Vết khâu có sưng nề không? Nếu sưng nề thì chườm nước muối ấm.
- Ngày sau đó kiểm tra vết khâu có sưng nề, tấy đỏ không? Có mủ không? Nếu có là vết khâu nhiễm khuẩn. Bình thường cắt chỉ vết khâu TSM vào ngày thứ 5. Trường hợp vết khâu nhiễm trùng thường cắt chỉ sớm hơn

2.4. Theo dõi xuống sữa

- Con so bài tiết sữa nhiều ngày thứ 3 – 4
- Con dạ bài tiết sữa nhiều ngày thứ 2 – 3

Để giúp cho bài tiết sữa tốt bà mẹ đảm bảo chế độ ăn tốt, ngủ ít nhất 8-10 tiếng /24 giờ Uống nhiều nước(khoảng 2-2,5 lít nước/24 giờ)

2.5. Theo dõi đại tiện tiện

- Sau đẻ 12 giờ không đi tiểu, bàng quang căng thì chườm nóng vùng hạ vị nếu chườm không kết quả phải thông tiểu hoặc dẫn lưu bàng quang(lưu sonde bàng quang ít nhất 24 giờ).
- Sau đẻ 72 giờ nếu không đại tiện được thì thụt tháo.

3. Chăm sóc thai phụ thời kỳ sau đẻ (Từ tuần thứ 3 đến ngày thứ 42 sau đẻ)

3.1. Chăm sóc về tinh thần

Động viên thai phụ nhất là khi đẻ không theo ý muốn.

3.2. Đảm bảo điều kiện vệ sinh tốt

Phòng nằm sạch, thoáng, yên tĩnh, giường nằm phải sạch sẽ và khô ráo .

3.3. Xử trí cơn đau tử cung

- Đau ít: Không cần xử trí.
- Đau nhiều: Chườm ấm vùng hạ vị, hoặc uống Paracetamol.

3.4. Chăm sóc vú

- Rửa sạch đầu vú, xoa mềm vú trước khi cho bú.
- Sau mỗi lần cho bú vắt bỏ sữa thừa, lau sạch đầu vú.
- Nếu đầu vú tụt vào trong phải vê kéo thường xuyên, trẻ không bú được phải vắt sữa, tránh tắc tia sữa.
- Nếu đầu vú bị nứt hoặc viêm nhiễm: Không cho trẻ bú bên đó, phải vắt sữa thường xuyên tránh tắc tia sữa và điều trị kháng sinh.

3.5. Làm thuốc ngoài(vệ sinh âm hộ)

- Rửa âm hộ 3 - 4 lần trong ngày bằng nước sạch.
- Rửa tầng sinh môn có vết khâu phải rửa nhiều lần hơn.
- Rửa sau mỗi lần đại tiện tiện và thấm khô.

3.6. Chế độ ăn, mặc, vận động

- Ăn: + Ăn đủ lượng và chất.
 - + Ăn cho 2 người.
 - + Không kiêng khem quá kỹ.
 - + Tránh thức ăn ôi thiu, các chất kích thích: Chè, cà phê.
- Mặc: Mặc rộng rãi, sạch sẽ, vải mềm.

- Vận động:
 - + 6 - 12 giờ đầu: Nằm nghỉ ngơi tại giường, sau đó vận động nhẹ nhàng.
- Tránh lao động nặng thời kỳ sau đẻ, đề phòng sa sinh dục
- + Thời kỳ sau đẻ, tránh giao hợp vì dễ nhiễm khuẩn.

3.7. Tắm rửa

- Từ ngày thứ 2 có thể lau người bằng nước ấm.
 - Từ ngày thứ 3 trời nóng có thể tắm bằng nước ấm nơi kín gió.
 - Sau đẻ nên tắm bằng cách dội nước vì cổ tử cung còn mở dễ nhiễm khuẩn.
- * **Tóm lại:** Thời kỳ sau đẻ thai phụ cần theo dõi thường xuyên. để phát hiện sớm băng huyết, đồng thời phải được chăm sóc tốt để đề phòng nhiễm khuẩn.

LUỢNG GIÁ

Câu 1: Trình bày theo dõi chăm sóc sản phụ 2 giờ đầu sau đẻ?

Câu 2: Trình bày theo dõi sản phụ trong 2 tuần đầu sau đẻ?

Câu 3: Trình bày chăm sóc vú và chế độ ăn, mặc, vận động cho một thai phụ ở thời kỳ sau đẻ?

Câu 4: Hãy kể tên những việc cần làm trong chăm sóc sản phụ thời kỳ sau đẻ? Nói rõ việc tắm rửa, xử trí cơn đau tử cung và làm thuốc ngoài?

* Chọn câu trả lời ngắn cho các câu từ 5 - 10

Câu 5: Chế độ ăn cho bà mẹ sau đẻ là:

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 6: Xử trí cơn đau tử cung sau đẻ là:

A:.....

B:.....

Câu 7: Vết khâu tầng sinh môn trong ngày đầu cần theo dõi là:

A:.....

B:.....

Câu 8: Nhận định tử cung co hồi kém sau đẻ dựa vào 2 dấu hiệu:

A:.....

B:.....

Câu 9: Nhận định tử cung co hồi bình thường sau đẻ cần dựa vào 2 dấu hiệu là:

A:.....

B:.....

Câu 10: Sản phụ chảy máu sau đẻ cần nhanh chóng xử trí:

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Bài 86

CHĂM SÓC SƠ SINH SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 10 nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ
2. Trình bày được 5 nội dung chăm sóc sơ sinh những ngày sau đẻ

NỘI DUNG

Tỷ lệ bệnh và tử vong của trẻ sơ sinh phụ thuộc vào việc chăm sóc trẻ ngay sau đẻ.

Việc chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ phải đảm bảo vô khuẩn và bú sữa mẹ. Đây là nguyên tắc phải được áp dụng triệt để trong nhà hộ sinh, bệnh viện, phòng sơ sinh, nhân viên y tế cũng như người nhà đưa trẻ.

I. Chăm sóc ngay sau đẻ

1. Làm thông đường hô hấp

Ngay sau khi đầu trẻ lọt ra ngoài người hộ sinh lấy gạc sạch hoặc vải mềm vô khuẩn lau miệng, mũi, hoặc dùng ống hút hút dịch, nước ối trong họng, hầu và hai hốc mũi trẻ để tránh cho trẻ hít phải những dịch này.

2. Kẹp và cắt rốn

Thông thường chờ cho dây rốn hết đập thì mới tiến hành kẹp và cắt rốn (trong trường hợp thai suy thì cần cắt rốn ngay để cấp cứu không cần chờ cho dây rốn hết đập).

- Lấy kẹp thứ nhất trong hộp cắt rốn cặp cách chân rốn 15 – 20cm. Dùng tay vuốt dây rốn về phía mẹ sau đó dùng kẹp thứ hai, kẹp cách kẹp thứ nhất 1 – 2cm về phía mẹ.

- Lấy kéo vô khuẩn cắt giữa hai kẹp, người đỡ đẻ bế trẻ sang bàn làm rốn, lau khô, ủ ấm cho trẻ.

3. Lau khô, ủ ấm cho trẻ

Cần làm khăn trương để tránh mất nhiệt của trẻ, bàn làm rốn phải có lò sưởi điện (ở những nơi không có lò sưởi phải dùng bóng điện làm ấm bàn làm rốn).

- Thử thực các bước:

- + Lau khô vùng đầu, mặt, cổ.

- + Lau khô hai nách, bụng, mông, hai chân, lưng và hai tay trẻ sau đó mặc áo, đội mũ cho trẻ.

4. Làm rốn

Sau khi hút dịch, lau khô, ủ ấm cho trẻ kiểm tra thấy trẻ hồng hào, khóc to thì thay đôi găng mới vô khuẩn trong hộp làm rốn và tiến hành làm rốn.

* Các bước làm rốn:

- Nâng kẹp rốn lên, đặt một miếng gạc vô khuẩn che quanh chân rốn.

- Dùng cồn 70⁰ sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn.

Nếu dùng chỉ để buộc rốn:

- Buộc sợi chỉ 1 (vô khuẩn) buộc vòng cách chân rốn 3cm, buộc chặt để tránh chảy máu. Cắt sợi chỉ thừa cách nút buộc 1cm.

- Dùng sợi chỉ 2 (vô khuẩn) buộc cách sợi chỉ một 0,5 – 1cm về phía kẹp rốn và không cắt sợi chỉ thừa.

Nếu dùng kẹp nhựa để kẹp:

- Thì dùng kẹp nhựa kẹp rốn luôn thay cho chỉ buộc.

- Dùng kéo vô khuẩn cắt phần rốn còn lại trên nút chỉ buộc thứ hai.
- Kiểm tra mỗm cắt có chảy máu không, nếu chảy máu phải buộc lại (không được sờ tay vào mỗm cắt kể cả đã đi găng vô khuẩn).
- Sát khuẩn mỗm cắt một lần nữa bằng cồn 70⁰.
- Dùng miếng gạc vô khuẩn bọc kín cuống rốn.
- Cắt chỉ thừa của sợi thứ 2.
- Băng rốn vừa phải không quá chặt bằng băng thun phải đảm bảo che kín hết gạc bọc rốn.

5. Quan sát dị tật

Chú ý các dị tật như: nứt môi hở hàm ếch, thừa hoặc dính ngón tay, ngón chân, không có hậu môn, dị tật đường sinh dục

6. Mặc quần áo, quần tã lót

Đảm bảo áo, tã lót sạch và đủ ấm.

7. Cân đo

8. Nhỏ mắt

Thường dùng dung dịch Acgirol 1% để nhỏ mắt tránh viêm kết mạc sơ sinh.

9. Tiêm Vitamin K₁

Thường dùng Vitamin K₁ đóng ống 10mg x 1/10 ống tiêm bắp thịt để tránh xuất huyết não cho trẻ.

10. Trao bé cho gia đình

II . Chăm sóc những ngày sau đẻ

Những ngày sau đẻ cần phải quan tâm chăm sóc những vấn đề sau:

1. Tắm cho trẻ sơ sinh

Phải tắm bằng nước chín và ấm, nhiệt độ từ 35 – 37⁰C phòng tắm phải kín không có gió lùa, nhiệt độ phòng 25⁰C, thời gian tắm dưới 5 phút. Chú ý không để nước vào tai, mũi, mắt, rốn trẻ.

2. Giữ ấm

Phòng trẻ phải có nhiệt độ > 25⁰C, tã ướt phải thay ngay tốt nhất là cho trẻ nằm cùng mẹ để tận dụng nguồn nhiệt của cơ thể mẹ.

3. Chăm sóc rốn

Đây là quá trình liên tục và phải làm ngay sau đẻ cho tới khi rụng rốn.

Nguyên tắc: Vô khuẩn trong khi chăm sóc rốn.

- Bình thường rốn sẽ rụng sau 6 – 8 ngày. Sau 10 ngày mà rốn không rụng cần phải kiểm tra rốn.

- Nếu rốn rỉ máu phải buộc lại.

- Nếu rốn ướt, hôi, da rốn đỏ, phù nề phải sát khuẩn hàng ngày bằng cồn 70⁰ hoặc dung dịch Betadin 10% (không rắc bột kháng sinh vào rốn).

4. Khuyến khích cho trẻ bú sớm bằng sữa mẹ

Nếu mẹ đủ sữa thì cho trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ đến 6 tháng tuổi.

5. Theo dõi trẻ hàng ngày

- Màu sắc da: hồng hào.

- Nhịp thở: 40 - 60 lần/ phút. Nếu < 40 hoặc > 60 lần/ phút đều bất thường.

- Nhịp tim: 120 – 140 lần/ phút là bình thường.

- Thân nhiệt: bình thường: 36,5⁰C – 37,4⁰C (cặp ở nách).

- Tiêu hoá: Trẻ đi ngoài 3 – 4 lần/ngày phân màu vàng.

- Tiết niệu: Trẻ phải đi tiểu sau 24 giờ, nếu không phải theo dõi dị tật tiết niệu, sinh dục.

Chú ý: Những dấu hiệu cần chú ý phải đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay:

- Trẻ bỏ bú.
- Sốt cao hoặc hạ nhiệt độ.
- Ngủ li bì khó đánh thức.
- Co giật.
- Nôn nhiều.

Nếu trẻ có một hoặc tất cả các dấu hiệu trên đều thể hiện trẻ đang trong tình trạng nguy kịch.

LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày kỹ thuật buộc và cắt rốn cho trẻ sơ sinh sau đẻ?

Câu 2. Kể tên 10 nội dung chăm sóc trẻ thời kỳ sơ sinh? Nói rõ bước làm rốn cho trẻ?

Câu 3. Trình bày việc chăm sóc da và tắm cho trẻ trong thời kỳ sơ sinh?

Câu 4. Trình bày việc kiểm tra, cân đo và ủ ấm cho trẻ trong thời kỳ sơ sinh?

• **Chọn câu trả lời ngắn các câu từ 5 – 10:**

Câu 5: Kể 2 loại thuốc dùng để nhỏ mắt cho trẻ mới đẻ là:

A :

B :

Câu 6: Chất gây trên da trẻ sơ sinh có 2 tác dụng là:

A :

B :

Câu 7: Hai loại thuốc sát khuẩn dùng để thay băng rốn cho trẻ sơ sinh là:

A :

B :

Câu 8: Khi buộc và cắt rốn phải đảm bảo 2 nguyên tắc là:

A :

B :

Câu 9: Hai biện pháp để giữ ấm cho trẻ sơ sinh về mùa đông thường áp dụng là:

A :

B :

Câu 10 : Thời kỳ sơ sinh, rốn rụng nhưng ướt và ra nước vàng cần được xử trí là:

A :

B :

Bài 87

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, nguyên nhân, triệu chứng chữa ngoài tử cung.
2. Trình bày được hướng xử trí chữa ngoài tử cung ở tuyến y tế cơ sở và cách đề phòng chữa ngoài tử cung.

NỘI DUNG

Bình thường trứng sau khi thụ tinh sẽ về làm tổ ở đáy tử cung. Nếu vì một lý do nào đó trứng làm tổ ở bên ngoài (Vòi trứng, buồng trứng, trong ổ bụng) gọi là chữa ngoài tử cung.

Đây là một cấp cứu chảy máu trong sản khoa có thể gây tử vong nếu không phát hiện và xử trí kịp thời.

1. Nguyên nhân

- Viêm nhiễm vòi trứng.
- Nạo hút thai nhiều lần.
- Khối u chèn ép: U mạc treo ruột, u buồng trứng .v.v
- Vòi trứng bị hẹp bẩm sinh
- Vòi trứng bị co thắt bất thường.
- Ngoài ra có thể tình trùng di chuyển nhanh hoặc do trứng phát triển mạnh.

2. Triệu chứng lâm sàng chữa ngoài tử cung vỡ

2.1. Cơ năng

- Tắt kinh, chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- Ra máu: Là triệu chứng hay gặp. Máu ra ít một, màu đen.
- Đau bụng: thường đau âm ỉ vùng hạ vị, đột ngột đau dữ dội có thể gây choáng hoặc ngất.

2.2. Toàn thân

Shock mất máu

2.3. Thực thể

- Nhìn: Bụng chướng.
- Sờ: có phản ứng thành bụng
- Gõ: Đục vùng thấp.
- Thăm âm đạo: Có huyết ra theo tay. Túi cùng Douglas phồng và đau gọi là tiếng kêu Douglas.

Chọc dò túi cùng Douglas có máu đen, loãng không đông.

3. Hình thái lâm sàng

3.1. Chữa ngoài tử cung chưa vỡ

- Bệnh nhân có biểu hiện: Tắt kinh, đau bụng, ra máu âm đạo.
- Khám: Cạnh tử cung có một khối mềm, ranh giới rõ, ấn đau, túi cùng mềm mại.
- Siêu âm. Trong tử cung không có thai, có khối chứa ở một bên vòi trứng.

3.2. Chữa ngoài tử cung huyết tụ thành nang

- Dựa vào tiền sử bệnh nhân có chậm kinh, ra máu âm đạo, đau bụng vùng hạ vị, tự nhiên đau chói rồi đau giảm đi.
- Biểu hiện.

- Ra máu ít, màu đen.
- Đau tức bụng dưới.
- Có dấu hiệu chèn ép: Đái khó, táo bón.
- Toàn thân: Thiếu máu, da xanh.
- Khám: Vùng hạ vị có khối u, ranh giới không rõ.
- Thăm trong: Khối u rắn, ranh giới không rõ ấn đau, chọc dò khối u có thể thấy máu màu đen.

3.3. Chữa trong ổ bụng: ít gặp.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng tắt kinh, đau bụng ra máu âm đạo
- Có đau bụng đột ngột và có thể choáng kèm theo.
- Túi cùng Douglas đầy và đau
- Chọc dò túi cùng Douglas có máu đen, không đông.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

4.2.1. Viêm phần phụ

Bệnh nhân có triệu chứng viêm nhiễm rõ. Đau cả hai bên hố chậu, phản ứng sinh vật âm tính, thăm âm đạo túi cùng bên dày dính, ranh giới không rõ. Điều trị kháng sinh các triệu chứng giảm.

4.2.2. Sảy thai

Tử cung to tương xứng với tuổi thai. Nạo buồng tử cung thấy có thai. Giải phẫu bệnh có ngoại sản mạc và gai rau.

4.2.3. Viêm ruột thừa

Nếu khối u ở bên phải.

5. Điều trị và dự phòng

5.1. Điều trị

** Tuyến y tế cơ sở*

Chữa ngoài tử cung là một cấp cứu phải mổ càng sớm càng tốt. Cho nên khi nghĩ tới chữa ngoài tử cung cần thực hiện các công việc sau:

- Những việc không nên làm:
Không dùng thuốc giảm đau
Không thăm khám âm đạo nhiều
Không giữ lại để theo dõi.

- Những việc cần làm:

Đo mạch huyết áp.

Khuyến bệnh nhân hạn chế đi lại.

Chuyển bệnh nhân đến tuyến có điều kiện phẫu thuật.

Nếu chữa ngoài tử cung vỡ gây sốc cần hồi sức tích cực rồi chuyển tuyến phẫu thuật.

** Tuyến trên:* Tùy từng trường hợp.

- Đối với chữa ngoài tử cung vỡ đột ngột, mổ kẹp cắt khối u và khâu cầm máu mổ cắt và lấy máu truyền hoàn hồi cho bệnh nhân.

- Các trường chữa ngoài tử cung khác: Kẹp cắt khối u và khâu cầm máu, lấy máu tụ nếu là huyết tụ thành nang.

5.2. Dự phòng

- Khám phụ khoa định kỳ, phát hiện những trường hợp có bệnh phụ khoa (đặc biệt là viêm phần phụ) điều trị kịp thời và triệt để.

- Làm các thủ thuật phải đảm bảo vô khuẩn (hút thai, nạo thai, đặt dụng cụ tử cung .v.v). Sau khi làm xong phải cho kháng sinh dự phòng.
- Vận động chị em phụ nữ khi có thai cần đăng ký thai sớm để phát hiện những yếu tố bất thường trong đó có chữa ngoài tử cung.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nguyên nhân ? Triệu chứng chữa ngoài tử cung vỡ?
2. Trình bày hướng điều trị chữa ngoài tử cung ở tuyến y tế cơ sở và cách dự phòng?

*** Trả lời ngắn các câu hỏi từ 3 - 5:**

3. Triệu chứng cơ năng của chữa ngoài tử cung vỡ là:

A.

B.

C.

4. Chữa ngoài tử cung cần chẩn đoán phân biệt với 3 trường hợp là:

A.

B.

C.

5. Ba điều không nên làm đối với bệnh nhân chữa ngoài tử cung ở tuyến cơ sở là:

A.

B.

C.

*** Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 6-7:**

6. Vị trí nào dưới đây của chữa ngoài tử cung thường không có biểu hiện chập kinh:

A. Kẽ vòi trứng

B. Buồng trứng

C. Cổ tử cung

D. Ổ bụng

E. Eo tử cung

Bài 88

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển biến chứng thai chết trong tử cung.
2. Trình bày được hướng xử trí thai chết trong tử cung và cách đề phòng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Thai từ 22 tuần trở lên chết trước khi có chuyển dạ được gọi là thai chết trong tử cung (Thai chết dưới 22 tuần được coi là sảy thai)

Theo cổ điển: Thai chết trên 48 giờ lưu lại trong buồng tử cung được gọi là thai chết trong tử cung. Thai chết dưới 48 giờ được coi là chết trong chuyển dạ đẻ

Thai chết song vô trùng vì có màng ối bảo vệ, trường hợp ối vỡ có thể gây nhiễm khuẩn cho người mẹ.

Thai thối trong tử cung lâu ngày có thể gây rối loạn yếu tố đông máu.

Thai chết ảnh hưởng nhiều đến tâm lý của người mẹ.

2. Hình thái lâm sàng

- *Thể tự tiêu*: Gặp ở thai dưới 2 tháng.
- *Thể teo đét*: Gặp ở thai 3-4 tháng.
- *Thể úng mưng*: Do ngấm nước ối.
- *Thể thối giữa*: Do nhiễm khuẩn.

3. Nguyên nhân

3.1. Về phía mẹ

- Nhiễm khuẩn cấp tính cúm, viêm phổi.
- Những bệnh mãn tính: Viêm thận mãn, cao huyết áp, suy tim
- Bệnh nội tiết: Tiểu đường.
- Do tử cung dị dạng.

3.2. Về phía thai

- Thai dị dạng.
- Thai quá ngày sinh.
- Bất đồng nhóm máu (yếu tố Rh).
- Thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

3.3. Về phía phần phụ của thai

- Dây rau ngắn.
- Dây rau cuốn cổ.
- Đa ối, thiếu ối.

4. Triệu chứng

- Cơ năng: Không thấy thai cử động, vú tiết sữa, bụng nhỏ đi
- Thực thể: Tử cung nhỏ hơn tuổi thai
Có thể thấy chiều cao tử cung giảm đi sau 2 lần khám
Không nghe thấy tim thai.
- Cận lâm sàng.

+ Siêu âm: Có giá trị chẩn đoán xác định. Thấy thai không cử động, không thấy tim thai, có dấu hiệu 2 vòng ở xương sọ do da đầu bong ra. Xương sọ chồng khớp, nước ối ít hoặc hết.

+ X quang (ít sử dụng) xương sọ chồng khớp (dấu hiệu Spalding cột sống gấp góc).

+ Xét nghiệm máu: Sinh sợi huyết có thể giảm.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định. Dựa vào:

- Không thấy thai máy.
- Bề cao tử cung giảm đi so với tuổi thai.
- Nghe không thấy tim thai.
- Siêu âm giúp cho chẩn đoán xác định.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thai sống: Thai cử động bình thường.
Tim thai dương tính.
Bề cao tử cung tương xứng với tuổi thai.
- Thai trứng:
Bệnh nhân nghén nhiều.
Bề cao tử cung lớn hơn so với tuổi thai.
Phản ứng sinh vật dương tính mạnh.
Siêu âm: Có hình ảnh túi trứng.
- U xơ tử cung: Bệnh nhân có rong kinh, siêu âm tử cung có nhân xơ

6. Tiến triển - Biến chứng

6.1. Tiến triển: Nếu không phát hiện và xử trí có thể dẫn đến

Sảy thai lưu: Thường gặp tuổi thai < 12 tuần.

Đẻ thai lưu: Giống như cuộc đẻ thường.

6.2. Biến chứng

- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn.

7. Xử trí

7.1. Tuyến xã; Tư vấn chuyển lên tuyến trên

7.2. Tuyến trên. Không vội vàng.

- Xét nghiệm sinh sợi huyết, số lượng tiểu cầu và thời gian máu chảy, máu đông, nhóm máu.

Nếu sinh sợi huyết < 2g hay thai phụ có bệnh nội khoa khác phải đề phòng tai biến chảy máu ở thì sổ rau (Dự trữ máu cùng nhóm. Dùng Transamin 250 mg x 2 ống/24 giờ tiêm tĩnh mạch 2 lần).

- Có 2 cách kích thích cho thai ra.

Cách 1: Truyền Oxytocin.

Cách dùng: Dùng Misoprostol (Citotex 200mg) để gây sảy thai.

* **Chú ý:**- Không được bấm ối. Sau khi thai ra phải kiểm soát tử cung sạch và dùng thuốc tăng co bóp tử cung:

- Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống tiêm bắp thịt để đề phòng chảy máu.
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
- Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

8. Phòng bệnh.

- Làm tốt công tác bảo vệ bà mẹ khi mang thai.
- Khi có thai ăn uống đầy đủ, hạn chế lao động nặng.

- Khám thai định kỳ, phát hiện sớm thai quá ngày sinh để chuyển tuyến trên.
- Khi mang thai không dùng thuốc bừa bãi khi không có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa.
- Người mẹ mắc bệnh nội khoa: Cao huyết áp viêm thận mãn .v.v. phải điều trị ổn định trước khi mang thai.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng của thai chết trong tử cung?
 2. Trình bày tiến triển, biến chứng của thai chết trong tử cung? Xử trí thai chết trong tử cung ở tuyến y tế cơ sở và cách đề phòng?
- * Trả lời ngắn các câu từ 3 đến 5:**
3. Triệu chứng cơ năng của thai chết trong tử cung là:
 - A.
 - B.
 - C.
 4. Nguyên nhân của thai chết trong tử cung về phía thai nhi là:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 5. Bốn điểm cần chú ý trong điều trị thai chết trong tử cung là:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
- * Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 6-7:**
6. Dấu hiệu có giá trị chẩn đoán xác định thai chết ở tuổi thai <20 tuần :
 - A. Ra máu đen ở âm đạo
 - B. Tử cung nhỏ dần
 - C. Tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai
 - D. Hết nghén sớm
 - E. Siêu âm thấy túi ối méo mó
 7. Theo quy định hiện nay tất cả các trường hợp thai chết trong tử cung phải được xử trí tại tuyến y tế nào dưới đây;
 - A. Y tế xã phường
 - B. Y tế tuyến huyện trở lên
 - C. Trung tâm y tế của tỉnh
 - D. Bệnh viện đa khoa trung ương

Bài 89

RAU TIỀN ĐẠO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng rau tiền đạo.
2. Trình bày được hướng xử trí rau tiền đạo ở tuyến y tế cơ sở.
3. Trình bày được cách để phòng rau tiền đạo.

NỘI DUNG

1. Đại cương

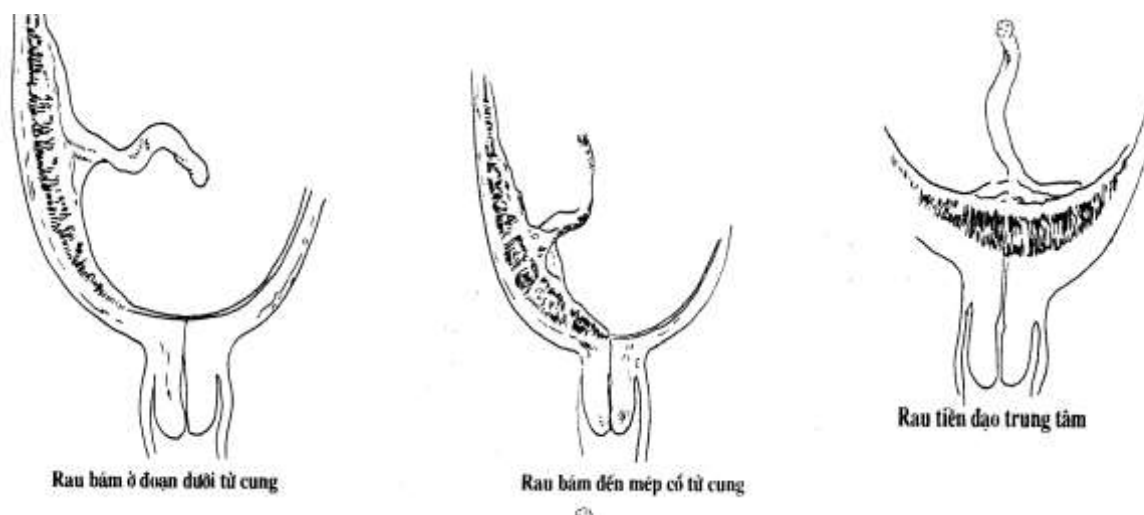
Bình thường bánh rau bám vào thân tử cung, nếu 1 phần hay toàn bộ bánh rau bám xuống đoạn dưới tử cung được gọi là rau tiền đạo.

Rau tiền đạo là 1 cấp cứu chảy máu trong sản khoa, thường xảy ra vào 3 tháng cuối và lúc chuyển dạ đẻ.

Đây là yếu tố gây đẻ khó do phần phụ của thai.

2. Phân loại

- Phân loại theo giải phẫu: Chia ra 5 loại.
 - + Rau tiền đạo bám thấp.
 - + Rau tiền đạo bám bên.
 - + Rau tiền đạo bám mép.
 - + Rau tiền đạo bán trung tâm.
 - + Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn.
- Phân loại theo lâm sàng: Chia ra 2 loại.
 - + Rau tiền đạo chảy máu ít: Bao gồm rau tiền đạo bám thấp, bám bên và bám mép
 - + Rau tiền đạo chảy máu nhiều: Bao gồm rau tiền đạo bán trung tâm và rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn.



Hình 89.1. Vị trí rau tiền đạo

3. Nguyên nhân: Chưa rõ ràng.

- + Một số yếu tố thuận lợi gây nên rau tiền đạo là:
- Viêm niêm mạc tử cung.

- Đẻ nhiều lần, thai đôi.
- Sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Tiền sử nạo thai nhiều lần.

4. Cơ chế ra máu trong RTĐ

- Do hình thành đoạn dưới trong những tháng cuối nên làm đứt một số mạch máu ở nơi rau bám và gây chảy máu.

- Vì các màng thai lôi kéo dây rau, khi chuyển dạ đầu ối thành lập, cơn co làm tăng áp lực trong buồng ối, màng thai bị căng lôi kéo vào mép bánh rau bám ở đó gây chảy máu.

- Sau đẻ, do đoạn dưới không có lớp cơ đal để cầm máu do vậy gây tình trạng chảy máu sau đẻ

5. Triệu chứng

5.1. Cơ năng

- Chảy máu là triệu chứng chính.
- Tính chất chảy máu: Ra máu đột ngột không có nguyên nhân, không đau bụng, máu ra đỏ loãng lẫn máu cục, không cần điều trị máu cũng tự cầm, càng gần đến khi đủ tháng chảy máu tái phát tăng dần.

5.2. Toàn thân

Tùy theo mức độ ra máu, trường hợp ra máu nhiều, toàn thân có biểu hiện thiếu máu, da xanh có thể có choáng.

5.3. Thực thể

- Sờ nắn: Thấy ngôi bất thường hoặc ngôi đầu cao lỏng.
 - Nghe: Tim thai dương tính nếu ra máu ít, tim thai âm tính nếu ra máu nhiều.
 - Thăm âm đạo khi chuyển dạ: Có thể sờ thấy vị trí rau bám. Nếu sờ thấy bánh rau che kín lỗ cổ tử cung là rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn. Nếu sờ thấy múi rau và đầu ối: Là rau tiền đạo bám bán trung tâm. Nếu sờ thấy mép bánh rau: Là rau tiền đạo bám mép. Nếu sờ thấy màng ối dày cứng là rau tiền đạo bám bên.
- (Chú ý: Trên lâm sàng nếu ra máu nhiều lúc chuyển dạ đẻ là rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn).

5.4. Cận lâm sàng

Siêu âm giúp cho chẩn đoán sớm rau tiền đạo từ khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ đẻ.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử ra máu ở ba tháng cuối.
- Dựa vào siêu âm để chẩn đoán.
- Dựa vào thăm âm đạo khi chuyển dạ đẻ.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Phong huyết tử cung rau: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm độc thai nghén, ra máu âm đạo và có dấu hiệu chảy máu trong, đau bụng kèm theo shock mất máu, tử cung cứng như gỗ, tim thai âm tính.

- Vỡ tử cung: Bệnh nhân có dấu hiệu dọa vỡ tử cung, khi đã vỡ tử cung bệnh nhân không đau bụng, có dấu hiệu chảy máu trong và chảy máu ra ngoài âm đạo.

- Ngoài ra cần chẩn đoán phân biệt với chảy máu ở cổ tử cung, âm đạo hoặc ung thư cổ tử cung.

7. Biến chứng

7.1. Đối với thai nhi

- Gây đẻ non.
- Thai kém phát triển.

7.2. Đối với mẹ

- Chảy máu trước, trong và sau đẻ.
- Dễ nhiễm khuẩn.
- Có thể tử vong nếu không phát hiện và xử trí kịp thời.

8. Điều trị

8.1. Tuyến y tế cơ sở

Khi chẩn đoán là rau tiền đạo dù chưa chuyển dạ hay đã chuyển dạ.

- Máu chảy ít, sản phụ chưa có dấu hiệu choáng, phải tư vấn cho bà mẹ và điều trị thuốc giảm co bóp tử cung Papaverin 40mg x 2 viên (hoặc Papaverin 40mg x 1 ống tiêm bắp thịt) rồi gửi lên tuyến trên.

- Máu ra nhiều kèm theo choáng, cần sơ bộ chống choáng bằng tiêm truyền huyết thanh ngọt hoặc mận đắng trương, cho thuốc giảm co bóp tử cung papaverin 0,04g x 1-2 ống tiêm bắp rồi gửi lên tuyến trên hoặc phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

8.2. Tại bệnh viện

+ Khi chưa chuyển dạ

- Nếu thai còn quá non tháng và không chảy máu thì điều trị bảo tồn tại bệnh viện cho thai lớn hơn.

(Cho thuốc giảm co bóp tử cung, Corticoid, chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý với sự theo dõi chặt chẽ).

- Nếu chảy máu nhiều, cho thuốc giảm co Papaverin 40mg x 1 ống tiêm bắp và mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức.

+ Khi đã chuyển dạ:

Nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải mổ lấy thai ngay, kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).

Nếu rau bám mép và ngội chỏm thì có thể bấm ối để đẻ đường dưới với sự theo dõi chặt chẽ, ngội bất thường phải mổ lấy thai.

Chú ý: Với rau tiền đạo trung tâm phải mổ cấp cứu để cứu mẹ mặc dù con đã chết.

9. Phòng bệnh

- Thực hiện tốt sinh đẻ kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.
- Tránh nạo hút thai nhiều lần.
- Vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục để phòng nhiễm khuẩn, khi bị viêm phần phụ cần điều trị sớm và triệt để.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng của rau tiền đạo?

2. Trình bày xử trí rau tiền đạo?

*** Trả lời ngắn các câu từ 3 đến 5:**

3. Kể tên 4 yếu tố thuận lợi có thể gây nên rau tiền đạo là:

A

B

C

D

4. Kể tên 4 hình thái thường gặp của rau tiền đạo là:

- A
- B
- C
- D

5. Hãy kể 5 nguyên tắc điều trị rau tiền đạo khi thai còn non tháng và không chảy máu là:

- A
- B
- C
- D
- E

*** Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 6-7 :**

6. Triệu chứng ra máu trong rau tiền đạo thường gặp trong :

- A. 3 tháng đầu
- B. 3 tháng cuối
- C. 3 tháng giữa
- D. Bất kỳ thời điểm nào của quá trình thai nghén
- E. Tháng cuối

7. Ra máu trong rau tiền đạo trung tâm thường xảy ra ở thời điểm :

- A. 3 tháng đầu
- B. 3 tháng cuối
- C. 3 tháng giữa
- D. Lúc chuyển dạ đẻ
- E. Sau đẻ

Bài 90

RAU BONG NON

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân rau bong non.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, tiến triển, biến chứng rau bong non.
3. Trình bày được hướng xử trí rau bong non và cách phòng bệnh.

NỘI DUNG

Rau bong non là 1 cấp cứu chảy máu trong sản khoa nguy hiểm, bệnh diễn biến nhanh, từng giờ, từng phút ảnh hưởng đến tính mạng của mẹ và con. Bệnh thường xảy ra vào 3 tháng cuối của kỳ thai nghén và lúc chuyển dạ.

1. Định nghĩa

Rau bong non (RBN) là rau bám đúng chỗ ở vị trí bình thường nhưng đã bong một phần của bánh rau trước khi thai sổ.

Có hai loại rau bong non:

- Rau bong non bệnh lý (Thường do nhiễm độc thai nghén)
- Rau bong non do chấn thương (Sản phụ bị ngã hoặc bị tai nạn xe cộ)

Rau bong non thể nặng thường gây tử vong mẹ rất cao do bị rối loạn đông máu và thai hầu như tử vong 100%.

2. Nguyên nhân

Chưa rõ ràng: Yếu tố thường gặp

Do tăng huyết áp, hội chứng tiền sản giật, tiền sử bị RBN, do sang chấn, dây rau ngắn, tiền sử sản khoa nặng nề v.v.

3. Triệu chứng lâm sàng : Tùy theo thể bệnh người ta chia làm 3 loại.

3.1. Rau bong non thể nhẹ:

Tử cung chỉ tăng co bóp hơn bình thường, sản phụ thấy đau bụng nhẹ, đôi khi ra một ít máu đen, tim thai vẫn nghe rõ. Thể này cũng khó chẩn đoán nếu không có siêu âm. Rau bong non thể nhẹ chỉ chẩn đoán hồi cứu sau đẻ có cục máu sau rau.

3.2. Rau bong non thể trung bình:

Tử cung có cơn co bóp nhiều hơn, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy nhưng vẫn còn nghe được, máu âm đạo ra vừa thâm đen, loãng không đông. Có thể có tình trạng choáng nhẹ, thường kèm theo dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật.

3.3. Rau bong non thể nặng : (còn gọi là phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvolder)

- + Trương lực cơ tử cung tăng, sờ nắn thấy tử cung cứng liên tục như gỗ.
- + Sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy.
- + Ra máu âm đạo thâm đen, loãng không đông.
- + Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu màu hồng (triệu chứng có giá trị chẩn đoán).
- + Có hội chứng tiền sản giật nặng.
- + Tình trạng choáng rất nặng do mất máu và do nhiễm độc.
- + Nếu máu ra ít ở âm đạo hoặc không ra mà tử cung to lên nhanh chóng tỏ rau bong nhiều, máu chảy vào tử cung.

Cần lưu ý: Tuy choáng nặng, nhưng lúc đầu huyết áp chưa tụt xuống vì huyết áp của sản phụ đã cao sẵn, khi huyết áp đã tụt dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ đã rất nặng, có thể đã bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe dọa tính mạng.

4. Tiến triển-Biến chứng:

* **Tiến triển:** Trong những thể nặng dù đã xử trí rồi, tính mạng bệnh nhân vẫn có thể bị đe dọa. Vì các biến chứng shock, chảy máu và vô niệu .

Thông thường trong thể nhẹ thì sau khi ối vỡ, thể tích tử cung giảm làm cho tử cung co bóp được, cổ tử cung mở nhanh, thai sổ nhanh, rau ra có kèm theo cục huyết sau rau, nhưng tử cung vẫn có thể bị đờ gây chảy máu nhiều. Cần phải hết sức chú ý vì rau bong non từ thể nhẹ có thể chuyển thành thể nặng trong chốc lát nếu không xử trí kịp thời.

* **Biến chứng:**

- Shock
- Băng huyết do đờ tử cung và rối loạn yếu tố đông máu
- Vô niệu(do shock nặng)
- Viêm thận mãn ,viêm tuyến thượng thận
- Viêm gan cấp tính
- Mất tử cung
- Cao huyết áp
- Tử vong mẹ và con
- Thai suy và chết

5. Xử trí

5.1. Tuyến xã

- Khi đã chẩn đoán là rau bong non dù ở thể nào cũng phải tư vấn và gửi tuyến có trung tâm phẫu thuật và hồi sức, khi chuyển phải cho thuốc giảm co bóp tử cung Papaverin 0,04g x 1-2 ống TBT

- Nếu có tình trạng choáng phải hồi sức trước và trong khi gửi đi và có nhân viên y tế đi kèm.

5.2. Tuyến huyện:

- Thể nhẹ theo dõi đẻ thường, sau đẻ kiểm tra thấy có cục máu sau rau.

Đề phòng chảy máu sau đẻ do đờ tử cung hoặc rối loạn yếu tố đông máu

- Thể nặng: Hồi sức chống choáng và mổ lấy thai. Nếu tình trạng nặng cần phải chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến cùng xử trí.

6. Phòng bệnh

- Thực hiện tốt quản lý thai nghén, thai phụ phải được khám thai tối đa 5 lần. Khi có một trong những dấu hiệu như: Phù các chi hay toàn thân, nước tiểu có Protein, nhất là có tăng huyết áp là những dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật, nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn tới rau bong non hay sản giật.

- Khuyến thai phụ trong lúc đi lại tránh va chạm mạnh hoặc ngã đập vào bụng dễ gây rau bong non.

- Trong quá trình mang thai nếu ra máu đặc biệt 3 tháng cuối phải đi khám thai ngay.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân rau bong non?

2. Trình bày triệu chứng lâm sàng,tiến triển, biến chứng rau bong non?

3. Trình bày cách xử trí rau bong non và cách phòng bệnh?

* **Trả lời các câu hỏi ngắn từ 3 - 5**

3. Kể tên 3 thể lâm sàng của rau bong non.

A

B.....

C.....

4. Kể 5 triệu chứng cơ bản để chẩn đoán rau bong non.

A

B.....

C.....

D

E.....

5. Xử trí rau bong non tại tuyến xã là:

A

B.....

C.....

*** Phân biệt đúng sai các câu từ 6-8**

STT	Câu hỏi	Đ	S
6	Rau bong non chảy máu qua âm đạo màu đỏ tươi và có máu đông		
7	Một triệu chứng quan trọng của rau bong non là tăng trương lực cơ tử cung		
8	Rau bong non thể nặng thường làm chết thai và nếu không xử trí kịp thời có thể chết cả mẹ		

Bài 91

CHẢY MÁU SAU ĐẸ

MỤC TIÊU

1. Kể được 4 nguyên nhân chảy máu sau đẻ.
2. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng và hướng xử trí của từng nguyên nhân.
3. Mô tả được cách dự phòng chảy máu sau đẻ.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Bình thường cuộc đẻ cho phép mất < 300ml máu
- Sau đẻ nếu lượng máu mất đi trên 300ml hoặc đã gây hậu quả choáng do mất máu thì khi ấy gọi là băng huyết và trở thành tai biến rất nguy hiểm.
- Chảy máu sau đẻ là trường hợp chảy máu cấp tính ngay sau đẻ, khi rau còn trong buồng tử cung hoặc rau đã sổ ra ngoài.
- Chảy máu sau đẻ hiện nay vẫn là một tai biến sản khoa hay gặp nhất, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho sản phụ.

Nguyên nhân của chảy máu sau đẻ:

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (Đặc biệt vỡ tử cung).
- Bất thường bong rau, sổ rau.
- Rối loạn đông máu.

2. Các nguyên nhân chảy máu sau đẻ:

2.1. Đờ tử cung

Đờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối cầu an toàn sau khi rau đã sổ để thực hiện tắc mạch sinh lý, gây chảy máu. Trên lâm sàng đờ tử cung có hai mức độ:

- Đờ tử cung có hồi phục: Cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hoá học, vật lý
- Đờ tử cung hồi phục: Cơ tử cung không còn khả năng đáp ứng với bất kỳ kích thích nào.

2.1.1. Nguyên nhân

- Chất lượng cơ tử cung yếu: đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.
- Tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Còn sót rau, màng rau trong buồng tử cung (Đờ tử cung thứ phát).
- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, nhiễm độc thai nghén.

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất, máu từ chỗ bám của rau chảy ứ đọng lại trong buồng tử cung rồi mỗi khi có cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu. Nếu tử cung đờ hoàn toàn không hồi phục thì máu chảy ra liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

- Tử cung giãn to, mềm, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối cầu an toàn mặc dù rau đã sổ.

- Mật độ tử cung nhão, đáy tử cung cao trên rốn. Khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung bóp vào tay mà mềm nhẽo như ở trong cái túi, trong tử cung có toàn máu cục và máu loãng.

- Nếu ra máu nhiều sản phụ xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

- Nếu đờ tử cung nặng có thể dẫn đến tai biến lộn tử cung.

2.1.3. Thái độ xử trí

***Tuyên xã:** Cần phải xử trí khẩn trương. Phải tiến hành song song cầm máu và hồi sức

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: Kích thích xoa đáy tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng

- Thông tiểu để bàng quang rỗng.

- Kiểm soát tử cung (KSTC) lấy hết rau sót và máu cục

Sau đó xử trí:

Oxytocin 5 – 10 đơn vị TBT. Có thể tiêm nhắc lại lần 2 nếu tử cung vẫn không co. Trường hợp tử cung vẫn co kém kết hợp :

Ergometrin 0,2mg một ống TBT và /hoặc Misoprostol 200mcg x 5 viên đặt hậu môn.

- Truyền dịch chống choáng

- Cho kháng sinh toàn thân.

- Nếu không cầm được máu thì nhanh chóng chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ. Khi chuyển tuyến nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm để theo dõi và hồi sức đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

***Tuyên huyện:**

- Xử trí như tuyên xã:

- Điều quan trọng là phải có thái độ xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.

- Nếu sau khi xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung nhưng máu vẫn tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa bóp tử cung lại bị nhão ra, thì phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, ngay lập tức phải tiến hành mổ cắt tử cung bán phần.

- Hồi sức, truyền máu và cho kháng sinh toàn thân.

2.2. Chấn thương đường sinh dục

(Rách tầng sinh môn, rách âm hộ, âm đạo, máu tụ đường sinh dục, rách cổ tử cung, vỡ tử cung): Chấn thương đường sinh dục là một nguyên nhân gây chảy máu từ chỗ rách và xảy ra sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời làm mất máu nặng gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

2.2.1. Nguyên nhân

- Do đỡ đẻ không đúng kỹ thuật: Đẩy bụng, lạm dụng oxytocin.

- Do đẻ nhanh.

- Do thai to.

- Do cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn.

- Do can thiệp thủ thuật không đúng chỉ định và không đủ điều kiện.

2.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tùy tổn thương nặng hay nhẹ.

- Máu đỏ tươi chảy rỉ rã hay thành dòng, liên tục.
- Tử cung co tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi.
- Chẩn đoán rách ở tầng sinh môn và âm hộ dễ dàng qua quan sát (Rách ở tiền đình chảy máu nhiều).
- Chẩn đoán rách âm đạo bằng tay nhưng đặt van quan sát thì tốt hơn.
- Chẩn đoán rách cổ tử cung và cùng đồ bằng cách cho 2 ngón tay theo bờ ngoài cổ tử cung, sát tới cùng đồ, nếu có chỗ khuyết là rách cổ tử cung. Nhưng muốn chính xác là phải dùng van và 2 kẹp hình tim kéo từng đoạn cổ tử cung để quan sát tìm chỗ rách (Quan sát vòng quanh cổ tử cung).
- Một loại chấn thương đường sinh dục có thể không kèm theo chảy máu ra ngoài là máu tụ sinh dục (ở âm hộ, âm đạo trong tiểu khung) nhưng có khi cũng gây choáng nặng vì mất máu.

2.2.3. Xử trí

Phải bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay sau khi sổ thai để chẩn đoán.

Tuyên xā:

- Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2 (xem bài cắt và khâu tầng sinh môn).
- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống xử trí sau khi đã được chèn gạc đến tận cổ tử cung hoặc kẹp cầm máu tạm thời.

- Cho kháng sinh.

Tuyên huyện:

- Cầm máu, hồi sức chống choáng.
- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, cùng đồ và âm đạo) và khâu nhiều lớp ở chỗ rách tầng sinh môn (xem bài cắt và khâu tầng sinh môn).
- Với vỡ tử cung: Xem bài chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ.

2.3. Bất thường về bong rau, sổ rau

2.3.1. Sốt rau, sốt màng

Chảy máu là dấu hiệu sớm của sốt rau do các xoang tĩnh mạch ở nơi rau bám không đóng lại được.

2.3.1.1. Nguyên nhân: Sốt rau thường gặp trong các trường hợp.

- Do tiền sử sảy thai, nạo hút thai nhiều lần.
- Do đẻ nhiều lần và có lần đã bị sốt rau, viêm niêm mạc tử cung.
- Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo mổ cũ.

2.3.1.2. Triệu chứng lâm sàng:

- Chảy máu: Thường xuất hiện ngay sau khi sổ rau.
 - Ra máu rỉ rả, tử cung có thể có hồi kéo, máu đọng lại ở trong buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được, gây đau tử cung thứ phát.
 - Lượng máu ra có thể ít, có thể nhiều, máu đỏ tươi có lẫn máu cục (5 phút máu thấm ướt đầm 1 băng vệ sinh là nhiều).
 - Có thể phát hiện sớm sốt rau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh rau thấy thiếu.
- Chú ý đến những bánh rau phụ khi thấy các mạch máu trên màng rau.

- Nếu phát hiện muộn, không xử lý kịp thời, mất máu có nhiều dấu hiệu choáng: Sản phụ khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, tử cung thường co không tốt.

2.3.1.3. *Xử trí:*

*** Tuyến xã:**

- Phải cho thuốc giảm đau (Morphin 0,01g x 1 ống) và tiến hành kiểm soát tử cung ngay. Khi kiểm soát tử cung phải lấy hết rau và màng rau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung.

- Tiêm bắp 5-10đv Oxytocin hoặc Ergometrin 0,2mg vào bắp thịt.

- Điều trị kháng sinh toàn thân: Amoxilin 250mg x 4 viên/ngày x 7 ngày.

- Theo dõi tiếp tục mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

- Nếu có choáng phải hồi sức truyền dịch, tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên đến xử trí hỗ trợ. Khi chuyển tuyến nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.

***Tuyến huyện:**

- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

- Nếu còn ra máu cho thêm thuốc Oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.

- Có thể khi cần, phải kiểm soát tử cung lại.

2.3.2. **Rau không bong**

2.3.2.1. **Định nghĩa và phân loại:**

- Đây là một bệnh hiếm gặp của rau (tỷ lệ 1/2000), ở người đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần, tiền sử có viêm niêm mạc tử cung khi đẻ các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung không có lớp xốp của ngoại sản mạc, có khi gai rau xuyên sâu vào chiều dày lớp cơ tử cung (giống như các răng của một chiếc lược).

- Người ta có thể phân biệt:

+ Rau cài răng lược toàn phần: Toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ do đó không bong rau được và không chảy máu.

+ Rau cài răng lược bán phần: Chỉ một phần bánh rau bám sâu vào cơ tử cung do đó bánh rau có thể bong một phần gây chảy máu. Lượng máu chảy ra nhiều hay ít tùy thuộc vào tình trạng co rút của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.

2.3.2.2. **Triệu chứng lâm sàng:**

- Nếu là rau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

- Nếu là rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong được, nhưng chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau bong rộng hay hẹp.

- Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

- Cần chú ý phân biệt với:

+ Rau bám chặt (Sát rau): Trường hợp rau không bong do lớp xốp kém phát triển, nhưng có thể bóc toàn bộ bánh rau bằng tay được.

+ Rau mắc kẹt và rau cầm tù: Trường hợp bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì bị mắc kẹt ở một sừng tử cung do một vòng thắt của cơ đan chéo. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng. Loại này chỉ cần cho tay vào buồng tử cung là có thể lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

2.3.2.3. **Xử trí:**

*** Tuyến xã:**

- Nếu rau chưa bong và chảy máu nhiều cần tiến hành bóc rau và kiểm soát tử cung.

Tiêm Oxytocin 10 đơn vị tiêm trực tiếp vào cơ tử cung hoặc tiêm bắp thịt

Kích thích xoa đáy tử cung qua thành bụng

Hồi sức chống choáng bằng truyền dịch : Dung dịch Ringelactat, dung dịch Natriclorid 9‰

Tiêm kháng sinh dự phòng nhiễm trùng

- Nếu không bóc được rau hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

- Nếu toàn bộ bánh rau không bong, không chảy máu thì không được cố bóc rau mà phải chuyển lên tuyến trên ngay vì có thể là rau cài răng lược

*** Tuyến huyện:**

- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Tiêm thuốc tăng co bóp tử cung Oxytocin.

- Nếu rau cài răng lược bán phần chảy máu nhiều hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung bán phần ngay.

- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức truyền máu trong và sau mổ.

- Điều trị kháng sinh dự phòng nhiễm trùng

2.4. Rối loạn đông máu

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là do chảy máu nhiều mất sinh sợi huyết. Thường gặp trong bệnh lý về gan, thai chết trong tử cung.....

3. Dự phòng

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các thai nghén có nguy cơ cao để chuyển lên để ở tuyến trên.

- Không được để ở ở tuyến xã các trường hợp: con dạ quá 4 lần, chuyển dạ lâu, tử cung có u xơ, tiền sử đẻ băng huyết, thai to, đa thai, đa ối...

- Không để xảy ra cuộc chuyển dạ lâu, kéo dài quá thời gian quy định của biểu đồ chuyển dạ.

- Vô khuẩn trong thao tác khám, đỡ đẻ

- Để tránh gây chấn thương đường sinh dục do đẻ, người cán bộ y tế cần phải theo dõi sát cuộc đẻ, đỡ đẻ đúng kỹ thuật và nhẹ nhàng, không để sản phụ rặn sớm khi cổ tử cung chưa mở hết.

- Khi tăng sinh môn căng, khó giãn nở cần phải chủ động cắt tăng sinh môn trước khi sổ đầu tránh đẻ rách. Khi có tổn thương đường sinh dục cần thăm khám kỹ tìm ra chỗ rách và xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

4. Kết luận

Chảy máu sau đẻ là một biến chứng hay gặp và có nguy cơ cao. Cần phải sớm tìm ra các nguyên nhân chảy máu để xử trí đúng và kịp thời mới tránh được những tai biến nguy hiểm đặc biệt là đông máu rải rác trong lòng mạch có thể gây ra tử vong cho sản phụ. Muốn tránh các tai biến này cần phải đỡ đẻ đúng kỹ thuật, chỉ định và xử trí đúng các thủ thuật sản khoa. Cần thực hiện đăng ký quản lý thai nghén tốt. ở tuyến y tế cơ sở cần phải phát hiện sớm các thai nghén có nguy cơ cao để gửi lên tuyến trên, mặt khác cần phải thực hiện tốt kế hoạch hoá gia đình.

1. Kể 4 nguyên nhân chảy máu sau đẻ?
2. Trình bày các dấu hiệu lâm sàng và cách xử trí chảy máu sau đẻ theo từng nguyên nhân?
3. Trình bày cách dự phòng chảy máu sau đẻ?
- * **Trả lời ngắn các câu từ 4 – 10:**
4. Kể 4 nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ là:
A
B.....
C.....
D.....
5. Triệu chứng lâm sàng của đờ tử cung là:
A
B.....
C.....
D
E
6. Nguyên nhân gây chấn thương đường sinh dục sau đẻ là:
A
B.....
C.....
D.....
E.....
7. Rau cài răng lược được phân làm 2 loại là:
A
B.....
8. Rau cài răng lược trên lâm sàng cần phân biệt với 2 loại là:
A
B.....
9. Triệu chứng lâm sàng của rau không bong là:
A
B.....
C.....
10. Kể tên 2 loại thuốc co hồi tử cung sau đẻ là:
A
B.....

Bài 92

CAO HUYẾT ÁP THAI NGHÉN, SẢN GIẬT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại cao huyết áp và thai nghén.
2. Trình bày được triệu chứng và xử trí tiền sản giật, sản giật.
3. Mô tả được các biện pháp dự phòng cao huyết áp và dự phòng tiền sản giật, sản giật

NỘI DUNG

Cao huyết áp là 1 triệu chứng có thể có trước lúc mang thai hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay đã có sẵn và nặng lên do thai nghén. Điều này có nghĩa là cao huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai. Nhưng dù nguyên nhân nào thì cao huyết áp trong thai nghén là dấu hiệu báo động hoặc dấu hiệu của 1 thai kỳ đầy nguy cơ có thể gây tử vong mẹ và thai nhi.

Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta gọi là nhiễm độc thai nghén thì ngày nay được gọi là tiền sản giật.

1. Phân loại cao huyết áp và thai nghén

Triệu chứng	Chẩn đoán
Huyết áp tâm trương 90mm Hg hoặc cao hơn trước 20 tuần tuổi thai	Tăng huyết áp mãn tính
Huyết áp tâm trương 90-110mm Hg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai không có protein niệu	Thai nghén gây tăng huyết áp
Huyết áp tâm trương >90-110mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. Protein niệu có thể tới ++, không có triệu chứng khác	Tiền sản giật nhẹ
- Huyết áp tâm trương > 110mm Hg sau 20 tuần tuổi thai Protein +++ hoặc hơn	Tiền sản giật nặng
- Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau: Tăng phản xạ Đau đầu, chóng mặt Mắt nhìn mờ, hoa mắt Thiểu niệu (dưới 400ml / 24 giờ) Đau vùng thượng vị Phù phổi	
- Có cơn giật - Hôn mê - Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng	Sản giật

2. Cao huyết áp và thai nghén

- Thường huyết áp cao $\geq 140/90$ mmHg.
 - Nếu HA tối đa tăng ≥ 30 mmHg, huyết áp tối thiểu ≥ 15 mmHg.
- So với huyết áp trước khi có thai được coi là cao huyết áp.
- Chú ý: Đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ.

3. Tiền sản giật

Tiền sản giật là sự phát triển của cao huyết áp với phù và Protein niệu. Tiền sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ.

Tuy nhiên tiền sản giật nặng có thể phát hiện sớm trước thời điểm đó với sự xuất hiện của tế bào nuôi (chứa trứng)

- Tỷ lệ gặp: 5-10% trong thai nghén.

- Yếu tố thuận lợi.

 - Con so lớn tuổi (> 35 tuổi)

 - Mùa: Gặp nhiều về mùa lạnh

 - Đa ối, đa thai

 - Chửa trứng

 - Người bị bệnh đái đường, bệnh mãn tính, cao huyết áp mãn tính, béo phì.

3.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Lâm sàng

- Cao huyết áp: Huyết áp tăng $\geq 140/90$

So với trước khi có thai nếu huyết áp tối đa tăng $\geq 30\text{mmHg}$ huyết áp tối thiểu tăng $\geq 15\text{mmHg}$ được coi là tăng huyết áp.

- Protein niệu: Thường xuất hiện muộn nhất trong 3 triệu chứng.

Mẫu nước tiểu chính xác phải lấy trong 24 giờ: $0,3\text{g/l}/24$ giờ hoặc $0,5\text{g/l}$ với mẫu nước tiểu ngẫu nhiên (tương đương +)

Mức độ Protein niệu/ 24 giờ	
Vết	: $0,1\text{g/l}$
+	: $0,3\text{g/l}$
++	: 1g/l
+++	: 3g/l
++++	: 10g/l

- Phù: Qua tổng kết thì 85% bệnh nhân có thai bị phù trong 3 tháng cuối là phù sinh lý, 15% được xem là phù bệnh lý.

Đặc điểm của phù:

- Phù toàn thân, nghỉ ngơi không hết phù.

- Phù mềm, trắng, ấn lõm.

- Tăng cân nhanh hơn bình thường.

Quá trình mang thai người mẹ có thể tăng từ 10-15kg nhưng trong 1 tuần không tăng quá 1kg.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Ngoài Protein niệu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu phụ thuộc mức độ tổn thương thận.

- Áp suất keo giảm, Protein máu giảm.

- Soi đáy mắt: Có dấu hiệu gun, phù gai thị, xuất huyết võng mạc.

- XN máu: Hồng cầu giảm.

- Siêu âm thai: Tim thai (+).

3.2. Các hình thái lâm sàng:

Triệu chứng	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tâm trương	$< 90 - 100\text{mmHg}$	$\geq 110\text{mmHg}$

Protein niệu	vết hoặc (+)	++ hoặc nhiều hơn
Nhức đầu	không	có
Rối loạn thị giác: mờ mắt	không	có
Đau thượng vị	không	có
Nôn, buồn nôn	không	có
Thiểu niệu	không	có
Co giật	không	có (sản giật)
Phù phổi	không	có
Creatinin máu	bình thường	tăng
Giảm tiểu cầu	không	có
Tăng men gan	tăng rất ít	tăng đáng kể
Thai chậm phát triển	không	có

3.3. Tiêu chuẩn để chẩn đoán tiền sản giật nặng

- Lâm sàng: Có 1 trong các triệu chứng sau:
 - + Huyết áp tối đa $\geq 160\text{mmHg}$ và tối thiểu $\geq 110\text{mmHg}$.
 - + Rối loạn thị giác.
 - + Đau đầu dùng thuốc giảm đau không kết quả.
 - + Đau vùng thượng vị.
 - + Phù phổi hoặc xanh tím.
 - + Thiểu niệu ($< 400\text{ml} / 24\text{h}$)
- Cận lâm sàng.
 - + Protein niệu $\geq 3\text{g}/24$ giờ hoặc +++
 - + Tiểu cầu giảm $< 150.000/\text{mm}^3$.
 - + Bất thường các men gan (tăng SGOT, SGDT)

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính dựa vào tiền sử cao huyết áp xuất hiện trước 20 tuần tuổi thai.
- Bệnh lý về thận: Viêm thận cấp, viêm thận mạn, viêm mủ bể thận.
- Phù do tim, phù do dinh dưỡng.

3.5. Biểu chứng của tiền sản giật nặng

- + Biểu chứng về phía mẹ.
 - Sản giật.
 - Xuất huyết não
 - Mù mắt
 - Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp
 - Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết vào ổ bụng.
 - Suy tim cấp.
 - Phù phổi cấp.
 - Có thể rối loạn đông máu như giảm tiểu cầu.
- + Biểu chứng về phía con.
 - Thai chậm phát triển (56%)
 - Đẻ non (40%)
 - Tử vong chu sinh cao (10%)

3.6. Dự phòng - điều trị

3.6.1. Dự phòng.

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất để phát hiện sớm cao huyết áp, phù, protein niệu để điều trị kịp thời.
- Phát hiện sớm cao huyết áp và thai nghén để điều trị sớm tránh các biến chứng nặng cho mẹ và con.
- Chú ý các yếu tố thuận lợi đưa đến tiền sản giật mùa đông mặc ấm, tránh lạnh.
- Khai thác kỹ bệnh sử gia đình, bệnh nội khoa và bệnh sử lần này.

3.6.2. Điều trị.

- + Tiền sản giật nhẹ: Có thể điều trị ngoại trú hoặc nhập viện.
 - Nghỉ ngơi, ăn nhạt nằm nghiêng trái (đỡ chèn ép tĩnh mạch chi dưới → đỡ ứ máu)
 - An thần: Uống Diazepam
 - Theo dõi hàng tuần nếu có các dấu hiệu nặng lên phải nhập viện và điều trị tích cực.
 - Nếu thai đã đủ tháng theo dõi chuyển dạ đẻ.
 - + Tiền sản giật nặng: Nhập viện điều trị tại tuyến tỉnh.
- Điều trị theo hướng nội khoa - Sản khoa - Ngoại khoa.

4. Sản giật

Sản giật là những cơn giật trong sản khoa biểu hiện trên lâm sàng bằng những cơn giật sau đó đi vào hôn mê. Đây là biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng. Sản giật có thể xảy ra trước - trong và sau đẻ.

4.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Lâm sàng: Cơn giật điển hình qua 4 giai đoạn.

- Giai đoạn xâm nhiễm: Khoảng 30 giây – 1 phút.
Đặc điểm: Có những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng. Mí mắt nhấp nháy nét mặt nhăn nhúm sau đó cơn giật lan xuống 2 tay.
- Giai đoạn giật cứng: Khoảng 30 giây.
Biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan tỏa khắp người. Toàn thân co cứng các cơ thanh quản và cơ hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu ô xy.
- Giai đoạn giật giãn cách: Khoảng 1 phút.
Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi lại tiếp cơn co giật khác. Lưỡi thè ra thụt vào nên dễ cắn vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.
- Giai đoạn hôn mê: Các cử động co giật thưa dần rồi ngừng. Người bệnh rơi vào tình trạng hôn mê. Tùy theo tình trạng nặng hay nhẹ mà người bệnh có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu.

Trường hợp nhẹ: Hôn mê 5'-7' rồi tỉnh.

Trường hợp nặng: Bệnh nhân hôn mê sâu có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày, mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng đại tiểu tiện không tự chủ. Có thể chết do hôn mê kéo dài.

4.1.2. Cận lâm sàng

- Protein niệu > 5g/l có thể > 30g/l.
- Nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu.
- Nước tiểu ít, có khi vô niệu.
- Trường hợp suy thận: U rê máu, Creatinin, Acid uric tăng.
- Đáy mắt: Có thể phù gai thị, xuất huyết võng mạc.
- Bilirubin máu tăng > 1,2mg/l.
- Não: Có thể phù, thiếu máu khu trú và chảy máu não.

4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Chẩn đoán xác định

Cơn giật điển hình qua 4 giai đoạn trên bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật.

4.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Động kinh: Có tiền sử động kinh trước khi có thai.
- Cơn Tetani: Có thể có hay không có tiền sử. Cơn giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác kiến bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dóm lại.
- Cơn Hysteria: Cơn co giật không giống nhau, tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói nhưng người bệnh vẫn biết. Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.
- Các tai biến mạch máu não: Xuất huyết não, tắc mạch máu não.
- Tổn thương não: U não, áp xe não.
- Các bệnh nhiễm khuẩn: Viêm màng não, viêm não.
- Các bệnh chuyển hoá: Hôn mê do đái tháo đường, hôn mê do urê máu cao, hôn mê gan.

4.3. Biện chứng

4.3.1. Về phía mẹ

- Cản phải lưỡi
- Ngạt thở
- Phù phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp.
- Xuất huyết não, màng não.
- Mù, thông manh, ngớ ngẩn.
- Cao huyết áp mãn tính, viêm gan, viêm thận mạn.

4.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.
- đẻ non.
- Thai chết trong tử cung.

4.4. Điều trị

4.4.1. Tuyến y tế cơ sở

- Tránh ngã bằng cách giữ bệnh nhân hoặc cố định vào giường.
- Ngáng miệng để tránh cắn vào lưỡi.
- Hút đờm rãi phòng tắc đường hô hấp.
- An thần: Diazepam 10mg TBT hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Giải thích cho gia đình và hộ tống chuyển tuyến trên.

4.4.2. Tuyến trên

Điều trị theo hướng: Kết hợp nội khoa – Sản khoa và ngoại khoa.

*** Chăm sóc**

Để bệnh nhân ở nơi yên tĩnh tránh mọi kích thích nên ăn nhạt.

Ngáng miệng phòng cắn vào lưỡi.

Hút đờm rãi để phòng tắc đường hô hấp.

Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ và ghi vào bảng theo dõi phục vụ cho chế độ điều trị.

*** Điều trị nội khoa**

- Chống co giật và đề phòng cơn co giật: Dùng Diazepam (Seduxen). Có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm.
- Thuốc lựa chọn chống co giật: Magiesulfat 15% 2 – 4 ống/24h tiêm tĩnh mạch chậm.
- Thuốc chống cao huyết áp: Hydralazine, Labetolol, Nifedipine

- Lợi tiểu và vấn đề truyền dịch.
Dùng Lasix khi lượng nước tiểu < 400ml/ 24h.
Bù dịch phụ thuộc vào lượng nước tiểu.
Truyền tối đa 700ml/24 giờ cộng với số nước tiểu bài xuất.
- Kháng sinh và phòng bội nhiễm: Dùng kháng sinh ít độc cho con.

*** Điều trị sản khoa**

Nếu thai sống sau cơn giật phải lấy thai ra bằng bấm ối và truyền oxytocin.

*** Điều trị ngoại khoa.**

Mổ lấy thai nếu điều trị sản khoa không kết quả, mổ lấy thai là biện pháp thích hợp nhất.

Chú ý: Không được dùng Ecgonetrin trong tiền sản giật và sản giật vì làm tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

*** Chăm sóc sau đẻ.**

- Duy trì chế độ điều trị chống co giật trong 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng.
- Tiếp tục điều trị cao huyết áp khi huyết áp tâm trương > 110mmHg.
- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy phân loại cao huyết áp và thai nghén?
2. Trình bày yếu tố thuận lợi và triệu chứng lâm sàng của tiền sản giật?
3. Trình bày tiêu chuẩn để chẩn đoán tiền sản giật nặng và biến chứng của tiền sản giật nặng?
4. Trình bày 4 giai đoạn của cơn sản giật và biến chứng của sản giật?
- * **Trả lời ngắn các câu từ câu 5 - 10:**
5. Cao huyết áp và thai nghén được phân làm 5 loại là:

- A
- B
- C
- D
- E

6. Ba triệu chứng chính của tiền sản giật là:

- A
- B
- C

7. Ba biến chứng của tiền sản giật nặng đối với con là:

- A
- B
- C

8. Kể tên 4 giai đoạn của cơn sản giật là:

- A
- B
- C
- D

9. Kể tên 6 biến chứng của cơn sản giật đối với mẹ là:

- A
- B
- C

D

E

G

10. Kể tên 3 loại thuốc hạ huyết áp thường dùng trong điều trị cơn sản giật là:

A

B

C

Bài 93

VỠ TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại, nguyên nhân, triệu chứng của dọa vỡ và vỡ tử cung.
2. Mô tả được cách xử trí dọa vỡ và vỡ tử cung ở tuyến y tế cơ sở và cách dự phòng.

NỘI DUNG

Vỡ tử cung là một trong năm tai biến sản khoa rất nguy hiểm, thường xảy ra vào 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén và lúc chuyển dạ đẻ.

1. Định nghĩa và phân loại

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa rất nguy hiểm dẫn đến tử vong mẹ và thai nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Về giải phẫu bệnh lý vỡ tử cung có 4 hình thái.

1.1. Vỡ tử cung hoàn toàn

Tử cung bị xé rách từ niêm mạc, cơ, đến phúc mạc. Trong trường hợp này thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

1.2. Vỡ tử cung dưới phúc mạc (vỡ không hoàn toàn)

Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn còn nguyên vẹn. Trong trường hợp này thai và rau vẫn nằm trong tử cung, con co tử cung vẫn còn, đoạn dưới tử cung căng phồng nhưng ấn đau đặc biệt đau nhiều ở chỗ bị vỡ, thăm âm đạo có ít máu theo tay.

1.3. Vỡ tử cung phức tạp

Ngoài vỡ tử cung hoàn toàn, tổn thương có thể kéo dài xuống âm đạo xé rách cùng đồ, xé rách bàng quang tạo nên một vết vỡ phức tạp.

1.4. Nứt sẹo mổ ở tử cung

Thường do sẹo ở tử cung bị toác ra hoặc bị nứt một phần. Bờ vết rách không nhám nhò và ít khi chảy máu.

Tất cả những trường hợp vỡ tử cung trong khi chuyển dạ đều phải qua dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp tử cung có vết sẹo mổ cũ.

2. Nguyên nhân

- Khung chậu hẹp hay bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu, khối u tiền đạo.
- Do thai: Ngôi trán, ngôi vai, não úng thủy, thai dính nhau trong sinh đôi, thai to.
- Do nứt sẹo ở cơ tử cung: Sẹo mổ lấy thai, sẹo mổ bóc nhân xơ, sẹo cắt vách ngăn tử cung, sẹo cắt góc tử cung trong chữa ngoài tử cung.
- Do dùng thuốc tăng co tử cung không đúng.
- Do ấn đáy tử cung khi sản phụ rặn mà ngôi chưa lọt.
- Do thủ thuật sản khoa: forceps cao, xoay thai (chỉ gặp ở bệnh viện).

3. Dọa vỡ tử cung

3.1. Triệu chứng

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.
- Tử cung co cứng, chiều cao tử cung cao hơn so với lúc chưa có dấu hiệu dọa vỡ vì đoạn dưới tử cung kéo dài và căng phồng, thắt ngăng thành một vòng giữa đoạn

dưới và thân tử cung gọi là vòng Bandl. Vòng Bandl lên cao, tử cung có hình quả bầu nậm.

- Có thể sờ được hai dây chằng tròn căng như dây đàn do bề cao tử cung cao nhanh đột ngột.

- Thai suy: Tim thai nhanh, chậm hoặc không đều.

- Ngôi cao hoặc chưa lọt.

3.2. Xử trí

3.2.1.. Tuyến xã

- + Cho thuốc giảm co bóp tử cung: Papaverin 0,04g x 1-2 ống (TBT).

- + Tư vấn gửi đi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm.

3.2.2. Tuyến huyện

- + Cho thuốc giảm co bóp tử cung Papaverin 0,04g x 1-2 ống (TBT).

- + Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới thì làm Forceps

- + Nếu chưa đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

Chú ý: trường hợp giảm co bóp tử cung bằng papaverin mà cơn co tử cung vẫn dồn dập nguy cơ vỡ tử cung thì dùng Morphin 0,01g 01 ống tiêm bắp thịt.

4. Vỡ tử cung

4.1. Triệu chứng vỡ tử cung

- Trước khi vỡ tử cung thường có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung thì không có dấu hiệu dọa vỡ. Thai phụ đang đau dữ dội sau một cơn đau chói đột ngột rồi bớt đau dần.

- Cơn co tử cung không còn.

- Tim thai không còn.

- Tử cung không còn hình trứng, không còn dấu hiệu vòng Bandl.

- Bụng chướng, nắn bụng sản phụ đau.

- Có phản ứng thành bụng.

- Sờ thấy phần thai dưới da bụng.

Chú ý: Nếu vỡ tử cung dưới phúc mạc khi hầu hết các thớ cơ bị rách, nhưng lớp phúc mạc vẫn còn nguyên. Vì vậy, một phần thai nhi không nằm trong ổ bụng, nắn bụng không thấy phần thai nhi.

- Ra máu âm đạo.

- Có dấu hiệu choáng: Nhợt nhạt, vã mồ hôi, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ.

4.2. Xử trí

4.2.1 Tuyến xã

- + Hồi sức chống choáng và chuyển tuyến trên ngay, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.

- + Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên đến hỗ trợ.

4.2.2. Tuyến huyện

- + Hồi sức chống choáng và mổ cấp cứu, xử trí vết rách tử cung (bảo tồn hoặc cắt tử cung).

- + Nếu tình trạng nặng: Chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ.

4.3. Dự phòng

- Phải thực hiện tốt quản lý thai nghén để phát hiện các nguy cơ cao như: Khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương ứng giữa thai và khung chậu, ngôi trán, ngôi ngang, có sẹo mổ cũ ở tử cung... cần phải gửi tuyến trên theo dõi và xử trí.

- Cần thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.

- Khi có thai phải đi khám định kỳ và thực hiện đúng lời khuyên của cán bộ y tế.

- Theo dõi chuyển dạ cẩn thận, nhất là phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- Đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không được đẩy bụng.
- Chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày phân loại, nguyên nhân, triệu chứng của dọa vỡ và vỡ tử cung.?
2. Trình bày cách xử trí dọa vỡ và vỡ tử cung ở tuyến y tế cơ sở ?

*** Trả lời ngắn các câu từ 3 - 6**

3. Vỡ tử cung được phân làm 4 hình thái:

A
B.....
C.....
D.....

4. 6 nguyên nhân gây vỡ tử cung là:

A
B.....
C.....
D
E.....
G.....

5. Triệu chứng lâm sàng của dọa vỡ tử cung là:

A
B.....
C.....
D
E.....

5. Xử trí dọa vỡ tử cung ở tuyến xã. A

B

Bài 94

CÁC BỆNH PHỤ KHOA THƯỜNG GẶP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng và hướng xử trí viêm cổ tử cung
2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và hướng xử trí u xơ tử cung
3. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và hướng xử trí u nang buồng trứng

NỘI DUNG

I. VIÊM CỔ TỬ CUNG

1. Giới thiệu về cấu trúc mô học của cổ tử cung

Về giải phẫu cổ tử cung có lỗ trong và lỗ ngoài. Biểu mô lớp ngoài cổ tử cung là biểu mô lát, biểu mô ở phía trong là biểu mô trụ.

2. Lộ tuyến

Ở vùng bình thường chỉ có biểu mô lát, nay xuất hiện biểu mô tuyến.

Có thể do 3 nguyên nhân:

- Lộ tuyến: do cổ tử cung sau đẻ bị hở lỗ ngoài và biểu mô tuyến bên trong lộ ra.
- Lan tuyến: biểu mô tuyến mọc lan ra ngoài (thường do ảnh hưởng của nội tiết).
- Lộn tuyến: do biến sâu của mô lát.

Dù cho nguyên nhân gì đi nữa, một khi biểu mô tuyến xuất hiện ở mặt ngoài cổ tử cung cũng sẽ dễ bị viêm loét hơn biểu mô lát.

Lộ tuyến làm tăng tiết gây khí hư và cũng có nguy cơ dẫn đến thương tổn tiền ung thư.

Cách điều trị tốt nhất hiện nay là phương pháp đông lạnh hoặc đốt bằng CO₂, Laze.

3. Viêm cổ tử cung

3.1. Viêm cổ tử cung cấp tính

Số lần gặp chắc chắn cao hơn số lần chẩn đoán được, chủ yếu do các nguyên nhân: bệnh lây theo đường sinh dục, lậu, Chlamidia. Trong phần lớn trường hợp viêm cấp tính không có triệu chứng và chỉ một số có biểu hiện lâm sàng.

Viêm cấp tính cổ tử cung có thể gặp sau đẻ và cũng góp một phần gây nhiễm khuẩn sau đẻ.

Vùng viêm xung huyết, đỏ sẫm hơn niêm mạc bình thường vốn màu hồng. Mạch máu có thể phát triển và nếu chầm mạnh có thể gây trợt, chảy máu.

3.2. Viêm cổ tử cung mạn tính

* **Triệu chứng cơ năng:** chính là khí hư. Thường có màu vàng bần ra rải rác suốt chu kỳ kinh. Không có những ngày tăng trọt như nấm hoặc Trichomonas.

Đặt mỏ vịt:

- Thấy âm đạo có nhiều khí hư. Nhất là ở túi cùng sau, khí hư có thể che lấp một phần lỗ ngoài cổ tử cung
- Dùng bông mềm lau sạch, quan sát cổ tử cung vùng viêm sẽ khác vùng bình thường ở chỗ đỏ hơn, có thể thấy mạch máu nhỏ, bề mặt có thể cao hơn.
- Chấm Acid Acetic 3% dịch nhầy ở cổ tử cung sẽ được lau sạch hơn. Nếu là viêm vùng được chấm vẫn đỏ. Nếu là lộ tuyến vùng được chấm sẽ trắng ra.
- Tiếp theo chấm Lugol vùng viêm sẽ không bắt màu nâu.
- Vùng viêm không ảnh hưởng đến mật độ và di động bình thường của cổ tử cung.

***Điều trị:** Đặt viên kháng sinh trong 20 ngày dưới dạng viên nén hoặc viên trứng: Polygynax x 1 viên x 10 ngày đặt âm đạo hoặc Neo- Tergynan x 1 viên/24h x 10 ngày đặt âm đạo (thuốc có 3 tác dụng : kháng khuẩn, kháng ký sinh trùng, kháng nấm)

- Đốt điện, đốt lạnh: Với đốt lạnh tỷ lệ kết quả cao hơn và khí hư sau đốt cũng ra ít hơn.

4. Loét cổ tử cung

Hiếm gặp, cần xem có phải ác tính, giang mai hay chấn thương (phá thai dẫu diêm).

Cần sinh thiết và điều trị theo kết quả trả lời của sinh thiết.

II. U NANG BUỒNG TRỨNG

1. Các loại u nang buồng trứng

1.1. Nang cơ nang: có thể do nang bọc noãn hoặc nang hoàng thể phát triển thành. Đặc điểm là nang không to (<6cm đường kính) và không tồn tại quá 3 chu kỳ kinh.

1.2. Nang thực thể

- Nang bì: Trong chứa chất bã đậu, các phần khác như sụn, răng tóc.
- Nang nhầy: Thường nhiều nước nhầy, chứa nước nhầy sánh.
- Nang nước: Trong chứa toàn nước màu vàng trong.
- Nang hỗn hợp: Là hỗn hợp của 3 loại u nang nói trên.

Thường chỉ có một nang, kích thước có thể từ 6cm đến mức choán hết ổ bụng (nang nhầy hoặc nang nước).

2. Lâm sàng

2.1. Cơ năng

- Có thể hoàn toàn không có dấu hiệu gì, phát hiện khối u do khám phụ khoa định kỳ.

- Nổi u ở bụng dưới.

- Đau bụng dưới.

- Ảnh hưởng đến kinh nguyệt: Một số trường hợp có thể mất kinh, ngược lại có thể rong kinh, rong huyết.

2.1. Thực thể

Nang có thể:

- Phát triển chủ yếu ở tiểu khung.
- Một phần ở tiểu khung, một phần ở ổ bụng.
- Phát triển ở ổ bụng.
- Dấu hiệu chủ yếu là thấy 2 khối: một là tử cung, một là khối u, di động biệt lập.

2.3. Cận lâm sàng

- Định lượng HCG (để loại trừ có thai).

- Siêu âm.

- Chụp tử cung vòi trứng sẽ thấy buồng tử cung bình thường và bên có u nang sẽ bị kéo dài, uốn cong hoặc tắc lại. Với nang bì thì hình ảnh xương, răng có thể cản quang và thấy được trên phim.

2.4. Chẩn đoán

- U nang buồng trứng trong tiểu khung cần phân biệt với: có thai, u xơ tử cung, bàng quang đầy nước tiểu, máu tụ thành nang, áp xe Douglas.

- U nang phát triển vào ổ bụng cần phân biệt với cổ tử cung, lao phúc mạc.

3. Diễn biến:

3.1. Xoắn nang.

3.2. Chảy máu trong nang.

3.3. Vỡ nang.

3.4. Ung thư hoá.

4. U nang buồng trứng và thai nghén:

4.1. U nang buồng trứng có thể gây vô sinh.

4.2. Khi có thai u nang buồng trứng có thể gây ngôi bất thường hoặc nếu u kẹt trong tiểu khung sẽ thành u tiền đạo gây đẻ khó.

4.3. Thai đủ tháng + u nang phát triển ở ổ bụng thường khó chẩn đoán, dễ nhầm với sinh đôi hoặc đa ối.

4.4. Sau đẻ u nang buồng trứng dễ bị xoắn.

5. Xử trí:

- Nguyên tắc chung là phải mổ sau khi đã có chẩn đoán chính xác.

- Về thời điểm: Các u nang xoắn vỡ phải mổ cấp cứu. Nếu có thai mà không có biến chứng cấp cứu thì nên để thai ngoài 3 tháng mới nên mổ để tránh sảy thai. Các trường hợp khác mổ theo kế hoạch.

III. U XƠ TỬ CUNG

1. Cấu trúc và vị trí

1.1. Dạng chủ yếu của u xơ là nhân xơ

Tuy toàn bộ lớp cơ thân tử cung có thể bị xơ hoá.

1.2. Nhân xơ có thể phát triển ở thân (chủ yếu) hoặc hiếm hơn ở eo và rất hiếm ở cơ.

1.3. Tại thân tử cung nhân xơ có thể phát triển dưới thanh mạc, tại lớp kẽ hoặc dưới niêm mạc (dạng políp).

1.4. Nhân xơ có thể rất nhỏ như hạt ngô, nhưng cũng có thể to như nắm tay hoặc hơn.

1.5. Số lượng có thể 1 hoặc nhiều hơn.

2. Triệu chứng và chẩn đoán:

2.1. Toàn thân

- Tuổi thường gặp từ 35 đến 45 tuổi, tuy có thể gặp sớm hoặc muộn hơn.

- Hay gặp hơn ở người béo, vô sinh hoặc đẻ ít, lâu năm không đẻ.

- Có biểu hiện thiếu máu nếu bị rong huyết kéo dài.

2.2. Cơ năng

- Khí hư ra nhiều, dịch loãng, trong.

- Ra máu: Lúc đầu là kinh dài và nhiều. Tiếp sau là rong kinh, rong huyết.

- Đau bụng dưới: Do chèn ép, thống kinh. Nếu nhân xơ thoái hoá, chảy máu trong nhân sẽ gây đau dữ dội.

2.3. Thực thể

Tuỳ thuộc số lượng, vị trí và thể tích nhân xơ mà dấu hiệu thực thể sẽ là:

- U xơ dưới thanh mạc: Có cảm giác như u ngoài tử cung, nhất là khi u có cuống.

- U xơ lớp kẽ làm thể tích thân tử cung to lên, nếu nhiều nhân bề mặt thân tử cung sẽ không đều và rắn.

- U xơ dưới niêm mạc: Khi còn nằm trong buồng tử cung có thể làm thể tích tử cung tăng, nhưng chủ yếu là gây chảy máu. Khi u to lên, phát triển qua cổ tử cung vào âm đạo thành Políp buồng tử cung.

- U xơ phát triển thấp ở phía eo và cổ tử cung thường làm xoá cổ tử cung, qua lỗ cổ tử cung có thể sờ thấy cục dưới của u. U nâng phần đáy và thân tử cung lên cao, khi khám dễ cho đó là một nhân xơ khác.

2.4. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Có thể biết được thể tích, số lượng nhân.
- Chụp buồng tử cung: Sẽ thấy buồng tử cung rộng ra hoặc có các dấu hiệu chèn ép.
- Người bị u xơ hầu hết còn trong tuổi sinh đẻ, do đó cần phải làm các test về thai nghén.

2.5. Chẩn đoán

Dựa vào các dấu hiệu: Toàn thân, cơ năng, thực thể, cận lâm sàng đã mô tả ở trên. Cần phân biệt với:

- Có thai.
- Chửa ngoài tử cung huyết tụ thành nang.
- U nang buồng trứng.

3. Tiến triển và tiên lượng

Một số nhân xơ nhỏ có thể hy vọng sẽ teo nhỏ đi sau khi hết kinh hoặc mềm đi sau một quá trình thai sản. Nhưng phần lớn nhân xơ sau khi xuất hiện sẽ có xu hướng phát triển gây chảy máu, gây chèn ép, thoái hoá, đau hoặc một số nhỏ bị ung thư hoá.

4. U xơ tử cung và thai nghén

Thai nghén trên một người có u xơ tử cung phải được theo dõi cẩn thận. U xơ có thể là nguyên nhân gây xảy thai, đẻ non. Khi chuyển dạ nếu nhân xơ phát triển ở đoạn dưới sẽ trở thành khối u tiền đạo, phải mổ lấy thai. Sau đẻ u xơ cũng sẽ gây chảy máu.

5. Xử trí

5.1. Nội khoa: Nếu nhân xơ nhỏ, số lượng ít, người phụ nữ chưa có con, cần điều trị nội khoa, thường dùng progesteron hoặc Testosteron với hy vọng làm cho u mềm và nhỏ đi. Đông y thường dùng cây trinh nữ hoàng cung hay nga phụ khang để điều trị

5.2. Ngoại khoa

- Mổ lấy nhân xơ (nếu thể tích nhỏ, số lượng ít, nhân nông, bệnh nhân chưa có con).
- Cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần, tùy thuộc thương tổn : Bệnh nhân đã có con, số lượng nhân xơ nhiều hoặc nhân xơ to, bệnh nhân trên 40 tuổi.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng, biến chứng, hướng xử trí u xơ tử cung ?
2. Trình bày triệu chứng, biến chứng, hướng xử trí u nang buồng trứng ?
3. Trình bày triệu chứng, hướng xử trí viêm cổ tử cung ?

***Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 4-6**

4. Khối u buồng trứng nào không phải phẫu thuật :

- A. U nang nước
- B. U nang nhầy
- C. U nang bì
- D. U nang nhiễm khuẩn
- E. U nang hoàng thể

5. U xơ tử cung gây cường kinh là loại :

- A. U xơ tử cung dưới niêm mạc
- B. U xơ tử cung dưới phúc mạc
- C. U xơ kẽ
- D. U xơ ở cổ tử cung
- E. U xơ ở eo tử cung

6. Chẩn đoán viêm cổ tử cung cần sử dụng dung dịch :

- A. Dung dịch Bethadin
- B. Nước cất
- C. Dung dịch Lugol
- D. Dung dịch axit Acetic
- E. Dung dịch thuốc tím

Bài 95

VIÊM ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

MỤC TIÊU

1. Kể tên được các bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường.
2. Trình bày được triệu chứng, hướng xử trí 1 số bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường và cách đề phòng.

NỘI DUNG

Viêm âm hộ, âm đạo là một trong những viêm nhiễm đường sinh dục hay gặp. Là những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở tuổi đang hoạt động sinh dục.

Tỷ lệ bệnh này có thể chiếm tới 50% các đối tượng nữ và chiếm trên 80% các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục nói chung.

Bệnh không gây tử vong, nhưng lại ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động của nữ, đôi khi ảnh hưởng tới khả năng sinh đẻ. Nếu vệ sinh tốt có thể phòng tránh và giảm tỷ lệ mắc bệnh.

1. Viêm âm hộ

1.1. Định nghĩa: Viêm âm hộ là nhiễm trùng khu trú từ màng trinh tới 2 môi lớn (khắp vùng tiền đình).

1.2. Nguyên nhân

- Điều kiện thuận lợi:
 - + Vệ sinh cá nhân kém.
 - + Giao hợp thô bạo gây xước niêm mạc vùng tiền đình.
 - + Vi trùng: thường là vi trùng đường ruột như E.Coli, liên cầu, tụ cầu....

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Viêm âm hộ cấp tính

Thường gặp ở người trẻ, sinh hoạt tình dục vô độ, không giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục.

+ Triệu chứng:

- Đau, khó chịu sau giao hợp trong 1 – 2 ngày đầu.
- Ra nhiều khí hư màu vàng, đôi khi có mùi hôi.
- Sinh hoạt tình dục đau, khó chịu.
- Đi tiểu rát, đau.
- Khám: Vùng tiền đình có màu đỏ, có nhiều khí hư màu vàng lẫn mủ, chạm vào đau, đặc biệt vùng màng trinh, niêm mạc vùng tiền đình phù nề, màu đỏ.
- Cây hoạc soi, Nhuộm Gam có thể thấy vi trùng gây bệnh.

1.3.2. Viêm âm hộ mãn tính

Xuất hiện sau viêm âm hộ cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị trở thành viêm âm hộ mãn tính.

Triệu chứng:

- Đau do viêm cấp đã giảm, nhưng khí hư không giảm, khí hư vẫn ra nhiều nên xuất hiện triệu chứng ngứa.
- Khám: Âm hộ có màu đỏ, không còn dấu hiệu phù nề do viêm, nắn còn đau ít, vẫn còn nhiều khí hư màu vàng, gây ngứa.
- Xét nghiệm khí hư: Có thể thấy vi trùng gây bệnh.

1.4. Xử trí:

- Hạn chế hoạt động tình dục, giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục, vệ sinh trong và khi hành kinh, vệ sinh cá nhân.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng các dung dịch sát trùng như dung dịch thuốc tím sau mỗi lần tiểu, đại tiện, hoạt động tình dục.
- Toàn thân: Dùng kháng sinh toàn thân.

2. Viêm hay áp xe tuyến Bartholin hay tuyến Skene

2.1. Định nghĩa

Tuyến Bartholin hay tuyến Skene đều nằm ở âm hộ, tuyến Skene ít bị viêm hơn vì cửa tuyến nhỏ ở cạnh lỗ niệu đạo.

Tuyến Bartholin thường bị viêm hay bị áp xe do cửa tuyến rộng, lại nằm ngay đầu dưới âm hộ, ngoài màng trinh, nên thường bị viêm và áp xe.

2.2. Nguyên nhân

- Là hậu quả của viêm âm hộ.
- Vi khuẩn thường gặp: Liên cầu, tụ cầu, trực khuẩn Coli, cũng có thể do lậu cầu.

2.3. Triệu chứng: (Cấp và mãn tính)

2.3.1. Cấp tính: Viêm tuyến Skene hay tuyến Bartholin cấp tính: biểu hiện lâm sàng giống như viêm âm hộ.

- Đau.
- Ra khí hư.
- Ngứa.

Thực thể:

- Vùng âm hộ viêm đỏ.
- Vùng cửa tuyến Skene và cửa tuyến Bartholin viêm đỏ. Nắn vào vị trí tuyến đó bệnh nhân đau, đôi khi thấy mủ từ trong tuyến chảy ra.

2.3.2. Mãn tính

- Tuyến Skene ít có biểu hiện viêm mãn tính.
- Tuyến Bartholin thường có biểu hiện viêm mãn tính bằng áp xe tuyến Bartholin. Sau 1 thời gian viêm tuyến Bartholin cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị sẽ trở thành áp xe tuyến Bartholin.
- Biểu hiện lâm sàng: Tình trạng viêm âm hộ giảm dần, nhưng vẫn còn ra khí hư và đau.

Đau tăng khi đi lại hoặc khi giao hợp. Khám bằng cách nắn môi nhỏ giữa ngón trỏ và ngón cái sẽ thấy một khối to, căng, rắn, tròn đều, nắn thấy đau và có mủ chảy ra ở cửa tuyến ở mặt trong môi bé và màng trinh.

2.4. Xử trí

- Cấp tính: Kháng sinh toàn thân, khi hết viêm tấy thì chích mủ dẫn lưu sau 3 – 6 tháng mổ bóc tách túi tuyến.
- Mãn tính: Mổ bóc tách cả khối, cho kháng sinh toàn thân trước khi mổ bóc tách ổ áp xe.

3. Viêm âm đạo

3.1. Nguyên nhân

- Do yếu tố kháng khuẩn tự nhiên của âm đạo bị giảm ở tuổi già, Estrogen giảm sẽ tạo điều kiện làm vi khuẩn gây bệnh phát triển.
- Do vệ sinh cá nhân kém, do vệ sinh khi giao hợp bị nhiễm khuẩn.
- Do ký sinh trùng roi, nấm Candida Albican.

3.2. Các hình thái lâm sàng

3.2.1. Viêm âm đạo do tạp khuẩn

* Triệu chứng: khí hư trắng hay hơi vàng, có khi đặc như mủ, niêm mạc âm đạo hơi đỏ, lau sạch âm đạo bôi dung dịch Lugol niêm mạc âm đạo bắt màu không đều, chỗ thẫm, chỗ nhạt.

* Điều trị:

- Rửa âm đạo bằng nước diệt khuẩn: thuốc tím.
- Đặt kháng sinh diệt khuẩn Sulfamit

Chú ý: Đặt thuốc trước khi đi ngủ sau khi làm vệ sinh vùng âm hộ. (Tốt nhất làm kháng sinh đồ điều trị).

3.2.2. Viêm âm đạo do ký sinh trùng roi *Trichomonas*

* Triệu chứng:

- Ngứa nhiều vùng âm hộ vào trước – trong – sau khi hành kinh.
- Khí hư ra nhiều màu trắng đục, loãng có bọt.
- Âm đạo có nhiều ổ viêm đỏ.
- Âm đạo đỏ không bắt màu Lugol nên khi bôi dung dịch này thấy trên nền

niêm mạc âm đạo bắt màu nâu, có những điểm viêm không bắt màu (gọi là hình ảnh sao đêm).

- Xét nghiệm khí hư: thấy *Trichomonas* trong khí hư.

* Điều trị: Làm thuốc âm đạo bằng Axit Lactic 4%.

- Đặt Metronidazon (hoặc Klion); Flagyl 0,25g x 1 viên trong 10 ngày.
- Uống Flagyl 4 viên/24h, cả 2 vợ chồng trong 7 ngày.
- Không giao hợp trong khi điều trị, không tắm nước ao hồ. Khi vệ sinh phụ nữ dùng chậu riêng. Điều trị trong 2-3 chu kỳ kinh liên tiếp

3.2.3. Viêm âm đạo do nấm *Candida Albican*

* Triệu chứng:

- Ngứa nhiều vùng âm hộ vào giữa chu kỳ kinh.
- Khí hư đặc như bột có ánh trắng.
- Âm đạo có màu đỏ tím.
- Xét nghiệm khí hư thấy các sợi nấm *Candida Albican*.

* Điều trị:

- Khí hư nhiều phải làm thuốc âm đạo bằng dung dịch Bicarbonat Natri 1%.
- Đặt âm đạo Nystatin 0,07g x 01 viên/ ngày x 10 – 15 ngày.
- Nếu không xác định được viêm âm đạo do nấm hay ký sinh trùng roi nên

dùng viên Flagystatin là loại có cả 2 Nystatin và Flagyl.

Điều trị ít nhất trong 3 chu kỳ kinh liên tiếp

3.2.4. Viêm âm đạo ở người già

* Triệu chứng: Do dịch tiết giảm, âm đạo khô đi và do Estrogen giảm, PH âm đạo giảm, vi khuẩn dễ gây bệnh.

* Điều trị: Đặt viên (đạn, nén) thuốc Estrogen hoặc bôi kem Estrogen.

3.2.5. Viêm âm đạo không đặc hiệu

- Chủ yếu do 1 chủng vi khuẩn gây bệnh Gram âm có tên *Gardnerella* âm đạo (Tên cũ *Hemophilis* âm đạo). Gọi là không đặc hiệu vì vi khuẩn này phải kết hợp với 1 loại vi khuẩn kỵ khí khác mới gây viêm và ra khí hư.

- Nếu đem soi tươi cũng có thể nhận ra những tế bào âm đạo có ở bờ răng cưa.

- Điều trị: Như điều trị với *Trichomonas*. Sulfamit đặt âm đạo kết quả thấp hơn.

3.2.6. Các nguyên nhân khác

- Viêm âm đạo do hoá chất hoặc dị ứng. Cần tránh thụt rửa âm đạo với mục đích tránh thai. Ngừng sử dụng các tác nhân gây bệnh.

- Viêm âm đạo, âm hộ thường bắt đầu là viêm âm đạo do Trichomonas, do nấm, rồi ngứa gãi gây viêm âm hộ do tụ cầu.

* Xử trí:

- Chấm âm hộ bằng tím Gentian 1% và điều trị nguyên nhân gây viêm âm đạo.

- Có thể là do 1 dị vật như 1 bông cầu sau khám phụ khoa bị bỏ quên.

LUỢNG GIÁ

1. Kể tên các bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường?

2. Mô tả triệu chứng, hướng xử trí các bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường và cách đề phòng?

***Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 3-5**

3. Tính chất khí hư trong viêm âm đạo do ký sinh trùng roi Trichomonas là :

- A . Khí hư ra nhiều màu trắng đục, loãng không hôi
- B . Khí hư ra nhiều màu trắng đục, loãng có bọt.
- C . Khí hư ra nhiều lẫn máu màu hồng
- D . Khí hư ra nhiều màu trắng, bột mịn
- E . Khí hư ra nhiều màu vàng

4. Tính chất khí hư trong viêm âm đạo do nấm Candida Albican là:

- A . Khí hư đặc như bột mùi hôi
- B . Khí hư loãng trắng không hôi
- C . Khí hư màu vàng lẫn mủ
- D . Khí hư lẫn máu màu hồng
- E . Khí hư đặc như bột có ánh trắng

5.Thuốc đặc hiệu trong điều trị nấm Candida Albican là:

- A. Klion
- B. Kháng sinh
- C. Nistatin
- D.Glucose
- E. Dung dịch lugol

Bài 96

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được thuận lợi, không thuận lợi, chỉ định, chống chỉ định 1 số biện pháp tránh thai thông thường
2. Tư vấn được cho khách hàng cách sử dụng 1 số biện pháp tránh thai thông thường

NỘI DUNG

1. Các biện pháp tránh thai tạm thời thông dụng

1.1. Bao cao su

Bao cao su làm bằng nhựa Latex mỏng có thể lồng vào dương vật hoặc đặt vào âm đạo trước khi giao hợp, nó có tác dụng chứa và ngăn không cho tinh trùng vào âm đạo, nên không thụ tinh.

1.1.1. Thuận lợi

- Là dụng cụ dùng cho nam và nữ. Bao cao sẽ đựng tinh dịch phóng ra, do đó tinh dịch không vào được đường sinh dục nữ nên không có hiện tượng thụ tinh.
- Hiệu quả tránh thai cao.
- Còn có tác dụng ngăn ngừa bệnh lây lan qua đường tình dục (lậu, giang mai, AIDS).
- An toàn không có tác dụng phụ
- Rẻ tiền, dễ sử dụng

1.1.2. Không thuận lợi

- Phải thường xuyên sử dụng bao cao su mỗi lần giao hợp.
- Ít nhiều hạn chế khoái cảm.
- Nếu túi thủng, rách hoặc sau khi giao hợp để lâu tinh dịch sẽ rơi vào âm đạo, có thể "vỡ kế hoạch".
- Có thể dị ứng với bao cao su

1.1.3. Cách dùng

- Với bao cao su nam: Người chồng phải lắp bao cao su vào bộ phận sinh dục trước mỗi khi giao hợp.

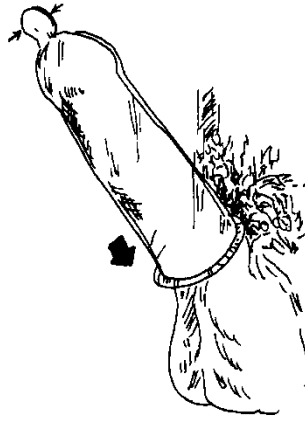
Giao hợp xong rút ra, tháo bao cao su, thắt nút miệng bao vứt bỏ bao đã dùng.

Khi giao hợp lần sau lại dùng bao cao su khác.

- Với bao cao su nữ: Người vợ đặt bao cao su vào âm đạo trước khi giao hợp. Cầm vòng tròn nhỏ bóp méo đưa nghiêng vào sâu trong âm đạo. Vòng tròn nhỏ che cổ tử cung. Vòng trong lớn nằm ngoài, phủ kín các môi lớn và vùng tiền đình. Bao cao su nữ có thể đặt trước vài giờ, nhưng cần tháo sớm sau khi giao hợp xong, trước khi ngồi hay đứng dậy, để tránh tinh dịch trào ra ngoài

* **Cách bảo quản** : + Để nơi thoáng mát, tránh ánh sáng

+ Nếu bao su bị rách, cần áp dụng biện pháp tránh thai khác.



Hình 96.1: Hướng dẫn sử dụng bao cao su nam

1.2. Thuốc tránh thai

1.2.1. Thuốc uống tránh thai kết hợp (Thuốc uống tránh thai hỗn hợp)

* **Thuận lợi:**

- Thuốc tránh thai làm ức chế sự phóng noãn (làm cho không có hiện tượng rụng trứng) nên trong thời gian dùng thuốc tránh thai không thể có thai.

- Thuốc tránh thai có hiệu quả cao.

- Sử dụng thuận tiện, kín đáo.

* **Không thuận lợi:**

- Giá thuốc đắt.

- Phải nhớ uống hàng ngày.

- Có một số tác dụng phụ khi mới uống thuốc như: buồn nôn, căng ngực, ra máu giữa kỳ kinh.

- Một số phụ nữ mắc bệnh tim, huyết áp, bệnh máu, khối u..... không dùng thuốc tránh thai được.

- Người đang cho con bú dùng thuốc tránh thai có thể gây cạn sữa (hiện nay có loại thuốc tránh thai không gây ảnh hưởng đến sự tiết sữa).

Người dùng thuốc phải uống liên tục, đều đặn hàng ngày không được quên ngày nào.

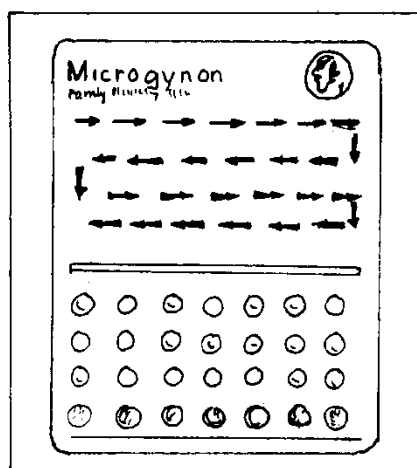
- Dùng viên số 1 vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 5 của vòng kinh theo hướng dẫn cụ thể của từng loại thuốc dùng.

- Uống mỗi ngày 1 viên theo chiều mũi tên chỉ ở mặt sau vỉ thuốc.

- Để khỏi quên nên uống thuốc vào một giờ nhất định (Lúc đi ngủ và để thuốc ở nơi dễ lấy (ngoài tầm tay trẻ nhỏ).

- Với vỉ 21 viên, uống hết thuốc thì nghỉ 7 ngày lại uống vỉ khác.

- Uống thuốc tránh thai tháng nào có tác dụng tránh thai tháng đó. Nếu quên uống 1 viên, ngày sau phải uống bù, nếu quên uống 2 viên thì phải dùng biện pháp khác vì uống tiếp không có hiệu quả.



Hình 96.2: Viên thuốc tránh thai kết hợp liều thấp

1.2.2. Thuốc uống tránh thai đơn thuần (chỉ có prosteron)

* **Exluton:** Có thể sử dụng với bà mẹ cho con bú bắt đầu từ tuần thứ 6 không ảnh hưởng đến chất lượng và số lượng sữa

- Không có tác dụng phụ của Estrogen, không tăng nguy cơ tim mạch hoặc đột quỵ

- Có thể giúp ngăn ngừa:

- + U lành tính
- + Ung thư buồng trứng và nội mạc tử cung
- + Viêm vùng chậu.

* **Thuốc tránh thai loại tiêm (Depot provera-viết tắt là DMPA)**

- Tác dụng: 1 lần tiêm tránh thai 3 tháng
- Tiêm từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 kể từ ngày bắt đầu thấy kinh.
- Hết 3 tháng muốn tiếp tục tránh thai tiêm mũi khác.

* **Viên thuốc tránh thai khẩn cấp (Postinor)**

- Dùng cho phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ
- Uống 1 viên càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không có bảo vệ, uống viên thứ hai cách viên thứ nhất 12 giờ

Chú ý: Nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống, phải uống lại, không được dùng quá 2 lần trong 1 tháng và không nên dùng thường xuyên.

1.3. Dụng cụ tử cung

Dụng cụ tử cung là loại dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung, ngăn cản không cho trứng đã thụ tinh làm tổ ở tử cung.



Hình 96.3: Hình ảnh dụng cụ tử cung

1.3.1. Thuận lợi

- Hiệu quả tránh thai cao.
- Đặt 1 lần có tác dụng tránh thai nhiều năm.
- Sau khi tháo có thai lại dễ dàng.

1.3.2. Không thuận lợi

- Phải do cán bộ y tế chuyên khoa đặt, tháo.
- Có một số tác dụng phụ như: đau bụng nhẹ, ra máu ít ngày sau khi đặt, kinh nguyệt trong vài tháng đầu có thể nhiều hơn và kéo dài hơn. Dễ bị viêm nhiễm sau đặt vòng nếu không đảm bảo vệ sinh.

1.3.3. Cách dùng

Sau sạch kinh 3 ngày hoặc sau đẻ 6 tuần người phụ nữ đến cơ sở y tế để khám và đặt vòng.

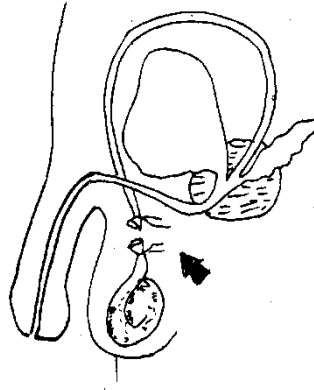
1.3.4. Xử trí các tác dụng phụ và biến chứng sau đặt dụng cụ tử cung

- Đau bụng:
 - + Nghỉ ngơi
 - + Dùng papaverin 0,04g x 4 viên/ ngày
 - Uống chia 2 lần sau bữa ăn.
- Nhiễm khuẩn:
 - + Dùng kháng sinh toàn thân.
- Tháo vòng.
- Có thai trong khi mang dụng cụ tử cung: Vòng tránh thai không ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhưng dễ gây sảy thai hoặc đẻ non. Do đó khi mang vòng mà có thai nên nạo, hút thai.
- Rơi vòng thường do hở eo tử cung. Nếu rơi vòng 2 lần trở lên, nên áp dụng biện pháp tránh thai khác.

2. Các biện pháp tránh thai vĩnh viễn

2.1. Thắt, cắt ống dẫn tinh ở nam (triệt sản nam)

Là biện pháp cắt, thắt ống dẫn tinh ở nam, có tác dụng khi giao hợp có tinh dịch phóng ra nhưng không có tinh trùng nên không thể thụ thai được.



Hình 96.4: Sơ đồ triệt sản nam

2.1.1. Thuận lợi

- Hiệu quả tránh thai cao.
- Làm đơn giản, nhanh chóng, không cần nằm viện.
- Không ảnh hưởng đến tâm lý, tình dục, sức khỏe.

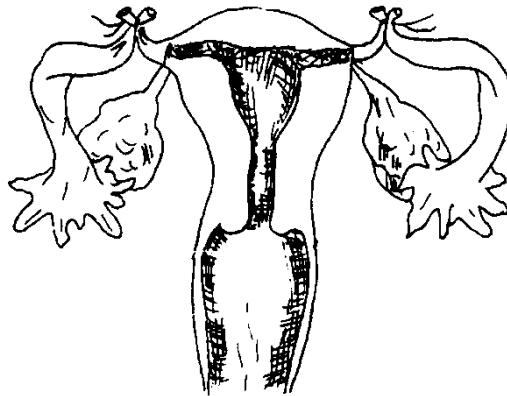
2.1.2. Không thuận lợi

- Phải chịu một phẫu thuật nhỏ.
- Không dùng với người còn muốn có con.
- Khoảng hơn 10 lần giao hợp sau khi thắt phải dùng bao cao su.

Hiện nay phương pháp thắt ống dẫn tinh không dùng dao mổ đang được nhiều người chấp nhận.

2.2. Thắt, cắt ống dẫn trứng ở nữ (triệt sản nữ)

Là biện pháp thắt và cắt hai ống dẫn trứng để cho tinh trùng và trứng không tiếp xúc với nhau nên không có hiện tượng thụ tinh.



Hình 96.5: Sơ đồ triệt sản nữ

2.2.1. Thuận lợi:

- Hiệu quả tránh thai cao.
- Không ảnh hưởng đến tâm lý, tình dục, sức khỏe.

2.2.2. Không thuận lợi:

- Phải chịu một cuộc phẫu thuật nhỏ.

3. Một số biện pháp khác

3.1. Màng ngăn âm đạo

- Màng ngăn bằng cao su hoặc chất dẻo đặt vào trong âm đạo ngăn không cho tinh trùng đi vào tử cung.

- Thuận lợi: Phụ nữ tự chủ động.
- Không thuận lợi: Giảm khoái cảm, phải đặt và tháo trước và sau khi giao hợp.

3.2. Thuốc diệt tinh trùng

Thuốc diệt tinh trùng là chế phẩm hoá học đặt vào âm đạo trước khi quan hệ tình dục nhằm mục đích tránh thai.

+ Cơ chế tác dụng: Có tác dụng tiêu diệt tinh trùng hay làm cho tinh trùng không thể tới trứng được.

+ Chỉ định: Các cặp vợ chồng muốn tránh thai tạm thời mà không có chống chỉ định.

+ Chống chỉ định:

- Người dị ứng với thuốc

- Những người cần ngừa thai với hiệu quả cao

3.3. Biện pháp tránh thai tự nhiên

3.3.1. Biện pháp tính theo vòng kinh: Là biện pháp dựa vào ngày có kinh. Chọn giao hợp vào những ngày xa giai đoạn rụng trứng để không thụ thai

+ Hướng dẫn cách thực hiện:

Biện pháp tính theo vòng kinh chỉ áp dụng với người kinh nguyệt đều

- Tuỳ theo chu kỳ kinh nguyệt là 25,28,30 hay 32 ngày, cặp vợ chồng muốn áp dụng BPTT này phải dự đoán ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt sau:

- Từ ngày đầu tiên của kỳ kinh sau, tính ngược lại 14 ngày để dự kiến ngày phóng noãn

- Từ ngày dự kiến phóng noãn lui lên 5 ngày và lui xuống 4 ngày thì quãng thời gian đó là giai đoạn (không an toàn), cần kiêng giao hợp hay nếu giao hợp thì cần dùng BPTT hỗ trợ (Xuất tinh ra ngoài âm đạo, bao cao su, thuốc diệt tinh trùng).

3.3.2. BPTT dựa theo thân nhiệt :

Trong chu kỳ kinh, từ ngày có kinh đến thời điểm phóng noãn thân nhiệt thường thấp ở dưới mức 37 °C.

Sau khi phóng noãn thân nhiệt sẽ lên cao hơn mức thân nhiệt của giai đoạn trước từ 0,3 đến 0,5°C, do chất Prolactin do hoàng thể mới tạo thành tiết ra. Nếu theo dõi thân nhiệt hàng ngày và ghi lại từ các bảng nhiệt độ thì có thể xác định được thời kỳ phóng noãn và do đó tìm được giai đoạn an toàn không thể thụ thai.

3.3.3. BPTT dựa vào chất nhầy cổ tử cung;

Vào ngày phóng noãn chất dịch ở cổ tử cung : Trong, dai , dính, dễ kéo thành sợi, soi cổ tử cung có “ dấu hiệu con ngoi ”

3.3.4. Xuất tinh ngoài âm đạo

- Là phương pháp người chồng chủ động xuất tinh ra ngoài khi giao hợp.

- Thuận lợi: Không tốn kém, không ảnh hưởng đến sức khoẻ.

- Không thuận lợi: Khó áp dụng cho phụ nữ có vòng kinh không đều. Hiệu quả tránh thai không cao.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày thuận lợi, không thuận lợi, chỉ định, chống chỉ định 1 số biện pháp tránh thai thông thường?

2. Hướng dẫn cho khách hàng cách sử dụng 1 số biện pháp tránh thai thông thường?

***Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 3-5**

3. Cơ chế tác dụng của bao cao su :

A. Ức chế rụng trứng

B. Chiếm chỗ làm tổ của trứng

C. Làm đặc chất nhầy cổ tử cung

D. Ngăn không cho tinh trùng vào âm đạo

E. Làm dính vòi trứng

4. Khi một phụ nữ dùng hết vỉ thuốc tránh thai kết hợp (28 viên), chị cần phải bắt đầu vỉ thuốc tiếp theo :

- A. Sau 7 ngày
- B. Sau 5 ngày
- C. Sau 3 ngày
- D. Khi hết hành kinh
- E. Ngay ngày hôm sau

5. Một phụ nữ sau sinh, có cho con bú, có thể bắt đầu uống viên thuốc tránh thai Exluton khi nào :

- A. 3 tuần sau sinh
- B. 3 tháng sau sinh
- C. 6 tuần sau sinh
- D. 7 tháng sau sinh
- E. 1 năm sau sinh

Bài 97

SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ EM QUA 6 THỜI KỲ

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được đặc điểm sinh lý và bệnh lý của trẻ em qua 6 thời kỳ của tuổi trẻ.
2. Trình bày được nội dung phòng bệnh của từng thời kỳ tuổi trẻ.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

Cơ thể trẻ em khác với người lớn “Trẻ em không phải là người lớn thu nhỏ”. Tuổi trẻ của trẻ em chia 6 thời kỳ. Mỗi thời kỳ phát triển của trẻ có những đặc điểm sinh lý và bệnh lý khác nhau.

2. Thời kỳ phát triển trong tử cung.

2.1. Giới hạn

Từ khi thụ thai đến lúc trẻ ra đời trung bình là 270 – 280 ngày.

2.2. Đặc điểm sinh lý.

- Thời kỳ này chia làm 2 giai đoạn.
 - + Giai đoạn hình thành và sắp xếp tổ chức thai nhi: 3 tháng đầu.
 - + Giai đoạn phát triển thai nhi: 6 tháng sau.
- Sự phát triển của thai nhi hoàn toàn phụ thuộc vào bà mẹ.

2.3. Đặc điểm bệnh lý

- Giai đoạn 3 tháng đầu: Có thể hình thành dị tật bẩm sinh do mẹ bị nhiễm: virus (cúm, sốt phát ban), mẹ tiếp xúc với phóng xạ, hoá chất độc, có thể xảy thai.
- Giai đoạn 6 tháng sau: Có thể đẻ non, thai chết lưu, suy dinh dưỡng bào thai do mẹ ăn uống thiếu chất dinh dưỡng.

2.4. Phòng bệnh

- Làm tốt công tác quản lý thai nghén.
- Làm tốt công tác vệ sinh thai nghén (chế độ lao động, dinh dưỡng, vệ sinh)
- Cho mẹ ăn đầy đủ dinh dưỡng: Ngũ cốc, đạm, mỡ, đường, vitamin.
- Mẹ tránh tiếp xúc các nguồn lây bệnh.
- Tiêm phòng uốn ván cho mẹ.
- Khám thai định kỳ.

3. Thời kỳ sơ sinh.

3.1. Giới hạn

Kể từ lúc đẻ cho tới lúc trẻ 4 tuần.

3.2. Đặc điểm sinh lý

Đây là thời kỳ trẻ thích nghi dần với cuộc sống bên ngoài tử cung.

- Trẻ bắt đầu thở bằng phổi.
- Vòng tuần hoàn chính thức hoạt động.
- Bộ máy tiêu hoá bắt đầu hoạt động: Ví dụ: Trẻ bú, nuốt.
- Trẻ ngủ nhiều do hệ thần kinh chưa phát triển.

3.3. Đặc điểm bệnh lý

- Tai biến trong cuộc đẻ: ngạt, chấn thương...
- Phát hiện ra dị tật bẩm sinh: Ví dụ sứt môi hở hàm ếch.

- Trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn: Viêm da, viêm rốn, viêm phổi.
- Diễn biến bệnh dễ trở thành nặng.

3.4. Phòng bệnh

- Chăm sóc trẻ đảm bảo được vô khuẩn.
- Đảm bảo trẻ được ăn sữa mẹ.
- Tiêm chủng đúng lịch.

4. Thời kỳ bú mẹ.

4.1. Giới hạn

Tiếp thời kỳ sơ sinh cho đến khi trẻ được 12 tháng.

4.2. Đặc điểm sinh lý

- Trẻ lớn nhanh: Cân nặng và chiều cao phát triển nhanh.
- Nhu cầu dinh dưỡng cao.
- Bộ máy tiêu hoá phát triển chưa hoàn thiện.

4.3. Đặc điểm bệnh lý

- Trẻ dễ mắc bệnh về dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng, còi xương, thiếu máu.
- Dễ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp: Viêm phổi.
- Dễ bị tiêu chảy.
- Sau 6 tháng tuổi, trẻ dễ mắc các bệnh truyền nhiễm.

4.4. Phòng bệnh

- Tuyên truyền phòng bệnh tiêu chảy, viêm phổi.
- Đảm bảo trẻ được ăn sữa mẹ.
- Cho ăn bổ xung đúng lúc, đúng và đủ số lượng, chất lượng.
- Chú ý vệ sinh trong quá trình chăm sóc trẻ.
- Tiêm chủng đúng lịch.

5. Thời kỳ răng sữa.

5.1. Giới hạn.

Từ 2 đến 6 tuổi:

2– 3 tuổi: Tuổi nhà trẻ

4 – 6 tuổi: Tuổi mẫu giáo

5.2. Đặc điểm sinh lý

- Tốc độ phát triển chiều cao, cân nặng chậm hơn so với lứa tuổi trước.
- Phát triển nhanh về vận động và tinh thần trẻ biết đi, chạy, nhảy, nói.
- Trẻ thích tiếp xúc với bạn bè.

5.3. Đặc điểm bệnh lý

- Dễ mắc các bệnh lây: Sởi, cúm do trẻ tiếp xúc rộng rãi.
- Xuất hiện các bệnh dị ứng: mẩn ngứa, hen, viêm cầu thận.v.v.

5.4. Phòng bệnh.

- Dạy cho trẻ có ý thức vệ sinh cơ thể, vệ sinh môi trường.
- Tổ chức hoạt động vui chơi ngoài trời (công tác nhà trẻ, lớp mẫu giáo)
- Sớm cách ly những trẻ bị bệnh.
- Tiêm chủng đúng lịch.

6. Thời kỳ thiếu niên.

6.1. Giới hạn.

Từ 7 – 15 tuổi.

6.2. Đặc điểm sinh lý.

- Tốc độ cơ thể phát triển nhanh
- Khả năng tư duy, phán đoán được hình thành.
- Chức năng các bộ phận đã hoàn thiện.

- Hình thành tâm lý về giới.
- Thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn.

6.3. Đặc điểm bệnh lý

- Dễ mắc bệnh thấp tim.
- Các bệnh do sai lệch về tư thế ngồi học: gù, vẹo cột sống, cận thị.
- Tai nạn gặp nhiều: bỏng, đuối nước, gãy xương....

6.4. Phòng bệnh

- Đề phòng bệnh thấp tim.
- Chú ý tư thế ngồi học thích hợp với lứa tuổi. Phòng học đủ ánh sáng...
- Hướng dẫn tự vệ sinh cá nhân.

7. Thời kỳ dậy thì.

7.1. Giới hạn:

Trẻ gái: Bắt đầu từ 9 – 12 tuổi và kết thúc lúc 17 – 18 tuổi.

Trẻ trai: Bắt đầu từ 10 – 14 tuổi và kết thúc lúc 19 – 20 tuổi.

7.2. Đặc điểm sinh lý

- Trẻ lớn nhanh, hoạt động các tuyến nội tiết chiếm ưu thế.
- Biến đổi nhiều về tâm lý, sinh lý.
- Chức năng sinh dục đã trưởng thành.

7.3. Đặc điểm bệnh lý

- Trẻ dễ mắc rối loạn tâm thần.
- Phát hiện các dị tật của cơ quan sinh dục .
- Các bệnh lý khác giống người lớn.

7.4. Phòng bệnh

- Giáo dục giới tính
- Giáo dục cho trẻ biết yêu thể thao, phối hợp gia đình, nhà trường và xã hội.
- Quan hệ nam nữ lành mạnh.
- Đề phòng các bệnh do quan hệ tình dục, nghiện hút gây ra.

LƯỢNG GIÁ

1. Giới hạn, đặc điểm sinh lý và bệnh lý của từng thời kỳ phát triển của trẻ em?
2. Phương pháp phòng bệnh cho từng thời kỳ phát triển của trẻ em?

Bài 98

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU SINH LÝ TRẺ EM

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được đặc điểm cấu tạo và đặc điểm sinh lý các hệ thống: da, cơ, xương, hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, tiết niệu và máu của trẻ em.
2. Giải thích được một số bệnh tật hay gặp trẻ em do đặc điểm giải phẫu, sinh lý trẻ em gây nên.

NỘI DUNG

I. ĐẶC ĐIỂM DA, CƠ, XƯƠNG TRẺ EM.

1. Da trẻ em.

1.1.Đặc điểm cấu tạo.

1.1.1. Da:

- Da trẻ em mềm mại, lớp thượng bì mỏng, có nhiều nước, nhiều mao mạch.
- Các sợi cơ và đàn hồi phát triển ít.
- Tuyến mồ hôi đã có nhưng 3 - 4 tháng đầu chưa hoạt động.
- Sau da trên da có một lớp "gây" màu trắng xám.
- Tác dụng của lớp gây.
 - + Bảo vệ da.
 - + Hạn chế sự mất nhiệt.
 - + Dinh dưỡng cho da.
 - + Có tác dụng miễn dịch.

Vì vậy, chỉ cần thấm chất dính ướt, máu sau đẻ. Nhưng sau 24- 48h cần lau sạch chất gây để tránh hăm đỏ, loét, nhiễm trùng.

- Hiện tượng vàng da sinh lý: Gặp hiện tượng này khoảng 85-88% ở trẻ sơ sinh. Vàng da xuất hiện sau 48h và kéo dài đến ngày thứ 7,8 thì hết, ở trẻ đẻ non có thể kéo dài 3-4 tuần lễ.

1.1.2. Lớp mỡ dưới da:

- Được hình thành từ tháng thứ 7, 8 trong thời kỳ bào thai.
- Độ dày lớp mỡ dưới da tùy thuộc vào vị trí và tuổi của trẻ, nhưng trung bình nằm trong khoảng 6 - 12mm.
- Thành phần: Acid béo no nhiều hơn axit béo không no. Độ nóng chảy của lớp mỡ dưới da là 43 độ C nên khi trời lạnh trẻ dễ bị cứng bì. Tránh tiêm thuốc tan trong dầu làm da bị cứng thuốc lâu tan tạo điều kiện hình thành ổ áp xe.

1.1.3. Tóc và móng:

- Mềm mại và có màu đen hoặc vàng.
- Trên da trẻ sơ sinh có nhiều lông tơ (ở vai và lưng). Trẻ non tháng càng nhiều lông tơ.
- Đến tuổi dậy thì: Lông mọc nhiều ở nách, cằm, mép, bộ phận sinh dục.

1.2.Đặc điểm sinh lý.

Da có các chức năng.

- Bảo vệ cơ thể: Chức năng còn kém vì miễn dịch tại chỗ còn yếu.
- Da trẻ mỏng nên dễ bị xây xát, tổn thương, nhiễm trùng.
- Bài tiết mồ hôi: Trong 3-4 tháng đầu do tuyến mồ hôi chưa hoạt động cho nên chưa tiết mồ hôi.
- Tham gia vào điều nhiệt.

- Chuyển hoá dinh dưỡng: Da có vai trò chuyển hóa nước, enzym, các chất miễn dịch, vitamin D.

Trên da có chất tiền Vitamin D, nhờ tia cực tím của ánh sáng mặt trời chuyển thành Vitamin D chống bệnh còi xương.

2. Hệ cơ của trẻ em.

2.1. Đặc điểm cấu tạo.

- Sợi cơ mảnh.
- Trong cơ, thành phần có nhiều nước, ít đạm, ít mỡ.
- Trẻ mới đẻ cơ có tỷ trọng 23% trọng lượng cơ thể (tuổi trưởng thành là 42% trọng lượng cơ thể).

Khi trẻ mắc tiêu chảy dễ mất nước nặng, sụt cân.

2.2. Đặc điểm sinh lý.

- Các cơ phát triển không đồng đều, cơ lớn phát triển nhanh và phát triển trước, cơ nhỏ phát triển chậm và phát triển sau.
- Trương lực cơ: Trẻ mới đẻ có hiện tượng tăng trương lực cơ, sau đó hết dần vào tháng thứ 3, 4.
- Cơ lực: Yếu, vì vậy trẻ dễ chóng mệt.

3. Hệ xương của trẻ em.

Xương là chỗ dựa cơ thể, xương phối hợp với cơ và hệ thần kinh hoàn thành các vận động của cơ thể.

3.1. Đặc điểm cấu tạo.

- Tổ chức hầu hết là sụn.
- Tổ chức được cốt hoá dần thành xương, kết thúc quá trình cốt hoá ở tuổi 20 - 25 tuổi.
- Xương của trẻ nhỏ nhiều nước, ít muối khoáng, trẻ càng lớn tỉ lệ nước càng giảm, muối khoáng càng tăng.
- Xương của trẻ sơ sinh được cấu tạo bằng những mạng lưới, có ít lá xương, các ống Havers to và có nhiều mạch máu. Quá trình cốt bào tiến triển nhanh cho nên khi trẻ bị gãy xương thì khả năng liền xương nhanh.
- Màng xương ở trẻ nhũ nhi dày và phát triển mạnh vì vậy khi gãy xương thường gãy theo kiểu cành tươi.

3.2. Đặc điểm một số xương.

3.2.1. Xương sọ.

- Có kích thước tương đối to so với cơ thể.
- Trên xương sọ có 2 thóp.
 - + Thóp trước: Hình quả trám, mỗi chiều 2 - 3 cm, kín khi trẻ 12 tháng.
 - + Thóp sau: Hình tam giác, bé hơn thóp trước, kín khi trẻ 3 tháng.
- Các xoang trán, xoang hàm trên 3 tuổi mới phát triển.

3.2.2. Xương cột sống.

- Lúc mới đẻ cột sống thẳng.
- Khi trẻ biết ngẩng đầu (1 - 2 tháng) cột sống cong về phía trước.
- Khi trẻ biết ngồi (6 tháng) cột sống cong về phía sau.
- Khi trẻ 7 tuổi cột sống có 2 đoạn cong ở cổ và ở ngực.
- Khi tuổi dậy thì cột sống có 3 đoạn cong: ở cổ, ngực, thắt lưng.
- Trẻ ngồi sớm, ngồi học không đúng tư thế dễ bị gù, vẹo cột sống.

3.2.3. Xương lồng ngực.

- Trẻ nhỏ: Đường kính ngang và đường kính trước sau bằng nhau.
- Trẻ càng lớn ngực dẹt dần, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau.

3.2.4. Xương chi.

- Trẻ mới đẻ chi hơi cong.
- Khi trẻ 1 - 2 tháng chi hết cong.

3.2.5. Xương chậu.

- Trẻ dưới 7 tuổi khung chậu trẻ gái, trẻ trai phát triển như nhau.
- Sau này khung chậu trẻ gái phát triển hơn.
- Với trẻ gái khung chậu kém phát triển sau này dễ gây đẻ khó.

3.2.6. Răng.

- Bắt đầu mọc răng sữa khi trẻ 6 tháng tuổi.
- Có thể tính số răng sữa: Số răng = số tháng - 4.
- Trẻ có 20 răng sữa và mọc đủ 20 răng khi 24-30 tháng tuổi.
- Trẻ 5 - 7 tuổi mọc răng hàm.
- Trẻ 6 - 7 tuổi bắt đầu thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn. Tổng số răng vĩnh viễn là 32 chiếc.

Cần quan tâm giúp trẻ tránh hiện tượng mọc răng không đều, sai vị trí, răng kém chất lượng.

II. ĐẶC ĐIỂM HỆ HÔ HẤP TRẺ EM.

1. Đặc điểm cấu tạo.

1.1. Mũi.

- Khoang trong hầu nhỏ và ngắn. Vì vậy không khí thở vào được sưởi ấm và lọc sạch ít.
- Niêm mạc mềm mại có nhiều mạch máu.
- Các xoang ở trẻ dưới 3 tuổi chưa phát triển đầy đủ.

1.2. Họng và hầu.

- Tổ chức bạch huyết quanh hạch nhân phát triển mạnh.
- Trẻ dưới 1 tuổi hạnh nhân khẩu cái (Amidan) kém phát triển thường chỉ thấy V.A phát triển. Từ 2 tuổi trở lên Amidan khẩu cái mới phát triển và nhìn thấy được.
- Sau tuổi dậy thì tốc độ phát triển tổ chức bạch huyết giảm dần.

1.3. Thanh - khí - phế quản.

- Thanh quản: Khe thanh âm ngắn. Dây thanh đới ngắn. Nên giọng trẻ cao.
- Khí quản: Hình phễu.
- Phế quản: Phế quản gốc phải to và dốc hơn phế quản gốc trái. Nên dị vật vào đường thở thường rơi vào phế quản gốc phải. Thanh - khí - phế quản trẻ em nói chung có đường kính nhỏ, vòng sụn mềm, niêm mạc có nhiều mạch máu nên khi viêm nhiễm dễ bị khó thở.

1.4. Phổi.

- Đơn vị cấu tạo của phổi là túi phổi, mỗi túi phổi có 20 - 25 phế nang.
- Tổ chức phổi có nhiều mạch máu. Nên khi viêm nhiễm dễ bị xung huyết.
- Phổi có ít tổ chức đàn hồi. Nên dễ bị xẹp phổi.
- Hạch bạch huyết quanh rốn phổi có 4 nhóm:
 - + Nhóm cạnh khí quản.
 - + Nhóm khí - phế quản.
 - + Nhóm ở chỗ khí quản chia hai.
 - + Nhóm phế quản - phổi.

1.5. Màng phổi.

Màng phổi trẻ em mỏng, dễ bị giãn khi có tràn khí, tràn dịch.

1.6. Lồng ngực.

- Lồng ngực có hình trụ, xương sườn nằm ngang.

- Cơ liên sườn kém phát triển, cơ hoành nằm cao.

2. Đặc điểm sinh lý

2.1. Đường thở.

Lọc sạch và sưởi ấm không khí trước khi vào phổi.

2.2. Nhịp thở.

Trẻ càng lớn nhịp thở càng giảm dần.

- Trẻ sơ sinh: 40 - 60 lần / 1 phút.
- Trẻ 6 tháng: 35 - 40 lần / 1 phút.
- Trẻ 7-12 tháng: 30 - 35 lần / 1 phút.
- Trẻ 2 - 3 tuổi: 25 - 30 lần / 1 phút.
- Trẻ 4 - 6 tuổi: 20 - 25 lần / 1 phút
- Trẻ 10-12 tuổi: 20 - 25 lần / 1 phút.
- Trẻ 14-15 tuổi: 20 - 18 lần / 1 phút.

2.3. Kiểu thở.

- Trẻ dưới 2 tuổi thở bụng.
- Trẻ 2 đến 10 tuổi thở hỗn hợp bụng - ngực.
- Trẻ trên 10 tuổi trẻ trai thở bụng, trẻ gái thở ngực.

2.4. Quá trình trao đổi khí.

Quá trình trao đổi khí ở trẻ em diễn ra mạnh hơn ở người lớn.

2.5. Điều hoà hô hấp.

- Vỏ não điều khiển trung tâm hô hấp.
- Trung tâm hô hấp điều khiển cử động hô hấp có tính chất tự động và nhịp điệu.
- Trẻ sơ sinh thở không đều bởi vì trung tâm hô hấp và vỏ não chưa phát triển.

III. ĐẶC ĐIỂM TUẦN HOÀN TRẺ EM.

1. Vòng tuần hoàn rau thai và sau khi đẻ

1.1. Vòng tuần hoàn rau thai.

- Vòng tuần hoàn hình thành ở tháng thứ 2 thời kỳ bào thai.
- Phổi chưa hoạt động, trao đổi dưỡng khí thực hiện qua bánh rau.
- Không phân chia rõ đại tuần hoàn và tiểu tuần hoàn.
- Máu nuôi dưỡng cơ thể thai nhi là máu pha trộn.

1.2. Vòng tuần hoàn sau khi đẻ.

- Ngay sau đẻ phổi bắt đầu hoạt động.
- Vòng tuần hoàn chính thức hoạt động.
- Tiểu tuần hoàn và đại tuần hoàn tách biệt rõ ràng.
- Phân biệt rõ máu động mạch và máu tĩnh mạch.

2. Vị trí của tim và vùng đục của tim trên lồng ngực

- Tư thế của tim:
- + Trẻ mới đẻ tim nằm ngang.
- + Khi 1 tuổi (Trẻ biết đi) tim chéo nghiêng.
- + Khi 4 tuổi tim ở tư thế thẳng giống người lớn.
- Vị trí của tim và vùng đục của tim trên lồng ngực.

<div>Tuổi</div> <div>Vị trí</div>		Dưới 1 tuổi	2 - 7 tuổi	7 - 12 tuổi
Mỏm tim		Liên sườn 4 ngoài đường vú trái 1-2 cm	Liên sườn 5 ngoài đường vú trái 1cm	Liên sườn 5 trên đường vú trái hay

				trong đường vú trái 1cm
Vùng đục tương đối	Bờ trên	Xương sườn 2	Liên sườn 2 bờ trên xương sườn 3	Xương sườn 3
	Bờ trái	Ngoài đường vú trái 1-2cm		Đường vú trái hoặc phía trong đường vú trái 0,5-1cm
	Bờ phải	Đường cạnh xương ức phải	Giữa đường xương ức và cạnh đường xương ức phải	Ngoài đường xương ức phải 0,5-1cm
	Chiều ngang	6 - 9 cm	8 - 12cm	9 - 14cm
Vùng đục tuyệt đối	Bờ trên	Xương sườn 3	Liên sườn 3	Xương sườn 4
	Bờ trái	Giữa đường vú trái và đường cạnh xương ức trái		
	Bờ phải	Đường ức trái		
	Chiều ngang	2 - 3 cm	4cm	5,5cm

3. Mạch trẻ em.

Trẻ càng lớn mạch càng giảm.

Mạch của trẻ dễ thay đổi khi trẻ khóc, trẻ sợ hãi, gắng sức.

+ Mạch trẻ sơ sinh: 140 - 160 lần / phút.

+ Trẻ 1 tuổi: 120 - 125 lần / phút.

+ Trẻ 5 tuổi: 100 lần / phút.

+ Trẻ 7 tuổi: 80 - 90 lần / phút.

+ Trẻ 15 tuổi: 70 - 80 lần / phút.

4. Huyết áp động mạch

- Huyết áp trẻ sơ sinh: HA tối đa 76mmHg, HA tối thiểu 45mmHg.

- Huyết áp trẻ 3 - 12 tháng: HA tối đa 75 - 90mmHg, tối thiểu 50mmHg.

- Huyết áp trẻ > 1 tuổi tính theo công thức:

HA (tối đa động mạch) = 80 + 2n (n là số tuổi).

5. Khối lượng máu tuần hoàn.

- Sơ sinh: 110 - 190 ml/kg cơ thể.

- Dưới 1 tuổi: 75 - 100 ml/kg cơ thể.

- Từ 6 tuổi trở lên: 50 - 90 ml/kg cơ thể.

IV. ĐẶC ĐIỂM HỆ MÁU TRẺ EM.

1. Sự tạo máu sau đẻ.

- Trẻ em sau đẻ thì tủy xương là cơ quan chủ yếu sinh ra tế bào máu.

- Ở trẻ nhỏ: Tủy của tất cả các xương tham gia tạo máu.

- Ở trẻ > 4 tuổi: Tủy của xương dài, xương dẹt tham gia tạo máu.

- Sự tạo máu ở trẻ là mạnh nhưng không ổn định.

2. Đặc điểm máu ngoại biên.

2.1. Hồng cầu.

- Trẻ mới đẻ số lượng hồng cầu 5 triệu - 6 triệu/mm³ máu.

- Ngày thứ 2, 3 sau đẻ một số hồng cầu bị vỡ, đồng thời xuất hiện vàng da sinh

lý.

- Cuối thời kỳ sơ sinh số lượng hồng cầu 4 triệu - 4,5 triệu/mm³ máu.
- Trẻ 6 - 12 tháng số lượng hồng cầu còn 3,2 triệu - 3,5 triệu/mm³ máu.
- Trẻ 3 tuổi số lượng hồng cầu 4 triệu/mm³ máu và ổn định.

2.2. **Huyết sắc tố.**

- Trẻ mới đẻ 17 - 19 g / 100ml máu.
- Trẻ 1 tuổi 10 - 12 g / 100ml máu.
- Trẻ 3 tuổi 14 - 14,5g / 100ml máu và ổn định.

2.3. **Bạch cầu.**

- Trẻ mới đẻ số lượng bạch cầu rất cao 20.000 - 30.000 /mm³ máu.
- Trẻ 1 tuổi số lượng bạch cầu còn 10.000 - 12.000 /mm³ máu.
- Trẻ trên 1 tuổi số lượng bạch cầu 6000 - 8000/mm³ máu.

2.4. **Tiểu cầu.**

Tiểu cầu ít thay đổi.

Mới đẻ số lượng tiểu cầu 100.000 /mm³ máu.

Ngoài tuổi sơ sinh số lượng tiểu cầu 150.000 - 300.000/mm³ máu.

V. **ĐẶC ĐIỂM CỦA BỘ MÁY TIÊU HOÁ Ở TRẺ EM.**

1. **Miệng của trẻ.**

- Khoang miệng nhỏ vì:
 - + Lưỡi trẻ to và môi dày.
 - + Hàm trên kém phát triển.
- Niêm mạc miệng mềm mại, có nhiều mạch máu.
- Tuyến nước bọt:
 - + 3 - 4 tháng đầu chưa hoạt động mạnh.
 - + Sau 3 - 4 tháng số lượng nước bọt tăng dần.
 - + Thành phần nước bọt có men Amilase, Ptyalin, Maltase thủy phân tinh bột thành đường đơn. PH nước bọt của trẻ từ 6 - 7,8.
- Răng (*xem phần I*).

2. **Thực quản.**

- Thành thực quản mỏng, niêm mạc có nhiều mạch máu.
- Chiều dài thực quản tăng dần theo tuổi.
- + Tuổi sơ sinh thực quản dài 10 - 11cm.
- + Người lớn thực quản dài 25 - 32cm.
- + Khoảng cách từ cung răng lợi đến tâm vị được tính bằng công thức:

$$X(\text{cm}) = 1/5 \text{ chiều cao} + 6,3\text{cm}.$$

3. **Dạ dày.**

- Vị trí dạ dày: Trẻ sơ sinh nằm cao, nằm ngang, khi trẻ biết đi dạ dày đứng dọc.
- Hình thể: Mới đẻ hình tròn, 1 tuổi dài, thon, 7 tuổi giống người lớn.
- Dung tích: Trẻ sơ sinh: 30 - 35ml.
Trẻ 3 tháng: 100ml.
Trẻ 1 tuổi: 250ml.
- Cơ dạ dày phát triển yếu, cơ tâm vị co thắt bất thường nên trẻ dễ nôn trớ.
- Dịch vị:
 - + Có các men Pepsin, Lipaza, Labferment.
 - + Độ PH của dịch vị trẻ nhỏ 3,8 - 5,8 (người lớn: 1,5-2)
- Sữa mẹ được hấp thu 25% tại dạ dày.
- Thời gian lưu thức ăn ở dạ dày: Sữa mẹ 2 giờ đến 2 giờ 30'. Sữa bò 3 - 4 giờ.

4. **Ruột.**

- Chiều dài của ruột: Dài gấp 6 lần chiều dài cơ thể.

- Niêm mạc ruột có nhiều nhung mao, nhiều nếp nhăn.
- Mạc treo của ruột dài: Rễ xoắn ruột, vị trí ruột thừa không cố định.
- Niêm mạc trực tràng: Lỏng lẻo, khi trẻ táo bón dễ ra trực tràng.
- Dịch ruột có các men: Trypsin, Amylase, Lipase, Mantase.
- Thời gian lưu thức ăn ở ruột trung bình 12 - 16 giờ.
- Vi khuẩn ở ruột:
 - + Sau đẻ 10 - 12 giờ trẻ sẽ có vi khuẩn ở trong ruột.
 - + Vi khuẩn có tác dụng tổng hợp Vitamin K, Vitamin nhóm B tiêu hóa đạm, mỡ, đường.

5. Phân của trẻ

- Phân su.
 - + Có từ tháng 4 trong thời kỳ bào thai.
 - + Phân su có màu xanh thẫm, không mùi.
 - + Thành phần của phân su: Có axit béo, tế bào thượng bì, Bilirubin.
- Phân của trẻ bú sữa mẹ.
 - + Màu vàng, sền sệt, mùi chua.
 - + Số lần đi ngoài: Sau đẻ mỗi ngày đi 4 - 5 lần, sau đó 2 - 3 lần khi 1 tuổi đi 1 - 2 lần.
- Phân của trẻ ăn sữa bò.
 - Màu nhạt hơn, mùi nặng hơn, đặc hơn.
- Phân của trẻ ăn nhân tạo: Màu nâu vàng, mùi thối, rắn.

6. Gan.

- Gan trẻ sơ sinh chiếm 4,5% trọng lượng cơ thể.
- Gan trẻ dễ di động.
- Tổ chức gan có nhiều mạch máu.
- Chức năng: Vì gan có nhiều mạch máu nên trẻ em dễ phản ứng ở gan. Gan to khi trẻ mắc bệnh nhiễm khuẩn máu hay bệnh nhiễm độc.

7. Tụy:

Bài tiết men tụy có tác dụng như người lớn: Trypsin, Amylase, Lipase, Mantase.

VI. ĐẶC ĐIỂM BỘ MÁY TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM.

1. Đặc điểm về giải phẫu.

1.1. Thận.

- Bề mặt của thận chia nhiều múi.
- Thận trẻ dễ di động vì tổ chức mỡ quanh thận chưa phát triển.
- Trọng lượng thận: Trẻ sơ sinh 12g.
Trẻ 12 tuổi là 120g.

1.2. Niệu quản.

- Niệu quản ở trẻ sơ sinh: Đi ra khỏi bề thận vuông góc với thận (ở trẻ lớn là góc tù).

1.3. Bàng quang.

- Vị trí: Bàng quang nằm cao, dễ thấy cầu bàng quang.
- Dung tích:

Trẻ sơ sinh	30 - 80ml
Trẻ bú mẹ	60 - 100ml
Trẻ 6 tuổi	100 - 250ml
Trẻ 10 tuổi	150 - 350ml
Trẻ 15 tuổi	200 - 400ml

1.4. Niệu đạo.

Tuổi sơ sinh trẻ gái niệu đạo dài 1cm trẻ trai 6cm.

Tuổi dậy thì trẻ gái niệu đạo dài 4cm trẻ trai 15cm.

2. Đặc điểm sinh lý

2.1. Chức năng thận.

- Thận bắt đầu hoạt động từ cuối thời kỳ bào thai.
- Chức năng lọc của cầu thận và tái hấp thu của ống thận ở trẻ nhỏ còn kém.
- Khi trẻ 2 tuổi chức năng của thận có thể như người lớn.

2.3. Số lần đi tiểu.

- Trẻ mới đẻ ngày đi tiểu 8 lần.
- Trẻ 3 tháng ngày đi tiểu 15 - 20 lần.
- Trẻ 1 tuổi ngày đi tiểu 12 - 16 lần.
- Trẻ 3 tuổi ngày đi tiểu 8 lần.
- Trẻ 10 tuổi ngày đi tiểu 6 lần.

2.3. Số lượng và thành phần nước tiểu.

- Số lượng nước tiểu của trẻ phụ thuộc vào chế độ ăn, và tình trạng chức năng của thận. Số lượng nước tiểu được tính trung bình là:

$$X(\text{ml}) / 24 \text{ h} = 600 + 100 (n - 1) \text{ n là tuổi.}$$

- Thành phần nước tiểu.
 - + Tỷ trọng thấp hơn người lớn.
 - + Kali cao hơn ở nước tiểu người lớn.
 - + Natri thấp hơn ở nước tiểu người lớn.
 - + Urê và Creatinin thấp hơn ở nước tiểu người lớn
 - + NH_3 cao hơn ở nước tiểu người lớn

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được cấu tạo và đặc điểm sinh lý các hệ thống: da, cơ, xương; hô hấp; tuần hoàn; tiêu hóa; tiết niệu; và hệ máu của trẻ em?
2. Từ những đặc điểm cấu tạo và sinh lý các hệ cơ quan của trẻ em, hãy phân tích ý nghĩa và nêu những ứng dụng trên lâm sàng?

Bài 99

DINH DƯỠNG TRẺ EM

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được những lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ và tính đa dạng của sữa mẹ, khuyến nghị nuôi con bằng sữa mẹ.*
2. *Trình bày được cách cho con bú và kỹ thuật vắt sữa bằng tay.*
3. *Kể được tên các loại thức ăn bổ xung và chế độ ăn của trẻ từ 0 đến 12 tháng.*
4. *Trình bày được các loại sữa dùng cho trẻ ăn nhân tạo và công thức pha sữa bò cho trẻ em dưới 1 tuổi.*

NỘI DUNG

I. NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ:

1. Giá trị của sữa mẹ và lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ

Tuỳ theo giai đoạn bài tiết sữa, sữa mẹ gồm có:

- Sữa non: là sữa bài tiết trong tuần đầu sau đẻ, sữa non sánh đặc có màu vàng nhạt, nhiều năng lượng, chất đậm, nhiều vitamin A, kháng thể và tế bào bạch cầu, giúp tăng cường miễn dịch cho trẻ. Sữa non là thức ăn tốt nhất cho trẻ trong tuần đầu.

- Sữa trưởng thành: là sữa bài tiết tiếp theo từ tuần thứ hai sau đẻ, một bà mẹ trung bình một ngày có thể bài tiết được từ 800 - 1200ml sữa.

Trong một bữa bú có 2 giai đoạn tiết sữa:

+ Sữa đầu bữa: là sữa bài tiết ở đầu bữa bú. Sữa đầu bữa thường loãng, chủ yếu cung cấp đạm, đường và nước.

+ Sữa cuối bữa: là sữa bài tiết cuối bữa bú. Sữa cuối bữa đặc, màu trắng, chủ yếu cung cấp chất béo.

1.1. Sữa mẹ có đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển cơ thể trẻ trong 6 tháng đầu:

- Calo: 1 lít sữa mẹ có 600 - 700 kcal.

- Protein:

+ Lượng Protein ở sữa mẹ ít hơn trong sữa bò, nhưng trong sữa mẹ chủ yếu là protein nước sữa có trọng lượng phân tử thấp và có đủ các acid amin cần thiết, tỷ lệ cân đối, dễ tiêu hoá.

+ Protein trong sữa bò chủ yếu là casein, có trọng lượng phân tử lớn, khi vào dạ dày sẽ kết tủa thành thể tích lớn khó tiêu hoá.

- Lipid: lipid trong sữa mẹ nhiều hơn sữa bò. Sữa mẹ có acid béo linoleic cần thiết cho sự phát triển của não, mắt và sự bền vững các thành mạch của trẻ. Lipid trong sữa mẹ dễ tiêu hoá hơn sữa bò vì sữa mẹ có men lipase.

- Lactose: Trong sữa mẹ có nhiều lactose hơn sữa bò, giúp cung cấp thêm năng lượng cho trẻ. Một số lactose khi vào ruột sẽ chuyển thành acid lactic giúp cho sự hấp thu calci và muối khoáng tốt hơn.

- Vitamin: Trong sữa mẹ có nhiều vitamin A, vitamin D, vitamin C hơn sữa bò do vậy trẻ bú sữa mẹ sẽ phòng được bệnh khô mắt do thiếu vitamin A.

- Muối khoáng:

+ Trong sữa mẹ có ít calci hơn sữa bò, nhưng dễ hấp thu và thoả mãn nhu cầu của trẻ.

+ Sắt trong sữa mẹ cao hơn sữa bò và dễ hấp thu hơn nên trẻ được bú mẹ ít bị thiếu máu thiếu sắt.

Do trong sữa mẹ có đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết, dễ tiêu hoá và hấp thu, thoả mãn nhu cầu của trẻ nên trẻ được bú sữa mẹ sẽ phát triển tốt, ít bị mắc các bệnh về dinh dưỡng như : suy dinh dưỡng, còi xương, thiếu máu, khô mắt, béo phì.

Bảng 99.1: Thành phần các chất dinh dưỡng có trong 100ml sữa

Thành phần	Sữa mẹ	Sữa bò
Năng lượng (Kcal)	70	67
Protein (g)	1,07	3,4
Lipid (g)	4,2	3,9
Lactose (g)	7,4	4,8
Retinol (mcg)	60	31
β caroten (mcg)	0	19
Vitamin D (mcg)	0,81	0,18
Calci (mg)	35	124
Sắt (mg)	0,08	0,05
Kẽm (mcg)	295	361

1.2. Sữa mẹ có các chất kháng khuẩn và chống dị ứng

- Sữa mẹ vô khuẩn, sạch sẽ: Trẻ bú mẹ trực tiếp nên đảm bảo vô khuẩn, vi khuẩn không có điều kiện phát triển.

- Globulin miễn dịch IgA tiết: có nhiều trong sữa non và giảm dần trong những tuần sau. IgA tiết thường không được hấp thu mà hoạt động tại ruột để chống lại một số vi khuẩn gây tiêu chảy như E. coli và virus. IgA tiết còn có tác dụng chống dị ứng.

- Lactoferin: Là một protein gắn sắt, có tác dụng kìm khuẩn vì không cho vi khuẩn lấy sắt để phát triển.

- Lysozym: Là một enzym có tác dụng diệt khuẩn.

- Tế bào: Có lympho bào sản xuất ra IgA tiết và interferon có tác dụng ức chế hoạt động của một số virus. Đại thực bào có thể thực bào vi khuẩn, nấm và bài tiết ra lactoferin, lysozym. Đại thực bào cũng có tác dụng chống dị ứng.

- Các yếu tố kích thích sự phát triển của vi khuẩn Lactobacillus bifidus (vi khuẩn Gram + có ích ở ruột): Một số lactose khi vào ruột chuyển thành acid lactic tạo môi trường tốt cho vi khuẩn Lactobacillus bifidus phát triển, đồng thời lấn át các vi khuẩn gây tiêu chảy như E. coli.

Do sữa mẹ có các chất kháng khuẩn và chống dị ứng nên trẻ bú sữa mẹ ít bị nhiễm khuẩn, dị ứng và tỷ lệ tử vong thấp hơn so với trẻ nuôi nhân tạo.

1.3. Thuận tiện và đỡ tốn kém

- Không tốn tiền mua sữa và dụng cụ pha chế.

- Không mất công chế biến.

- Có thể cho trẻ bú bất cứ lúc nào trẻ muốn.

1.4. Tăng cường mối quan hệ tình cảm mẹ con

- Người mẹ khi cho con bú thường âu yếm, nâng niu con, do vậy trẻ cảm thấy vui vẻ, bình yên, thoải mái, ôm ấp 2 bầu vú mẹ. Tình cảm mẹ con được hình thành và gắn bó.

- Trẻ phát triển khoẻ mạnh.

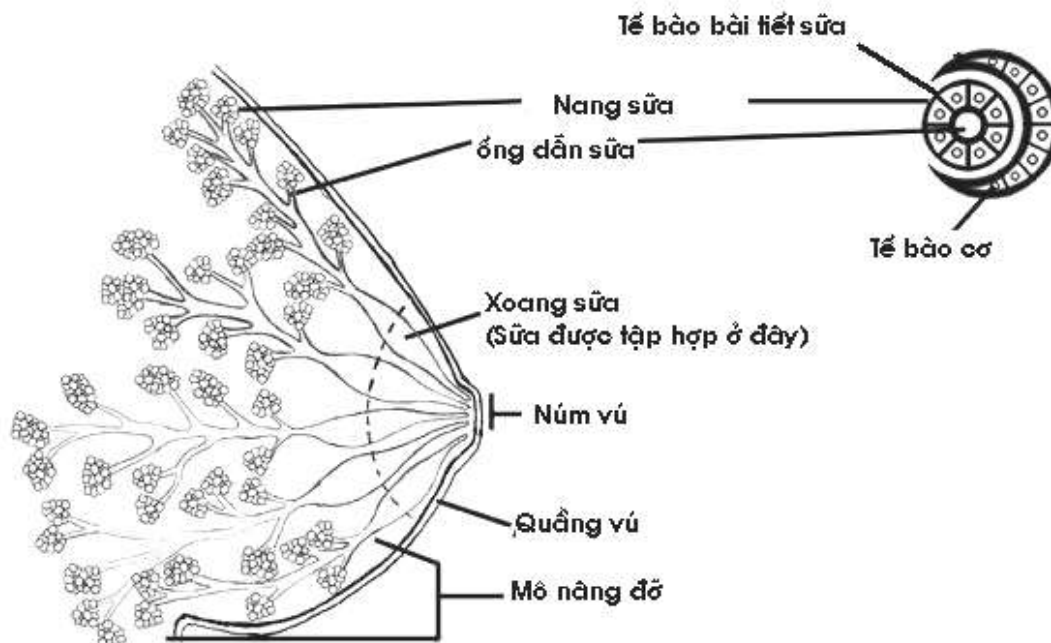
- Mẹ cảm thấy hạnh phúc và bớt nhọc nhằn.

1.5. Giúp bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ:

- Cho con bú sớm giúp co hồi tử cung tốt và cầm máu sau đẻ.
- Mẹ cho con bú sẽ hạn chế được quá trình rụng trứng.
- Cho con bú thường xuyên hạn chế viêm tắc, áp xe vú, ung thư vú.

2. Sinh lý bài tiết sữa

2.1. Giải phẫu vú



Hình 99.1: Giải phẫu vú

2.2. Sự bài tiết sữa:

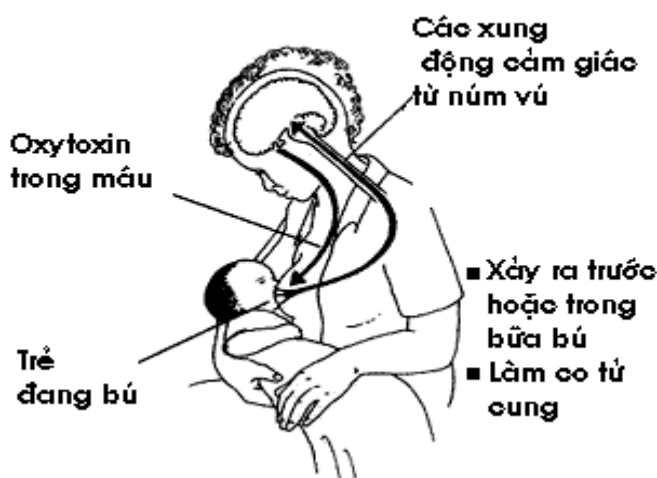
Sữa mẹ được bài tiết theo cơ chế phản xạ. Khi trẻ bú, các xung động cảm giác từ núm vú lên não tác động lên thủy trước tuyến yên tiết ra hormon prolactin, thủy sau tuyến yên tiết ra hormon oxytocin.

- Prolactin kích thích các tế bào sữa tiết ra sữa. Phản xạ này gọi là phản xạ tiết sữa. Prolactin được bài tiết nhiều về ban đêm, vì vậy nên cho trẻ bú nhiều về đêm có lợi cho việc duy trì tạo sữa. Nội tiết tố này còn giúp bà mẹ thư giãn, ngủ tốt và làm chậm rụng trứng, giúp bà mẹ chậm có thai.



Hình 99.2: Phản xạ prolactin

- Oxytocin kích thích các tế bào cơ xung quanh nang sữa co lại để đẩy sữa vào ống dẫn sữa đến các xoang sữa. Phản xạ này gọi là phản xạ phun sữa, phản xạ này dễ bị ảnh hưởng bởi tình cảm và ý nghĩ của mẹ. Mẹ thương yêu con, âu yếm, vuốt ve con, hài lòng về con và tin tưởng là sữa mình tốt sẽ hỗ trợ cho phản xạ này, ngược lại nếu mẹ lo lắng, đau đớn hoặc nghi ngờ mình không đủ sữa sẽ ngăn cản tiết oxytocin. Oxytocin còn giúp co hồi tử cung, cầm máu cho mẹ sau đẻ, do vậy, ngay sau đẻ nên cho trẻ bú càng sớm càng tốt.



Hình 99.3: Phản xạ oxytocin

2.3. Chất ức chế bài tiết sữa:

Sự sản xuất sữa trong vú cũng tự điều chỉnh được. Nếu vú bài tiết nhiều sữa thì chất ức chế sẽ ngăn chặn các tế bào bài tiết sữa, nhưng nếu cho trẻ bú thì chất ức chế cũng theo ra và vú lại tạo nhiều sữa hơn.

3. Bảo vệ nguồn sữa mẹ

3.1. Cho trẻ bú thường xuyên cả ngày lẫn đêm, tránh ứ đọng sữa

- Động tác mút bú của trẻ kích thích bài tiết Prolactin, có tác dụng tăng tạo sữa. Prolactin được bài tiết nhiều vào ban đêm.

- Động tác mút bú của trẻ kích thích bài tiết oxytocin có tác dụng tống sữa ra xoang sữa.

- Tránh ứ đọng sữa để hạn chế yếu tố ức chế tạo sữa trong sữa mẹ.

3.2. Tinh thần thoải mái

Những bà mẹ sống thoải mái, ít lo lắng và có niềm tin là mình đủ sữa nuôi con thì sẽ hỗ trợ phản xạ oxytocin.

3.3. Đảm bảo dinh dưỡng: Bà mẹ khi có thai và cho con bú cần được ăn uống bồi dưỡng tốt hơn bình thường để đảm bảo cho thai nhi phát triển tốt và có đủ sữa nuôi con.

- Ăn các món ăn lợi sữa.
- Đảm bảo khối lượng và chất lượng thức ăn.
- Uống đủ nước.
- Tránh ăn kiêng.
- Hạn chế thuốc hoặc các chất kích thích ảnh hưởng đến sự bài tiết sữa.

3.4. Lao động hợp lý, sinh hoạt điều độ

- Tạo điều kiện cho bà mẹ có đủ thời gian cho con bú.
- Lao động phù hợp với sức khỏe.
- Ngủ nhiều.

3.5. Chăm sóc 2 bầu vú

- Đầu vú cần được kiểm tra ngay từ khi mang thai, nếu tụt vào trong hoặc quá to hàng ngày cần vệ và kéo núm vú.

- Vệ sinh bầu vú trước và sau khi cho con bú.

4. Cách cho trẻ bú

4.1. Tư thế của mẹ:

- Tư thế của bà mẹ khi cho con bú cần thoải mái, thư giãn, có thể nằm hoặc ngồi tùy ý. Nên nằm trong tuần đầu sau đẻ, những tuần sau nên ngồi cho con bú. Người mẹ bế trẻ tự tin, chăm chú nhìn và âu yếm vuốt ve con.

- Tư thế mẹ bế trẻ phải đạt được cả 4 tiêu chuẩn sau.
- + Đầu và thân trẻ tạo thành đường thẳng.
- + Bụng trẻ sát vào bụng mẹ.
- + Mặt trẻ quay vào vú mẹ.
- + Mẹ đỡ vai và hông trẻ.

Nếu một trong các tiêu chuẩn không đạt là tư thế bế trẻ không đúng.

4.2. Cách mẹ nâng vú:

Ngón tay cái để phía trên vú, ngón tay trỏ nâng vú, các ngón tay còn lại tựa vào thành ngực phía dưới, các ngón tay không nên đặt gần núm vú.

4.3. Cách giúp trẻ ngậm bắt vú: Để giúp trẻ ngậm bắt vú tốt người mẹ nên

- + Chạm núm vú vào môi trẻ.
- + Chờ cho đến khi miệng trẻ mở rộng.
- + Nhanh chóng đưa vú vào miệng trẻ.



Hình 99.4: Tư thế mẹ bế trẻ đúng

4.4. Dấu hiệu trẻ ngậm bắt vú tốt:

- Cằm trẻ chạm vào vú mẹ.
- Miệng trẻ mở rộng.
- Môi dưới hướng ra ngoài.
- Quầng vú ở phía trên miệng trẻ hở nhiều hơn phía dưới.

Chỉ cần 1 trong 4 dấu hiệu này không đúng nghĩa là trẻ ngậm bắt vú không tốt và như vậy trẻ bú sẽ không hiệu quả.

Trẻ bú có hiệu quả là mút chậm, sâu, thỉnh thoảng dừng lại để nuốt sữa.



Hình 99.5: Ngậm bắt vú tốt



Hình 99.6: Ngậm bắt vú không tốt

4.5. Thời gian cho trẻ bú:

- Bú sớm sau khi sinh: Cho trẻ bú sữa mẹ càng sớm càng tốt để tận dụng sữa non, tốt nhất là cho bú sớm 30 phút đầu sau đẻ.

- Thời gian một bữa bú: khoảng 15 - 20 phút. Cho trẻ bú đến khi trẻ tự nhả vú. Cho trẻ bú từng bên một, hết bên này mới chuyển sang bên kia để trẻ nhận được sữa cuối bữa bú giàu chất béo. Sau bữa bú nên vắt hết lượng sữa còn lại.

- Thời gian cho trẻ bú:

- + Cho bú mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi. Cho bú bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm, ít nhất 8 lần 1 ngày.

- + Không nên cho ăn hoặc uống thêm thức ăn, nước uống gì khác.

- Cách nhận biết trẻ bú đủ sữa mẹ:

Trẻ bú đủ sữa mẹ sẽ có biểu hiện như sau:

- + Trẻ đi tiểu bình thường (trong 3 tháng đầu trẻ đái 15 – 25 lần/ngày; trẻ 1 tuổi đái 12 – 16 lần/ngày)

- + Trẻ tăng cân bình thường: Trong 6 tháng đầu trung bình tăng 700gam/tháng, 6 tháng sau trung bình tăng 250 gam/tháng.

- Cai sữa cho trẻ: Nên cho trẻ bú đến khi trẻ được 18 - 24 tháng. Khi cai sữa cho trẻ cần chú ý các điểm sau:

- + Không nên cai sữa cho trẻ trước 12 tháng tuổi.

- + Không nên cai sữa đột ngột cho trẻ vì như vậy trẻ sẽ quấy khóc, biếng ăn.

- + Không cai sữa khi trẻ đang bị ốm nhất là khi trẻ bị tiêu chảy.

5. Cách vắt sữa:

- Rửa sạch tay

- Ngồi thật thoải mái, thư giãn.

- Hứng 1 cốc (ly, lọ, hay bình đựng) có miệng rộng dưới đầu vú và quầng vú.

- Đặt ngón cái ở phía trên bầu vú và ngón trỏ ở phía dưới, đối diện với ngón cái (cách đầu núm vú ít nhất là 4cm). Bà mẹ đỡ vú bằng những ngón tay khác.

- Ấn ngón cái và ngón trỏ vào phía thành ngực, không nên ấn quá mạnh vì sẽ làm tắc ống dẫn sữa. Bà mẹ nên ấn vào các xoang sữa ở phía dưới quầng vú. Bà mẹ có thể cảm thấy như sờ thấy tổ kén hoặc những hạt lạc và nên ấn vào đó.

- Ấn vào rồi thả ra, ấn vào rồi thả ra. Lúc đầu sữa chưa chảy ra nhưng sau đó ấn vài lần sữa sẽ bắt đầu chảy ra.

- Ấn xung quanh quầng vú tương tự từ nhiều phía để đảm bảo vắt được sữa từ hết các phần của vú.

- Không ấn vào núm vú hoặc chà sát vào da.

- Vắt mỗi bên tối thiểu từ 3-5 phút cho tới khi sữa chảy nhỏ giọt thì chuyển sang bên kia.

- Ngừng vắt sữa khi sữa không chảy thành dòng mà nhỏ giọt ngay từ khi bắt đầu vắt sữa.

6. Kiểm tra vấn đề nuôi dưỡng và nhẹ cân của trẻ nhỏ ở tuyến y tế cơ sở:

Cần kiểm tra vấn đề nuôi dưỡng và nhẹ cân đối với trẻ nhỏ nếu không phải chuyển gấp đi bệnh viện :

- Hỏi bà mẹ:

+ Có khó khăn gì khi nuôi trẻ không?

+ Trẻ có được bú mẹ không?

+ Nếu có bao nhiêu lần trong 24 giờ?

+ Trẻ có thường xuyên ăn thức ăn hay uống gì khác không?

+ Nếu có mấy lần một ngày

+ Thường cho trẻ ăn bằng gì?

+ Đối chiếu cân nặng theo tuổi. Trẻ có nhẹ cân so với tuổi không?

- Cần đánh giá bữa bú nếu thấy trẻ có một trong các biểu hiện sau:

+ Trẻ có khó khăn về nuôi dưỡng

+ Trẻ bú mẹ dưới 8 lần trong 24 giờ

+ Trẻ được ăn thức ăn hoặc nước uống khác

+ Nhẹ cân so với tuổi

- Đề đánh giá bữa bú hãy quan sát trẻ bú trong 4 phút để nhận định:

+ Trẻ ngậm bắt vú có tốt không? (Tìm 4 dấu hiệu ngậm bắt vú đúng)

+ Xem trẻ bú có hiệu quả không?

+ Tìm các vết loét hoặc nấm trong miệng.

7. Cách xử trí một trẻ có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý hoặc nhẹ cân:

- Khuyên bà mẹ cho trẻ bú lâu và thường xuyên bất cứ lúc nào trẻ muốn cả ngày lẫn đêm.

- Nếu không ngậm bắt vú tốt hoặc bú không hiệu quả, hướng dẫn bà mẹ cách bế trẻ và cho trẻ ngậm bắt vú đúng.

- Nếu trẻ bú mẹ dưới 8 lần trong 24 giờ, khuyên bà mẹ tăng số lần cho trẻ bú.

- Nếu không được bú mẹ:

+ Tham vấn nuôi con bằng sữa mẹ và phục hồi sự tiết sữa.

+ Hướng dẫn pha sữa đúng và cho trẻ ăn bằng cốc, thìa.

- Nếu có nấm miệng, hướng dẫn cách điều trị nấm tại nhà. (xem bài nhiễm khuẩn sơ sinh)

- Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà.

- Khám lại sau 2 ngày nếu có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý

- Khám lại sau 14 ngày nếu có nhẹ cân so với tuổi.

II. ĂN BỔ SUNG

1. Định nghĩa:

Ăn bổ sung là cho trẻ ăn thêm các thức ăn khác bổ sung thêm cho sữa mẹ nhằm đáp ứng nhu cầu phát triển của trẻ đồng thời tạo điều kiện cho trẻ quen dần với các thức ăn mới mà mọi người trong cộng đồng đang sử dụng.

2. Thời gian cho trẻ ăn bổ sung

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ dưới 1 tuổi, nhưng các chất dinh dưỡng trong sữa mẹ chỉ thoả mãn nhu cầu dinh dưỡng của trẻ trong 6 tháng đầu, từ tháng thứ 6 trở đi, cùng với sự phát triển nhanh của cơ thể, nhu cầu dinh dưỡng của trẻ ngày càng tăng do vậy cần phải cho trẻ ăn bổ sung.

Cho trẻ ăn bổ sung đúng và đủ sẽ giúp phòng ngừa các bệnh còi xương, suy dinh dưỡng và thiếu máu.

- Khi trẻ tròn 6 tháng tuổi: phải cho trẻ ăn bổ sung
- Trẻ từ 4 - 6 tháng tuổi: cho ăn bổ sung nếu thấy:
 - + Trẻ còn đói sau mỗi bữa bú mẹ
 - + Hoặc trẻ tăng cân chậm hơn bình thường.

3. Thức ăn bổ sung: các loại thức ăn bổ sung cho trẻ được biểu thị trong ô vuông thức ăn mà sữa mẹ là trung tâm. Nếu một trẻ không được bú mẹ thì ô vuông trung tâm sẽ là các loại sữa phù hợp với từng lứa tuổi của trẻ.

Bảng 99.2: Ô vuông thức ăn

Thức ăn cơ bản: Ngũ cốc gạo, ngô, khoai củ.	Thức ăn cung cấp Protein: Thịt, trứng, cá tôm, đậu.
Sữa mẹ	
Thức ăn giàu Vitamin và muối khoáng: rau và quả.	Thức ăn giàu năng lượng: Dầu mỡ, bơ, đường.

4. Cách cho trẻ ăn.

- Bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung ở độ tuổi 6 tháng trở đi.
- Thức ăn trong một bữa bột đủ thành phần theo ô vuông thức ăn.
- Chế biến thức ăn nhỏ, mềm.
- Cho trẻ ăn từ lỏng tới đặc.
- Cho trẻ ăn từ ít và sau đó tăng dần lên, không nên ép trẻ ăn đủ số lượng ngay từ đầu.
- Giữ gìn vệ sinh ăn uống: Bát, thìa sạch sẽ.

5. Chế độ ăn của trẻ từ 0 - 12 tháng.

- Trẻ 0 -6 tháng bú mẹ hoàn toàn.
- Trẻ 7-8 tháng: Bú mẹ + bột 2 bữa/ngày + nước quả.
- Trẻ 9 - 12 tháng: Bú mẹ + bột 3 bữa/ngày + nước quả.

6. Cách nấu thức ăn bổ sung.

Bảng 99.3: Bột lỏng cho trẻ 4 - 5 tháng

Bột trứng: 1 bữa		Bột sữa: 1 bữa	
Thành phần	Thìa cà phê	Thành phần	Thìa cà phê
Bột gạo	2 thìa gạt	Bột gạo	2 thìa gạt
Trứng gà lòng đỏ	1/2 quả	Sữa đậu nành	1/2 bát
Dầu hoặc mỡ	1 thìa	Dầu hoặc mỡ	1 thìa
Nước mắm	1 thìa	Đường	2 thìa gạt

Nước rau	1 bát	Nước rau	1/2 bát
Cách làm: - Đun sôi nước với rau. - Hoà bột với một ít nước loãng, đổ vào vừa đun vừa khuấy sôi khoảng 5 phút. - Trúng đánh tơi cho vào bột để sôi thêm vài phút. - Cho nước mắm mỡ khuấy đều, đun sôi lên là được		Cách làm: - Đun sôi nước với rau. - Hoà bột với một ít nước loãng, đổ vào vừa đun vừa khuấy sôi khoảng 5 phút. - Cho đường, dầu mỡ khuấy đều đun sôi lên là được.	

Bảng 99.4: Bột đặc cho trẻ 6 - 12 tháng

Bột cá: 1 bữa		Bột đậu lạc: 1 bữa	
Thành phần	Thìa cà phê	Thành phần	Thìa cà phê
Bột gạo	4 thìa gạt	Bột gạo	4 thìa gạt
Bột đậu xanh	2 thìa gạt	Bột đậu xanh	2 thìa gạt
Cá nghiền nhỏ	2 thìa gạt	Lạc nghiền	2 thìa gạt
Dầu hoặc mỡ	1 thìa	Dầu hoặc mỡ	1 thìa
Rau nghiền	4 thìa gạt	Rau nghiền	4 thìa gạt
Nước mắm	1 thìa	Nước mắm	1 thìa
Nước	1 bát	Nước	1 bát
Cách làm: - Hoà 2 loại bột vào nước, vừa đun vừa khuấy để sôi 5 phút. - Cho cá đã làm sạch và rau nghiền nhỏ vào bột. - Cho nước mắm, dầu và đun sôi vài phút là được.		Cách làm: - Hoà 2 loại bột vào nước. - Cho lạc nghiền và đun với bột khoảng 10 phút. - Cho rau, mỡ, nước mắm vào đun sôi vài phút là được.	

Bột cua 1 bữa		Bột thịt 1 bữa	
Thành phần	Thìa cà phê	Thành phần	Thìa cà phê
Bột gạo	4 thìa gạt	Bột gạo	4 thìa gạt
Bột đậu xanh	2 thìa gạt	Bột đậu xanh	2 thìa gạt
Cua giã nhỏ lọc	1/2 bát	Thịt nghiền nhỏ	2 thìa gạt
Lấy nước		Dầu hoặc mỡ	1 thìa
Dầu hoặc mỡ	1 thìa	Nước mắm	1 thìa
Nước mắm	1 thìa	Rau nghiền	4 thìa
Rau nghiền	4 thìa	Nước	1 bát
Nước	1/2 bát		
Cách làm: - Cua đông lọc sạch giã nhỏ lọc lấy khoảng 1/2 bát nước. - Hoà 2 loại bột vào nước loãng và nước cua, vừa đun vừa khuấy, để sôi 5 phút. - Cho rau, mỡ, nước mắm khuấy đều để sôi thêm vài phút		Cách làm: - Thịt băm nhỏ nấu kĩ. - Hoà 2 loại bột vào nước, cho thịt vào đun sôi 5 phút. - Cho rau, mỡ, nước mắm khuấy đều đun sôi thêm vài phút.	

Chú thích:

- Nếu không có bột đậu xanh thì thay bằng bột gạo hoàn toàn cũng được.
- Tùy theo khẩu vị trẻ thích ăn mặn hay ăn ngọt mà cho mắm, muối hoặc đường.

Ví dụ: Bột trứng, bột lạc có thể nấu mặn hay nấu ngọt.

III. CHẾ ĐỘ ĂN NHÂN TẠO

1. Các loại sữa dùng cho trẻ em nhân tạo.

Vì một lý do nào đó mà trẻ không được ăn sữa mẹ thì bắt buộc phải nuôi trẻ bằng sữa bò, sữa trâu, sữa dê, sữa đậu nành.

1.1. Sữa bò

- Là loại sữa được sử dụng phổ biến nhất để thay thế sữa mẹ.
- Sữa bò có giá trị dinh dưỡng cao dễ tiêu hoá và hấp thụ tốt hơn các loại sữa khác.
- Các sản phẩm sữa bò.
 - + Sữa bò tươi: Khó bảo quản dễ bị nhiễm khuẩn, ít sử dụng cho trẻ nhỏ.
 - + Sữa đặc: Là sữa bò tươi lấy bớt bơ và thêm đường. Sữa được đóng hộp, khi mở hộp không để quá 72 giờ (ở nhiệt độ phòng).
 - + Sữa bột: là sữa dùng tốt nhất vì tỷ lệ thành phần các chất cân đối.

Có 3 loại sữa bột.

Sữa bột tách bơ (sữa gầy): Dùng cho trẻ sơ sinh.

Sữa tách bơ một phần: Dùng cho trẻ 2 - 6 tháng.

Sữa bột toàn phần: Dùng cho trẻ trên 6 tháng.

1.2. Sữa trâu - sữa dê

- Thành phần đậm đặc gấp 2 lần sữa bò, mỡ cũng cao hơn.
- Khi cho trẻ ăn phải pha loãng.

1.3. Sữa đậu nành

- Lượng đậm đặc tương đương với sữa bò có nhiều các muối khoáng, kali, đồng, sắt nhưng mỡ và đường lại ít hơn.
- Khi trẻ ăn sữa đậu nành thường pha lẫn sữa bò để bổ sung dinh dưỡng.

2. Chế độ ăn nhân tạo của trẻ dưới 1 tuổi và kỹ thuật cho ăn.

2.1. Chế độ ăn

- Trẻ sơ sinh: Sữa bò pha với nước sôi 7 - 8 bữa.
- Trẻ 2 tháng: Sữa bò pha với nước cháo loãng 7 bữa.
- Trẻ 3 tháng: Sữa bò pha nước cháo 6 bữa + 1 - 2 thìa nước quả.
- Trẻ 4 tháng: Sữa bò pha nước cháo 6 bữa + 1 - 2 thìa nước quả.
- Trẻ 5 - 6 tháng: Sữa bò pha nước cháo 4 - 5 bữa + 2 - 4 thìa nước quả và 1 bữa bột loãng.
- 7 - 8 tháng: Sữa bò pha nước cháo 3 - 4 bữa + 4 + 6 thìa nước quả và 2 bữa bột đặc.
- 9 - 12 tháng: Sữa bò pha nước cháo 2 bữa + 6 - 8 thìa nước quả và 3 bữa bột đặc.

2.2. Kỹ thuật cho ăn

- Dụng cụ pha sữa: Cốc, thìa, bát .v.v. được nhúng nước sôi trước khi dùng.
- Nước pha sữa là nước đun sôi, pha xong để nguội bớt rồi cho ăn.
- Pha sữa đúng công thức.
- Cho trẻ ăn bằng thìa, bằng cốc, không nên cho bú chai.
- Sau khi ăn xong cho trẻ uống vài thìa nước.

3. Công thức pha sữa bò cho trẻ ăn nhân tạo dưới 1 tuổi:

Tuổi Thành phần	Sơ sinh		1 - 2 tháng	3 - 4 tháng	5 - 6 tháng	7 - 8 tháng	9 - 12 tháng
	1 - 2 tuần	3 - 4 tuần					
Số bữa ăn / ngày	7 - 8	7 - 8	7	6	4 - 5	3 - 4	2
Số lượng (ml) / bữa	80	100	120	150	200	200	200
Sữa đặc (ml)	10	15	20	25	50	50	50
Nước sôi (ml)	70	85					
Nước cháo (ml)			100	125	150	150	150
Sữa bột (thìa)	2/3	1	1,5	2	3	3	3
Đường (thìa)	1/2	1/2	2/3	3/4	1	1	1
Nước sôi vừa đủ (ml)	80	100	120	150	200	200	200
Nước cháo vừa đủ (ml)							

Chú thích:

- 1 thìa cà phê đường tương đương 5g.
- 1 thìa đầy sữa bột tương đương 8g.
- 1 thìa đường tương đương 10g.
- 1 bát ăn cơm đầy nước tương đương 200ml.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày những giá trị của sữa mẹ?
2. Trình bày cách cho trẻ ăn bổ sung?
3. Trình bày chế độ ăn nhân tạo cho trẻ dưới 1 tuổi?

Bài 100

SUY DINH DƯỠNG VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU:

1. Trình bày các nguyên nhân gây suy dinh dưỡng (SDD), hướng dẫn cách phòng bệnh.
2. Trình bày được các biểu hiện của SDD sớm và cách xử trí tại tuyến y tế cơ sở.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng 3 thể SDD nặng.
4. Trình bày phác đồ điều trị SDD nặng.

NỘI DUNG:

SDD là một bệnh lý của trẻ dưới năm tuổi, nguyên nhân do thiếu calo và protein năng lượng. Tình trạng SDD làm giảm sức đề kháng trẻ hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Bệnh hay gặp ở trẻ 6 tháng đến 3 tuổi, là bệnh ở các nước đang và chưa phát triển. Quá trình điều trị và chăm sóc phải có thời gian, và sự phối hợp giữa gia đình, y tế và đời sống xã hội.

1. Nguyên nhân:

1.1. Sai lầm về phương pháp nuôi dưỡng.

- Mẹ không có sữa hoặc thiếu sữa phải nuôi nhân tạo bằng sữa bò.
- Nuôi nhân tạo không đúng phương pháp.
- Ăn bột quá sớm hoặc quá muộn.
- Cho ăn không đúng, không đủ dinh dưỡng.
- Cai sữa sớm.

1.2. Nhiễm khuẩn

- Sau nhiễm khuẩn cấp tính: sỏi, ly, ho gà, viêm phổi, ..
- Mãn tính: tiêu chảy, lao, sốt rét, giun sán...
- SDD làm tăng khả năng cảm thụ với nhiễm khuẩn và nhiễm khuẩn làm cho SDD nặng hơn.

1.3. Yếu tố thuận lợi

- Trẻ đẻ sinh đôi, sinh ba.
- Trẻ đẻ non, yếu.
- Trẻ mắc các dị tật bẩm sinh
- Yếu tố gia đình: Đông con.
- Dịch vụ chăm sóc y tế kém.

2. Triệu chứng:

2.1. Phân loại

- Suy dinh dưỡng độ I (nhẹ).
 - + Cân nặng còn 70 - 80%
 - + Lớp mỡ dưới da bụng mỏng.
 - + Có thể rối loạn tiêu hoá
- SDD độ II (vừa).
 - + Cân nặng còn 60 - 70%.
 - + Lớp mỡ dưới da bụng, mỏng mất
 - + Rối loạn tiêu hoá từng đợt
- SDD độ III (nặng).
 - + Cân nặng còn dưới 60%

- + Mất lớp mỡ dưới da
- + Rối loạn tiêu hoá mức độ nặng.
- * SDD độ III chia 3 thể:
 - . SDD thể teo đét. (Marasmus)
 - . SDD thể trung gian (Marasmus -Kwashiorkor)
 - . SDD thể phù (Kwashiorkor)

2.2 Triệu chứng

2.2.1. SDD sớm (SDD độ I,II):

- Qua biểu đồ tăng trưởng thấy đường biểu diễn cân nặng nằm ngang hoặc đi xuống.
- Chán ăn hay nôn chớ, tiêu chảy.
- Mệt mỏi, biếng ăn hay quấy khóc, cơ thể gầy.
- Lớp mỡ dưới da mỏng.
- Không phù.
- Trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn

2.2.2. SDD nặng:

- SDD thể teo đét:
 - + Cân nặng còn dưới 60%.
 - + Không phù.
 - + Gầy đét da bọc xương.
 - + Cơ nhẽo teo nhỏ, trương lực cơ giảm, vòng cánh tay dưới 12cm.
 - + Mệt mỏi, quấy khóc, không chịu chơi.
 - + Kém ăn, rối loạn tiêu hoá thường xuyên.
 - + Có triệu chứng thiếu máu và thiếu vitamin.
 - + Hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn.
- SDD thể phù:
 - + Cân nặng còn 60 - 80%
 - + Phù dinh dưỡng: Phù ngoại vi, phù trắng, mềm và bóng
 - + Da khô, có các mảng sắc tố trên da: ở nách, bẹn, mông, chi, lúc đầu là những chấm đỏ tím rải rác, lan dần rồi tụ lại thành đám màu nâu sẫm sau vài ngày bong vảy để lại lớp da non, rỉ nước và dễ nhiễm khuẩn.
 - + Cơ nhẽo nhỏ, vòng cánh tay dưới 12cm.
 - + Trẻ kém ăn, nôn trớ, đi ngoài phân lỏng, sống, có nhầy mỡ.
 - + Trẻ hay quấy khóc, kém vận động.
 - + Có biểu hiện thiếu máu và thiếu các vitamin nặng.
 - + Hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn
- SDD thể trung gian;
 - + Cân nặng còn 60%
 - + Phù hai chân nhưng cơ thể lại gầy đét.
 - + Thiếu máu và thiếu vitamin đặc biệt là vitamin A.
- Một số xét nghiệm:
 - + Máu: Hồng cầu giảm
 - + Protit máu giảm
 - + Đường máu giảm
 - + Sắt huyết thanh giảm
 - + Điện giải đồ giảm
 - + Phân: Cận dư phân dương tính

2.3 Tiến triển và biến chứng

- + Trẻ SDD nhẹ, phát hiện sớm, điều trị kịp thời trẻ hồi phục sau 4 - 6 tuần.

- + SDD nặng tiên lượng xấu trẻ dễ tử vong vì các biến chứng
- . Rối loạn nước điện giải
- . Nhiễm khuẩn
- . Hạ thân nhiệt
- . Hạ đường huyết

3. Điều trị, chăm sóc

3.1. SDD nhẹ - vừa

- Điều chỉnh chế độ ăn:
- + Tăng cường bú mẹ.
- + Ăn sam đủ thành phần dinh dưỡng.
- Kiểm tra và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn
- Theo dõi cân nặng.

3.2. SDD nặng

Là một cấp cứu điều trị quan trọng nhất là những ngày đầu .

* Chế độ ăn:

- + Đảm bảo sữa mẹ
- + Trẻ cai sữa cho ăn sữa bò.
- + Ngày thứ 1,2 ăn sữa nguyên pha loãng $1/2 \times 150\text{ml} \times 8 - 10$ bữa.
- + Ngày thứ 3,4 ăn sữa nguyên pha loãng $2/3 \times 150\text{ml} \times 7 - 8$ bữa.
- + Từ ngày thứ 5 trở đi ăn sữa nguyên toàn phần $\times 150\text{ml} \times 6 - 8$ bữa.
- + Đến cuối tuần thứ 2 khi trẻ hết tiêu chảy cho ăn chế độ hợp với lứa tuổi:
- . Cho ăn đủ chất dinh dưỡng.
- . Thức ăn nấu nhừ.
- . Ăn nhiều bữa trong ngày (ăn thêm 1-2 bữa /ngày).

* Bù nước và điện giải :

- + Uống dd ORS 50-100 ml /kg/4-6h ,sau khám và đánh giá lại .
- Nếu nặng phải truyền tĩnh mạch theo phác đồ C điều trị tiêu chảy mất nước.
Nếu đỡ cho uống theo phác đồ A điều trị tiêu chảy mất nước.

- + Uống thêm nước quả.

* Giữ ấm để phòng hạ nhiệt độ:

- + Cho trẻ nằm phòng riêng sạch ấm nhiệt độ từ 20-28, tránh lây chéo.
- + Mẹ bế trẻ, nằm với trẻ
- + Ủ ấm

* Chống hạ đường huyết:

- + Không để trẻ đói.
- + Cho trẻ uống sữa chia đều các bữa chia đều ngày và đêm.

* Vệ sinh:

Da: Tắm bằng nước ấm, bôi dd Xanhmethylen vào các vết chột mảng sắc tố.

Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần ăn uống, nếu có tưa miệng đánh bằng glycerinborat 1% hoặc nistatin

Vệ sinh thức ăn

Xoa bóp, thể dục liệu pháp

* Dùng thuốc :

- + Truyền dịch ,đạm ,máu (nếu có sốc)
- + Kháng sinh phù hợp nhiễm khuẩn
- + Vitamin và các loại muối khoáng:

VitaminA: Trẻ <1 tuổi

Trẻ >1 tuổi

Ngày1	100.000 đv	200.000 đv
Ngày2	100.000đv	200.000 đv
Sau 2 tuần	100.000đv	200.000đv

Các loại vitamin nhóm B ,PP ,D ,C, axit folic, viên sắt.

- Theo dõi :
- + Mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở mức độ nặng 3h/lần sau 3 lần /ngày.
- + Phù.
- + Cân nặng, vòng cánh tay.

4. Phòng bệnh:

4.1. Giáo dục sức khỏe:

- . Ủ ấm đề phòng hạ nhiệt độ
- . Hướng dẫn cách cho ăn
- . Phát hiện những dấu hiệu bất thường

4.2. Cho trẻ ra viện khi

- . Trẻ hết tiêu chảy
- . Hết phù
- . Hết nhiễm khuẩn
- . Tăng cân
- . Mẹ biết cách nuôi dưỡng trẻ

4.3. Phòng bệnh

- . Làm tốt công tác quản lý thai nghén, vệ sinh thai nghén
- . Cho trẻ bú mẹ sớm ,bú kéo
- . Cho trẻ ăn sam đúng
- . Thực hiện lịch tiêm chủng mở rộng
- . Theo dõi cân nặng đều hàng tháng
- . Điều trị sớm các bệnh trẻ mắc
- . Hướng dẫn mẹ cách nuôi trẻ

4.4. Đánh giá

- Cân nặng, vòng cánh tay
- Tiến triển mức độ ăn uống của trẻ
- Tiến triển bệnh trẻ mắc
- Kiến thức nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ

LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân nào gây suy dinh dưỡng ở trẻ em?
2. Phân loại suy dinh dưỡng. Lập bảng so sánh sự khác biệt giữa suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và nặng?
3. Trình bày cách điều trị trẻ suy dinh dưỡng?

Bài 101

BỆNH CÒI XƯƠNG VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây bệnh còi xương.
2. Trình bày được triệu chứng, điều trị, phòng bệnh, còi xương.

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân.

Bệnh còi xương là do thiếu Vitamin D làm ảnh hưởng tới quá trình chuyển hoá Canxi, photpho trong cơ thể gây cho hệ xương chậm phát triển và biến dạng.

Các nguyên nhân gây thiếu Vitamin D.

1.1. Do ăn uống.

- Do thiếu sữa mẹ, cai sữa sớm.
- Trẻ ăn nhiều bột dễ còi xương, vì trong bột có chất cản trở hấp thụ Canxi.

1.2. Thiếu ánh sáng mặt trời.

- Do tập quán kiêng không cho trẻ ra ngoài trời trong những tháng đầu sau đẻ.
- Nhà ở trệt trội, âm thấp, thiếu ánh sáng mặt trời.
- Mùa đông trẻ mặc nhiều quần áo che kín.
- Thời tiết: Những xứ sở có nhiều xương mù.

1.3. Yếu tố thuận lợi.

- Độ tuổi: Hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi.
- Trẻ đẻ non, trẻ thiếu cân.
- Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn ở cơ quan hô hấp, tiêu hoá.
- Trẻ rối loạn tiêu hoá kéo dài hoặc tắc mật bẩm sinh.

2. Triệu chứng.

2.1. Biểu hiện ở hệ thần kinh.

- Đây là dấu hiệu sớm nhất của bệnh.
- Biểu hiện:
 - + Trẻ ngủ không yên giấc, hay giật mình.
 - + Ra mồ hôi trộm ở trán ở gáy ngay cả khi trời lạnh.
 - + Rụng tóc ở sau gáy (dấu hiệu chiếu liếm).

2.2. Biểu hiện ở hệ xương

- Xương sọ.
 - + Thóp rộng, bờ thóp mềm, chậm liền.
 - + Trẻ dưới 3 tháng có thể có mềm xương sọ: ấn nhẹ tay vào giữa xương thì thấy xương lõm xuống, khi bỏ tay ra trở lại bình thường.
 - + Có bướu trán, bướu đỉnh.
 - + Răng chậm mọc, mọc lộn xộn.
- Xương lồng ngực.
 - + Có chuôi hạt sườn: Sụn nối tiếp giữa xương sườn và xương ức phì đại to ra.
 - + Ngực biến dạng: Ngực gà, hình chuông.
- Xương chi.
 - + Phình to đầu chi, biến dạng, gãy xương.
 - + Có vòng cổ tay, vòng cổ chân.
 - + Xương bị cong hình chữ "O", "X".

- Xương cột sống: Gù hoặc vẹo.
- Xương chậu: Hẹp, nếu là trẻ gái sau này có thể gây đẻ khó.
- Răng: Chậm mọc răng, men răng xấu, sâu răng rất hay gặp ở răng sữa.

2.3. Biểu hiện khác.

- Phát triển vận động chậm.
- Cơ giảm trương lực.
- Dây chằng lỏng lẻo.
- Biểu hiện thiếu máu .

3. Cận lâm sàng.

X quang có hình ảnh loãng xương.

Công thức máu:

Hồng cầu thường giảm.

Photphataza kiềm máu: tăng

Photphos máu giảm.

Canxi máu thường là bình thường.

4. Chẩn đoán.

4.1. Chẩn đoán xác định.

Dựa vào triệu chứng lâm sàng.

4.2. Chẩn đoán phân biệt.

Mềm xương bẩm sinh.

Suy giáp trạng bẩm sinh.

Bệnh ngắn xương chi.

5. Tiến triển và biến chứng.

- Được điều trị triệu chứng hết dần, không để lại di chứng.

- Không điều trị: Bệnh có thể đỡ dần nhưng cơ thể trẻ chậm phát triển và để lại di chứng ở xương.

6. Điều trị.

+ Vitamin D: 2000 - 4000đv/ngày x 4 - 6 tuần. Tổng liều không quá 600.000đv.

+ Với trẻ còi xương cấp tính:

- Vitamin D 10.000đv/ngày.
- Chiếu tia cực tím mỗi đợt 2 tuần.
- Xoa bóp trị liệu chỉnh hình.
- Cho các Vitamin A, B và C.
- Cho các loại muối Canxi.

7. Phòng bệnh.

- Với trẻ.

+ Đảm bảo cho trẻ được bú sữa mẹ.

+ Cho bú càng sớm càng tốt.

+ Từ tháng thứ 5 cho ăn bổ xung.

+ Cai sữa khi 2 tuổi hoặc lâu hơn.

+ Sau đẻ 2 tuần cs thể cho trẻ ra ngoài trời tắm nắng. (nếu trời âm).

+ Khi trẻ được 1 tháng uống 1 viên dầu cá/ngày x 1 năm đầu hoặc 10.000 đv Vitamin D/tuần/năm.

- Với mẹ:

+ Khi mẹ có thai và khi cho con bú mẹ cần ăn đầy đủ.

+ Hoạt động ngoài trời, tắm nắng.

+ Tránh kiêng khen quá mức.

+ 2 tháng cuối thời kỳ thai nghén: Cho 1-2 viên dầu cá/ngày hoặc 500-1000 đv Vitamin D/ngày.

LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân chính nào gây còi xương?
2. Biểu hiện sớm của còi xương là gì??
3. Liệt kê các chứng của còi xương?
4. Trình bày cách điều trị còi xương bằng vitamin D?

Bài 102

THIẾU MÁU DO THIẾU SẮT

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được khái niệm thiếu máu, phân loại thiếu máu.
2. Trình bày được nguyên nhân gây thiếu máu do thiếu sắt.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, điều trị và cách phòng bệnh thiếu máu do thiếu sắt.

NỘI DUNG:

1. Khái niệm thiếu máu

Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin (Hb) hay khối hồng cầu trong một đơn vị thể tích máu, hemoglobin hay khối hồng cầu thấp hơn giới hạn bình thường của người cùng lứa tuổi. Theo tổ chức Y tế thế giới, thiếu máu khi hemoglobin dưới giới hạn sau:

- Trẻ 6 tháng - 6 tuổi: Hb dưới 110g/l
- Trẻ 6 tuổi-14 tuổi: Hb dưới 120g/l
- Người trưởng thành:
 - + Nam: Hb dưới 130g/l
 - + Nữ: Hb dưới 120g/l
 - + Nữ có thai: Hb dưới 110g/l

2. Phân loại thiếu máu theo nguyên nhân

2.1. Thiếu máu do giảm sinh

- Thiếu máu do thiếu yếu tố tạo máu
 - + Thiếu máu thiếu sắt (phổ biến nhất)
 - + Thiếu máu thiếu acid folic, vitamin B₁₂
 - + Thiếu máu thiếu protein
 - + Thiếu máu do sử dụng sắt kém (ít gặp)
- Thiếu máu do giảm sản và bất giảm sản tủy
 - + Giảm sinh nguyên hồng cầu đơn thuần
 - + Suy tủy mắc phải, bẩm sinh
 - + Thâm nhiễm tủy: bệnh bạch cầu, các di căn ung thư vào tủy.
- Nguyên nhân khác: Suy thận mạn, thiếu năng giáp, nhiễm khuẩn mạn tính, bệnh collagen.

2.2. Thiếu máu do tan máu

- Tan máu do nguyên nhân bất thường tại hồng cầu, di truyền
 - + Bệnh về hemoglobin: alpha-thalasemia, beta-thalasemia, bệnh HbE, HbS, HbC, HbD.
 - + Bệnh ở màng hồng cầu: Bệnh hồng cầu nhỏ hình cầu, hồng cầu hình thoi.
 - + Bệnh thiếu hụt enzym hồng cầu: Thiếu gluco- 6 phosphat- dehydrogenase, thiếu pyruvat - kinase, glutathion reductase.
- Tan máu do nguyên nhân ngoài hồng cầu, mắc phải
 - + Tan máu miễn dịch: Bất đồng nhóm máu mẹ - con Rh, ABO, tự miễn.
 - + Nhiễm khuẩn: Sốt rét, nhiễm khuẩn máu
 - + Nhiễm độc thuốc như phenylhydrazin, thóc sốt rét, nitrit hoặc hoá chất, nọc rắn, nấm độc.
 - + Cường lách.

2.3. Thiếu máu do chảy máu

- Chảy máu cấp
 - + Do chấn thương, giãn tĩnh mạch thực quản, xuất huyết đường tiêu hóa, xuất huyết não - màng não do vỡ phình mạch máu.
 - + Do rối loạn quá trình cầm máu: Giảm tiểu cầu, hemophilia, giảm prothrombin
- Chảy máu mạn tính, từ từ: Giun móc, loét dạ dày - tá tràng, trĩ, sa trực tràng.

3. Thiếu máu do thiếu sắt

- Thiếu máu do thiếu sắt là loại thiếu máu phổ biến nhất ở trẻ nhỏ. Bệnh xảy ra nhiều nhất ở trẻ từ 6 tháng -2 tuổi
- Nhắc lại chuyển hóa sắt:
 - + Sắt là thành phần quan trọng của hemoglobin, cần thiết cho sự sống
 - + Lượng sắt trong cơ thể rất ít: ở trẻ sơ sinh có khoảng 250 mg sắt, ở cơ thể trưởng thành có 3,5-4,0g sắt
 - + Thức ăn là nguồn cung cấp sắt cho cơ thể. Sắt được hấp thu ở toàn bộ đường tiêu hóa, đặc biệt là ở tá tràng và đoạn đầu của ruột non
 - + Nhu cầu hấp thu sắt thay đổi tùy theo sự phát triển cơ thể:
 - . Trẻ 3-12 tháng: 0,7 mg/ngày
 - . Trẻ 1-2 tuổi: 1 mg/ngày
 - . Tuổi lớn hơn, giai đoạn dậy thì: 1,8-2,4 mg/ngày
 - + Sắt thải trừ ít theo phân, nước tiểu, mồ hôi, bong tế bào ở da, niêm mạc, móng, chu kỳ kinh

3.1. Nguyên nhân

- Cung cấp sắt thiếu
 - + Chế độ ăn thiếu sắt: Thiếu sữa mẹ, ăn bột kéo dài, thiếu thức ăn nguồn gốc động vật
 - + Trẻ đẻ non, thiếu cân lúc đẻ, sinh đôi (lượng sắt dự trữ được cung cấp qua tuần hoàn rau thai ít)
- Hấp thu sắt kém
 - + Giảm độ toan dạ dày
 - + Tiêu chảy kéo dài
 - + Hội chứng kém hấp thu
 - + Dị dạng ở dạ dày - ruột
- Mất sắt quá nhiều: do chảy máu từ từ, mạn tính như bị giun móc, loét dạ dày-tá tràng, polyp ruột, chảy máu cam, chảy máu sinh dục
- Nhu cầu sắt cao: giai đoạn trẻ lớn nhanh, trẻ đẻ non, tuổi dậy thì, tuổi hành kinh mà cung cấp sắt không tăng.

3.2. Triệu chứng

*** Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng bệnh thường xảy ra ở trẻ từ 6 tháng tuổi, tuy nhiên có thể xảy ra sớm từ tháng thứ 2-3 ở trẻ đẻ non, đẻ sinh đôi

- Da xanh, niêm mạc nhợt từ từ
- Mệt mỏi, ít hoạt động
- Trẻ kém ăn, ngừng phát triển cân nặng, hay bị rối loạn tiêu hóa, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn
- Các triệu chứng teo niêm mạc và gai lưỡi, khó nuốt,
- Móng bẹt dễ gãy (ít gặp ở trẻ em)

*** Triệu chứng xét nghiệm**

Thiếu máu thiếu sắt có đặc điểm là thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ.

- Huyết sắc tố giảm nhiều
- Thể tích hồng cầu trung bình dưới 80 fl
- Sắt huyết thanh giảm $< 10 \mu\text{mol/l}$ (bình thường 11-28 $\mu\text{mol/l}$)

3.3. Điều trị

- Cho trẻ uống các muối sắt: 4-6mg sắt/kg/ngày
Sulfat sắt: 20mg/kg/ngày chia 2-3 lần (100mg Sulfat sắt có 20mg sắt)
Hoặc Gluconat sắt: 40mg/kg/ngày chia 2-3 lần (100mg Gluconat sắt có 11mg sắt)
- Cho thêm VitaminC 0,3g/ ngày để sắt dễ hấp thu

3.4. Phòng bệnh

Cần phòng bệnh thiếu máu thiếu sắt từ sớm, ngay từ khi trẻ ở thời kỳ bào thai, lưu ý tới những trẻ có nguy cơ như các trẻ đẻ non, sinh đôi, trẻ dưới 3 tuổi, trẻ bị thiếu sữa mẹ và các bà mẹ có thai

- Thời gian có thai, cho mẹ ăn chế độ ăn giàu sắt, các bà mẹ có thai bị thiếu máu thiếu sắt điều trị bằng các chế phẩm sắt
- Giáo dục dinh dưỡng cho người mẹ nuôi con, bảo đảm cho trẻ được bú sữa mẹ, bổ sung nước hoa quả từ tháng thứ 2-3, cho ăn bổ sung thức ăn thực vật và động vật
- Với trẻ đẻ non, sinh đôi, thiếu sữa mẹ nên dùng sữa, thức ăn có bổ sung sắt hoặc cho điều trị dự phòng bằng chế phẩm sắt 20 mg/ngày từ tháng thứ 2
- Điều trị sớm các bệnh làm giảm hấp thu như bệnh giun sán, ỉa chảy, bệnh gây chảy máu mạn tính.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày những nguyên nhân chính và các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm phế quản phổi?
2. Trình bày triệu chứng và chẩn đoán bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ em?
3. Phân biệt viêm phế quản phổi và các bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp khác?

Bài 103

VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán bệnh viêm phế quản phổi.(VPQP)
2. Trình bày được tiến triển và biến chứng của bệnh VPQP.
3. Trình bày được phác đồ điều trị VPQP

NỘI DUNG:

1. Đại cương

- Danh từ 'viêm phế quản phổi' để chỉ tổn thương viêm các phế quản và túi phổi (phế nang) rải rác cả hai bên phổi làm rối loạn trao đổi khí dễ gây SHH.
- Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ (<1 tuổi).

2. Nguyên nhân:

2.1. Nguyên nhân chính

- Virus: Hợp bào hô hấp, Adenovirus, cúm, á cúm, sởi...
- Vi khuẩn: Hay gặp: Hemophilus Influenza, phế cầu.
Ít gặp: Liên cầu, tụ cầu, Ecoli và VK khác.
- Ký sinh trùng: Nấm, ấu trùng giun sán.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Trẻ dưới 1 tuổi
- Trẻ thiếu tháng, thiếu cân
- Nuôi dưỡng kém, thiếu sữa mẹ, SDD ...
- Hay mắc các bệnh mũi họng mãn tính
- Khí hậu lạnh, thời tiết thay đổi, độ ẩm cao
- Môi trường: Bụi, khói, ô nhiễm
- Cơ địa dị ứng

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng.

3.1.1 Thời kỳ khởi phát

- Từ từ: Bằng triệu chứng viêm long đường hô hấp trên như sốt nhẹ, ho, hắt hơi, sổ mũi.
- Đột ngột, rầm rộ với các triệu chứng toàn thân, cơ năng nặng như sốt cao, khó thở, tím tái, nôn, ỉa lỏng.

3.1.2. Toàn phát

- * Cơ năng, toàn thân:
 - Hội chứng nhiễm khuẩn:
 - + Sốt. Trẻ sơ sinh, đẻ non, suy dinh dưỡng: Không sốt, hạ nhiệt độ.
 - + Da xanh tái, vẻ mặt nhiễm khuẩn, nổi vân tím.
 - Hội chứng suy hô hấp
 - + Ho: Có thể ho liên tục hoặc từng tiếng. Ho khan hoặc có đờm
 - + Nhịp thở nhanh:
 - + Rút lõm lồng ngực (RLLN)
 - + Tím tái: Tím ở quanh môi, chi nếu nặng tím toàn thân.
- Dựa vào khó thở, tím tái chia suy hô hấp (SHH) ra làm 3 độ.

SHH độ 1: Khó thở, tím khi gắng sức.

SHH độ 2: Khó thở, tím thường xuyên

SHH độ 3: Khó thở, tím thường xuyên kèm theo những biểu hiện toàn thân: tím mạch, thần kinh

- Thực thể ở phổi: Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ hai bên. Nếu có ran rít, ran ngáy là có co thắt cơ phế quản.

- Biểu hiện khác: Nếu VPQP nặng

+ Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, bụng chướng, gan to.

+ Tim mạch: Tim đập nhanh, nhỏ, suy tim, trụy mạch.

+ Thần kinh: Li bì, kích thích, hôn mê.

3.2. Cận lâm sàng

- CTM: Số lượng BC tăng (BC đa nhân TT tăng)

- Chụp Xquang tim phổi: Là triệu chứng quan trọng để chẩn đoán: Nốt mờ rải rác hai bên phổi, chủ yếu cạnh tim, rốn phổi.

4. Chẩn đoán:

4.1. Chẩn đoán xác định

- Hội chứng suy hô hấp.

- Hội chứng nhiễm khuẩn.

- Thực thể tại phổi: Nghe phổi ran ẩm, ran nổ hai bên.

- Chụp Xquang tim phổi.

4.2. Chẩn đoán thể: Không điển hình

- Thể sơ sinh: + Thở yếu, nhanh nông > 60 lần/phút, có rối loạn nhịp thở.

+ Sốt hoặc không sốt, có thể hạ nhiệt độ.

+ Bú kém, có thể bỏ bú.

+ Tím tái rõ.

+ Nghe phổi thường không có ran

- Trẻ suy dinh dưỡng nặng: các triệu chứng nghèo nàn.

+ Sốt, không sốt hoặc hạ nhiệt độ

+ Khó thở.

+ Nghe phổi có thể không có ran.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản trẻ nhỏ: Cũng có sốt, cơn khó thở kéo dài.

Khác nhau: + Ho cơn về đêm.

+ Khó thở thì thở ra, chậm.

+ Nghe phổi: ran rít, ran ngáy hai bên.

+ Có tiền sử hen phế quản.

4.4. Chẩn đoán nguyên nhân.

- Hay gặp: Phế cầu, hemophylus.

- Kéo dài: Lao, nấm

- Nhiễm trùng, nhiễm độc: Tụ cầu

5. Diễn biến, biến chứng

- Nhẹ (nhịp thở nhanh) sau điều trị 5, 7 ngày khỏi

- Nặng (RLLN - tím) trẻ dễ biến chứng SHH. Trụy mạch, nhiễm trùng nhiễm độc.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc:

- Chống SHH.

- Chống nhiễm khuẩn.

- Điều trị triệu chứng.

- Chế độ ăn uống, theo dõi, chăm sóc, hỗ trợ.

6.2. **Cụ thể**

* **Chống SHH:**

- Nằm phòng thoáng, ẩm, tránh gió lùa, nới rộng quần áo tã lót, khăn mũ.
- Cho trẻ nằm đầu cao, kê gối dưới vai.
- Hút thông đường thở.
- Thở oxy.
- Hô hấp hỗ trợ khi cần: Đặt nội khí quản, thở máy, bóp bóng.
- Vắt sữa cho ăn qua sonde dạ dày hoặc đổ thìa, không cho bú trực tiếp.

* **Chống nhiễm khuẩn: Kháng sinh (theo chương trình ARI).**

Nếu nhẹ: Kháng sinh tuyến 1.

Nếu nặng: Kháng sinh tuyến 2. Phối hợp kháng sinh khi cần.

Nếu do lao: phác đồ điều trị lao.

* **Điều trị triệu chứng**

- Truyền dịch, truyền dịch kèm: Natri bicarbonat 0,14% nếu toan máu.
- Hạ sốt : Paracetamol 10-15mg/kg/lần nếu sốt 38,5 độ trở nên.
- An thần: Nếu có kích thích, co giật. Phenobarbital 2-3 mg/kg/lần.
- Dẫn cơ phế quản: Salbutamol, Ventolin.
- Thuốc kích thích trung tâm hô hấp Lobelin (chỉ dùng sơ sinh non tháng).
- Nếu trụy mạch, suy tim nặng: Digitalis: 0,04 - 0,06mg/kg/24h.

* **Ăn uống, chăm sóc:**

- Đảm bảo sữa mẹ đầy đủ, nếu không bú được thì vắt sữa đổ thìa hoặc cho ăn qua sonde.
- Thức ăn dễ tiêu, giàu vitamin.
- Uống đủ nước để bù số nước mất do sốt cao, khó thở, nôn, ỉa lỏng.
- Vệ sinh da, tai mũi họng.
- Thay đổi tư thế cho trẻ, vỗ rung lồng ngực, tránh nằm ngửa lâu gây ứ đọng dịch.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày những nguyên nhân chính và các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm phế quản phổi?
2. Trình bày triệu chứng và chẩn đoán bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ em?
3. Phân biệt viêm phế quản phổi và các bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp khác?

Bài 104

HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên nhân, phân loại hen phế quản.
2. Trình bày được triệu chứng hen phế quản.
3. Liệt kê được tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh hen phế quản
4. Trình bày được hướng điều trị bệnh hen phế quản

NỘI DUNG:

1. Định nghĩa

Theo GINA 2010: “ Hen PQ là một bệnh viêm mãn tính đường thở, trong đó có sự tham gia của nhiều thành phần tế bào, viêm mãn tính liên quan đến sự tăng đáp ứng của đường thở dẫn đến những đợt khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, đặc biệt vào ban đêm hoặc sáng sớm. Những đợt này thường liên quan đến sự tắc nghẽn đường thở lan toả nhưng thay đổi, có tính chất hồi quy tự hồi phục một cách tự nhiên hoặc do điều trị.”

- Hen phế quản Bệnh mạn tính thường gặp nhất trên trẻ em tại các nước công nghiệp. Tỷ lệ mắc bệnh trung bình của trẻ em hiện nay là 1,5-2% và đang có xu hướng tăng lên. Tỷ lệ tử vong vào khoảng 1,5%.

2. Nguyên nhân

2.1. Những yếu tố thuận lợi

* Tuổi: Hen phế quản thường xuất hiện ở trẻ trên 18 tháng: 80-85% ở trẻ dưới 5 tuổi, rất hiếm gặp ở trẻ dưới 6 tháng. Nhiều trường hợp hen phế quản giảm nhẹ hoặc khỏi hẳn ở tuổi dậy thì.

* Giới: Trước tuổi dậy thì, hen phế quản gặp nhiều ở trẻ trai , còn ở tuổi lớn hơn thì trẻ trai và trẻ gái có tỷ lệ mắc hen phế quản bằng nhau và trẻ gái có xu hướng trội hơn.

* Địa dư: Có sự liên quan giữa môi trường địa dư, vi khí hậu như thời tiết, độ ẩm và hen phế quản. Người ta nhận thấy hen phế quản có nhiều ở vùng trồng hoa và nhiều bụi.

* Cơ địa: Nhiều yếu tố cơ địa như yếu tố di truyền, thần kinh, nội tiết có ảnh hưởng đến hen phế quản.

- 60% trường hợp hen phế quản trẻ em có tiền sử gia đình bị hen.

- Hen hay xảy ra ở trẻ có rối loạn thần kinh, dễ kích thích sợ hãi, suy nhược, dễ xúc cảm.

- Đến tuổi dậy thì có nhiều biến đổi nội tiết cơ hen giảm nhẹ, có khi khỏi hẳn. Ngược lại khi bị suy vỏ thượng thận (bệnh addison) cơ hen tăng lên, trường hợp có nhiễm độc giáp trạng, dễ kháng lại với thuốc điều trị hen.

- Những yếu tố gây kích thích hoặc làm suy yếu hô hấp như những gai kích thích do viêm nhiễm, các dị dạng lồng ngực, di chứng còi xương, suy dinh dưỡng là những yếu tố thuận lợi dễ gây hen.

2.2. Nguyên nhân chính

- Những dị nguyên hô hấp như khói, bụi nhà, lông xúc vật, phấn hoa, các chất hoá học, khí lạnh và các chất có mùi mạnh.

- Những dị nguyên thức ăn như tôm, cua cá, nhộng, trứng...

- Yếu tố nhiễm khuẩn: Viêm mũi, viêm VA, amidal, các bệnh hô hấp mạn, viêm phế quản, viêm xoang, viêm phổi kẽ... là nguyên nhân của hen nội sinh.

Tóm lại: Nguyên nhân hen phế quản phức tạp, thường kết hợp một nguyên nhân chính trực tiếp và một yếu tố thuận lợi đôi khi khó xác định.

3. Phân loại

3.1. Dựa theo cơ chế bệnh sinh

Chia 3 loại: Hen ngoại sinh, hen nội sinh, hen hỗn hợp.

- Hen ngoại sinh: Là biểu hiện của phản ứng dị ứng của cơ thể với các dị nguyên.

Có các đặc điểm:

- + Test da (+) với các dị nguyên.
- + Lượng IgE trong huyết thanh tăng.
- + Tiền sử dị ứng của bản thân và gia đình rõ ràng.
- + Tiến triển tốt khi điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu.

- Hen nội sinh: ít gặp hơn hen ngoại sinh. Không do yếu tố dị ứng mà thường là do nhiễm khuẩn hoặc chưa rõ nguyên nhân.

Đặc điểm:

- + Yếu tố khởi phát cơn hen thường là do nhiễm khuẩn hô hấp như viêm phế quản, viêm tiểu phế quản do các loại virus.
- + Test da (-) với các dị nguyên.
- + Chỉ số IgE bình thường.
- + Tiền sử bản thân và gia đình không rõ ràng hoặc không có.
- + Điều trị giải mẫn cảm không có kết quả.

- Hen hỗn hợp: Bao gồm cả 2 yếu tố dị ứng và nhiễm khuẩn. Hen loại này thường có tính chất kéo dài.

3.2. Theo mức độ nặng nhẹ: Ghen-Bôn (GenBolle) chia làm 4 độ.

Độ I: một cơn trong một quý.

Độ II: một cơn trong 1 tháng.

Độ III: một cơn trong 1 tuần.

Độ IV: một cơn trong 1 ngày.

3.3. Theo tuổi

- Hen ở trẻ bú mẹ.
- Hen ở trẻ nhỏ (dưới 3 tuổi).
- Hen ở trẻ lớn (tuổi thiếu niên).

3.4. Phân theo mức độ nặng nhẹ của cơn hen để có thái độ xử trí đúng trong điều trị cắt cơn hen

- Cơn hen thường.
- Cơn hen ác tính.

Charpin định nghĩa: Hen phế quản ác tính là cơn hen nặng không khỏi khi dùng thuốc thông thường, bị đe dọa tính mạng do cơn khó thở nghiêm trọng kéo dài và có 4 tiêu chuẩn:

- + Cơn hen kéo dài
- + Dùng thuốc thông thường không cắt cơn.
- + Giảm thông khí nặng ảnh hưởng đến huyết động.
- + Về GPB có tắc lan toả các tiểu phế quản.

* Lâm sàng: Có 3 hội chứng.

+ Hô hấp: Tím tái, khó thở tăng, trẻ không còn sức để ho, rì rào phế nang giảm, ran rít, ran ngáy nhiều, đôi khi có tràn khí dưới da.

+ Tim mạch: Huyết áp thay đổi hoặc tăng gây vã mồ hôi hoặc huyết áp giảm.

- + Thần kinh: Có rối loạn tri giác.
- * Cận lâm sàng:
 - + Xquang: Có hình ảnh khí phế thũng, tràn khí trung thất, màng phổi, xẹp phổi.
 - Máu: Giảm P_{aO_2} tăng P_{aCO_2} và toan máu.

4. Triệu chứng

4.1. Lâm sàng: Chia làm 2 thể điển hình và không điển hình

4.1.1. Thể điển hình: Thường gặp ở trẻ lớn

4.1.1.1. Triệu chứng cơ năng: Biểu hiện là cơn khó thở, ho và khạc đờm.

- Cơn khó thở thường xuất hiện nhanh, đột ngột nhưng cũng có thể có những dấu hiệu báo trước như hắt hơi, chảy nước mũi, ho hoặc mắt ngứa. Cơn thường xảy ra vào ban đêm, gần sáng trẻ đang ngủ, tỉnh giấc hắt hơi và lên cơn khó thở. Trong cơn trẻ rất khó thở, khó thở ra là chủ yếu, thở cò cữ có tiếng rít, mặt trẻ tím tái, vã mồ hôi. Cơn kéo dài khó thở tăng lên, thở hỗn hển, nói ngắt quãng, trẻ phải ngồi dựa vào thành giường để thở, co kéo trên và dưới xương ức.

- Ho kèm theo khó thở, ho có tính chất xuất tiết, vướng đờm.

- Khạc đờm sau mỗi cơn ho, đờm trắng dính. Sau khi khạc đờm trẻ dễ thở hơn một ít.

4.1.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Gõ phổi thấy tiếng gõ vang hơn bình thường do ứ khí phế nang, vùng đục trước tim thu nhỏ.

- Nghe phổi có tiếng ran rít, ran ngáy, tiếng thở cò cữ.

- Biến dạng lồng ngực rõ rệt khi bị hen đã lâu, cơn hen tái diễn nhiều lần, lồng ngực giãn to do ứ khí phế nang, xương ức nhô ra phía trước, xương sườn nằm ngang, khoang liên sườn giãn rộng, đáy lồng ngực thóp vào.

4.1.2. Thể không điển hình:

Thường gặp ở trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi. Cơn hen thường xảy ra sau những thay đổi về thời tiết và hay kèm theo những biểu hiện của viêm đường hô hấp trên. Ngoài triệu chứng cò cữ cơn hen có các đặc điểm sau: Khó thở nhanh, khó thở cả 2 thì, thường có sốt kèm theo, nghe phổi ngoài ran rít, ran ngáy còn có cả ran ẩm to, vừa và nhỏ hạt. Cơn hen thường tái lại nhiều lần và kéo dài hơn có thể từ vài giờ đến vài ngày.

4.2. Xét nghiệm

4.2.1. Máu:

- Công thức máu: Tăng bạch cầu ưa axit (thường > 5%).

- Định lượng IgE: Tăng trong hen ngoại sinh, bình thường trong hen nội sinh.

- Astrup.

4.2.2. Xquang phổi:

Thấy rốn phổi đậm, phế trường sáng hơn bình thường, lồng ngực di động kém, xương sườn nằm ngang, xương đòn nâng lên, khoang liên sườn giãn rộng.

4.2.3. Xét nghiệm đờm:

Đờm dính có nhiều bạch cầu ưa acid, có tinh thể Charcot-Leyden, vòng xoắn Cushman.

4.2.4. Thăm dò chức năng phổi (Có giá trị tiên lượng)

Thể tích khí cặn tăng, tỷ lệ giữa thể tích khí cặn và dung tích toàn phần ($R*V/C*T$) giảm, tỷ lệ Tiffenueau giảm.

4.2.5. Làm các test tìm dị ứng nguyên.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng là chính, cận lâm sàng là bổ trợ, các xét nghiệm giúp thêm tìm nguyên nhân, hoàn thiện chẩn đoán, tiên lượng và đánh giá mức độ. Cụ thể dựa vào:

- Đặc điểm cơn khó thở.
- Tiền sử tái phát nhiều lần, tiền sử gia đình có người bị hen.
- Cơ địa dị ứng, chàm, mẩn mề đay.
- Phát hiện các dị nguyên hô hấp, thức ăn và thời tiết.
- Tìm các ổ nhiễm khuẩn mạn tính ở đường hô hấp như viêm amydal, VA, viêm xoang... coi như gai kích thích.
- Xét nghiệm:
 - + Bạch cầu ưa axit tăng.
 - + IgE huyết thanh tăng.
 - + Phản ứng bì: Test da với các dị nguyên (+).
 - + Xquang phổi có hiện tượng ứ khí phế nang.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phế quản thể hen: Vì trẻ có biểu hiện khó thở giống hen. Tuy nhiên trong viêm phế quản thể hen trẻ có tình trạng nhiễm trùng: Sốt, số lượng bạch cầu và tỷ lệ đa nhân trung tính tăng. Triệu chứng tại phổi ngoài ran rít, ran ngáy còn có ran ẩm. Diễn biến thường kéo dài.

Thực tế chẩn đoán phân biệt dứt khoát giữa hai bệnh này rất khó vì hen trẻ em thường kèm theo viêm phế quản và ngược lại ở viêm phế quản có thể biểu hiện giống hen và một số ít về sau có thể đưa đến hen.

- Viêm tiểu phế quản: Vì trẻ có khó thở cò cữ (khò khè) giống hen. Khác thường xuất hiện ở trẻ dưới 12 tháng. Nguyên nhân là do virus do vậy thường gặp trong vụ dịch nhỏ. Trẻ có biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc rõ; Xquang có hình ảnh viêm phổi kẽ.

- Dị vật đường thở (khí-phế quản): Xuất hiện khó thở nhiều khi rất giống hen nhưng thường xảy ra đột ngột, có hội chứng xâm nhập, không có tiền sử bản thân về hen.

6. Điều trị

6.1. Điều trị cơn hen: Làm cho trẻ đỡ khó thở bằng cách chống lại 3 hiện tượng bệnh sinh của hen phế quản:

- Co thắt các cơ phế quản.
- Phù nề niêm mạc phế quản.
- Tăng tiết các chất nhầy dính ở phế quản.

6.1.1. Chống co thắt phế quản:

Sự co thắt phế quản phụ thuộc vào hai hệ thống thần kinh đối lập: Phó giao cảm làm co và giao cảm làm giãn. Trong hệ thống giao cảm ở phế quản lại có hai hiệu ứng: Hiệu ứng β làm giãn phế quản và hiệu ứng α làm co. Gần đây lại tách được cảm thụ β làm 2, β_1 làm tim đập nhanh, β_2 làm giãn phế quản. Như vậy một thuốc β kích thích tốt nhất là chỉ tác dụng lên β_2 cảm thụ mà thôi, loại trừ được tác dụng lên α làm co phế quản và β_1 làm tim đập nhanh gọi là β_2 chọn lọc.

Cụ thể sử dụng các thuốc ức chế phó giao cảm, cường giao cảm.

- Ephedrin: có thể uống, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch. Liều: 3mg/kg/24^h chia 4-6 lần ngoài ra có thể cho theo đường khí dung (dung dịch 2-3%).

- Thyophylin: Uống tác dụng nhanh, ít làm quen thuốc. Liều: 5-10 mg/kg/24^h chia 2-3 lần trẻ dưới 2 tuổi không nên dùng quá 0,1g/ngày.

- Salbutamol: Chỉ kích thích β_2 cảm thụ không làm tim đập nhanh và tăng huyết áp.

+ Dạng uống: Trẻ 1-5 tuổi 1mg/lần, ngày 3 lần.
Trên 5 tuổi 2mg/lần, ngày 3 lần.

+ Dạng khí dung:

- Adrenalin (epinephrine): Dạng tiêm tác dụng lên cả α và β cảm thụ.

Chỉ dùng khi cơn nặng, ống đóng 1mg/1ml.

Liều: 0,01ml/kg/lần có thể lặp lại 2-3 lần sau 20 phút nhưng không quá 3 lần vì dễ gây loạn nhịp tim.

* Uống không có tác dụng vì men MAO (Mono amin oxydase) và COMT (Catechol oxymetyl transferase) phá hủy.

- Aminophilin: Tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch chậm (tiêm tĩnh mạch nhanh dễ gây ngừng tim). Liều: 3-4 mg/kg/lần, có thể tiêm nhắc lại sau 8 giờ không cho quá liều 12mg/kg/24h (Tuy nhiên có một số tác giả đề nghị có thể dùng 5-19mg/kg. Ngày không quá 20 mg.

Nếu cho quá liều trên aminophylin làm kích thích, co giật, nôn và đôi khi nôn ra chất giống như bã cà phê.

6.1.2. Chống phù nề niêm mạc phế quản.

Có thể dùng Cocticoit (Pretnisolon; Hemisuccinat hydrocortisol) và các loại kháng sinh nhất là khi có bội nhiễm. Điều trị cocticoit được chỉ định trong trường hợp hen nặng và những trường hợp hen phế quản không có tác dụng với thyophylin, aminophilin hoặc epinephrin. Không nên sử dụng kéo dài chỉ dùng trong khoảng 3-5 ngày.

Có thể cho uống Pretnisolon 1-2 mg/kg/ngày.

Cơn hen nặng có thể cho hydrocortisol 5-8 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch. Cocticoit còn có thể dùng dưới dạng khí dung kết quả rất tốt.

6.1.3. Chống ứ tiết các chất nhầy, dính ở phế quản:

Cho các thuốc làm lỏng chất xuất tiết như α chymotrypsin kết hợp dùng cocticoit, ephedrin và kháng sinh vừa chống viêm, vừa giảm xuất tiết, chống dính.

Ngoài ra có thể sử dụng các thuốc sau:

- An thần nhẹ: Gacdenan 3-5 mg/kg/ngày để trẻ bớt vật vã, kích thích, cân bằng giao cảm và phó giao cảm.

- Isoproterenol (Isupren): Dung dịch 1/2000 hoặc alupent dung dịch 2% hoặc 5% cho 5 giọt trong 1ml NaCl 9‰ khí dung nhiều lần.

Trường hợp hen nặng (cơn hen ác tính) ngoài các biện pháp trên cần chú ý điều chỉnh thăng bằng toan kiềm, nước và điện giải, cho thở oxy. Cụ thể:

- Thở oxy qua sonde mũi 2-3 lít/phút.

- Thuốc giãn cơ phế quản: Adrenalin, aminophylin.

- Cocticoit: Tiêm tĩnh mạch.

- Hồi phục nước và điện giải bằng dung dịch glucose 5% và dung dịch nước muối 9‰ nhỏ giọt tĩnh mạch trong khoảng 3 giờ, sau đó cho uống.

- Điều chỉnh rối loạn toan kiềm bằng dung dịch NaHCO_3 14‰ với liều 10-15mg/kg.

- Thông khí nhân tạo.

6.2. Điều trị ngoài cơn

Đề phòng và loại trừ tất cả các yếu tố thuận lợi làm khởi phát cơn hen:

- Ngừng tất cả những thức ăn có khả năng gây dị ứng đặc biệt là các thức ăn có nguồn gốc động vật như tôm, cua, cá, trứng...
- Loại trừ các dị nguyên hô hấp (tránh tiếp xúc với các dị ứng nguyên này) như khói, bụi, phấn hoa, lông súc vật...
- Điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu và không đặc hiệu. Đặc hiệu khi phát hiện được dị ứng nguyên qua test ngoài da.
- Cho thuốc kéo dài khoảng cách cơn hen (hen ngoại sinh) như Intal, Lo, udel, Cromolin... bằng phương pháp hít.
- Loại trừ các gai kích thích và ổ nhiễm khuẩn ở mũi, họng và đường hô hấp (nạo VA, cắt amydal, viêm xoang...).
- Thẻ dực liệu pháp: Tập thở để tăng khả năng hô hấp làm co giãn phổi tốt, nhất là bơi lội.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân và cách phân loại hen phế quản?
2. Trình bày triệu chứng và chẩn đoán hen phế quản?
3. Trình bày các loại thuốc và liều lượng dùng điều trị hen phế quản?

Bài 105

NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP (NKHHC) VÀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được tính phổ biến, tính nguy hiểm và mục tiêu chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em (ARI).
2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng thường gặp trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
3. Trình bày được cách đánh giá, phân loại và phác đồ xử trí trong ARI.
4. Trình bày được cách sử dụng các thuốc trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp và các biện pháp phòng nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp và mục tiêu của chương trình ARI

- Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là tình trạng bệnh lý có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao nhất ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt ở các nước đang và chưa phát triển.

+ Hàng năm theo ước tính của tổ chức y tế thế giới tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp chiếm 1/4 tổng số trẻ mắc bệnh ở trẻ dưới năm tuổi.

Đồng thời nhiễm khuẩn hô hấp cấp cũng là nguyên nhân hàng đầu khiến các bà mẹ phải đưa trẻ đến khám ở các cơ sở y tế. Tần suất trung bình trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp là 4 -6 lần/1trẻ/1năm.

+ Trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tỷ lệ tử vong chiếm 1/3 tổng số trẻ chết dưới năm tuổi. Hàng năm trên thế giới có khoảng 14 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết thì trong đó có 4 triệu trẻ chết do nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

- Mục tiêu chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp:

+ Giảm tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới năm tuổi (trong đó chủ yếu là viêm phổi).

+ Từng bước làm giảm tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em

+ Giảm tỷ lệ lạm dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp

2. Nguyên nhân

- Do vi khuẩn: Liên cầu, phế cầu, tụ cầu, hemophylus influenza. Và các vi khuẩn khác. Trong đó hay gặp nhất là phế cầu và hemophylus influenza

- Do virus hay gặp nhất là virus hợp bào hô hấp sau đó đến adeno virus, virus cúm, á cúm.

- Do ký sinh trùng như giun, sán, nấm.

3. Các triệu chứng thường gặp:

* Cách thăm khám và đánh giá

- Ho: Là biểu hiện viêm long đường hô hấp

- Sốt: Có thể hỏi bà mẹ cảm giác khi trẻ bú, da người mẹ áp sát da trẻ. Phải dùng nhiệt kế để đo thân nhiệt của trẻ.

Trẻ dưới 2 tháng tuổi sốt khi nhiệt độ từ 37⁰5C trở lên và hạ nhiệt độ khi dưới 35,5⁰

- Chảy nước mũi

- Chảy mủ tai

- Thở nhanh:

Đếm nhịp thở trong 1 phút để phát hiện thở nhanh: Quan sát sự di động bụng, ngực trẻ.

Nếu quan sát không rõ có thể đề nghị bà mẹ nhẹ nhàng vén áo trẻ lên để nhìn cho rõ.

Đếm trong 1 phút (Nếu có nghi ngờ đếm lần thứ hai)

Trẻ dưới 2 tháng tuổi thường thở không đều, có thể có cơn ngừng thở ngắn nên đếm nhịp thở lần thứ nhất từ 60 lần /phút cần đếm lại lần thứ hai

* Tiêu chuẩn thở nhanh là:

- + Trẻ dưới 2 tháng tuổi từ 60 lần /phút.
- + Trẻ 2 tháng đến 12 tháng từ 50 lần /phút
- + Trẻ 1- 5 tuổi từ 40 lần / phút.

- Thở khò khè: Cán bộ y tế cần ghé sát tai lại gần miệng trẻ ,khi trẻ đang nằm ngủ hoặc đang nằm yên.

Thở khò khè là âm êm dịu như tiếng nhạc nghe được khi trẻ thở ra.

- Tiếng thở rít: Cách khám như tiếng thở khò khè, cần làm sạch mũi trẻ trước khi khám. Tiếng thở rít là tiếng thở thô ráp nghe được ở thì hít vào.

- Rút lõm lồng ngực (RLLN): Là khi nhìn vào gianh giới giữa ngực và bụng lõm vào khi trẻ hít vào. Nếu chỉ có co kéo các cơ liên sườn thì không phải là RLLN. Để tìm dấu hiệu RLLN cần vén áo trẻ để có thể nhìn thấy toàn bộ ngực trẻ.

* Dấu hiệu RLLN chỉ có giá trị khi xảy ra thường xuyên và rõ ràng khi trẻ đang nằm ngủ hoặc nằm yên .

- Tím tái: Khi trẻ gắng sức hay thường xuyên. Vị trí gặp ở môi, đầu chi, hoặc toàn thân.

- Co giật: Là những rối loạn vận động bất thường, có thể toàn thân hoặc cục bộ.

- Li bì khó đánh thức: Là biểu hiện trẻ không tỉnh dậy hoặc mở mắt nhưng lơ mơ khi mẹ lay gọi, có tiếng động mạnh.

- Bỏ bú, hoặc bú kém: Bỏ bú là trẻ bỏ hoàn toàn không bú mẹ. Bú kém là trẻ chỉ bú được bằng một nửa lượng sữa so với ngày thường.

- Không uống được: Là trẻ hoàn toàn không uống được một tý nào

- Suy dinh dưỡng nặng: Cơ thể trẻ gầy, cân nặng giảm >30%, có thể phù dinh dưỡng, mảng sắc tố trên da.

4. Phác đồ phân loại và xử trí.

4.1. Xử trí một trẻ có bệnh ở tai.

4.1.1. Viêm tai xương chũm:

- Dấu hiệu: Sưng, đau sau tai.

- Xử trí:

+ Gửi đi bệnh viện

+ Cho điều trị kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện

+ Hạ sốt hoặc giảm đau nếu có.

4.1.2. Viêm tai giữa cấp.

- Dấu hiệu: + Chảy mủ tai dưới 2 tuần lễ hoặc.

+ Soi tai thấy màng nhĩ đỏ và không di động

- Xử trí: + Cho kháng sinh, điều trị tại nhà và hẹn khám lại sau 5 ngày.

+ Làm khô tai bằng giấy thấm quần sâu kèn.

+ Điều trị sốt hoặc đau tai (nếu có) bằng paracetamol.

4.1.3. Viêm tai giữa mạn tính:

- Dấu hiệu: Chảy mủ tai trên 2 tuần .

- Xử trí: + Không dùng kháng sinh.

+ Làm khô tai bằng giấy thấm quần sâu kèn.

+ Điều trị sốt hoặc đau tai (nếu có)

4.2. Xử trí một trẻ có bệnh ở họng

4.2.1. áp xe thành họng

- Dấu hiệu: Trẻ không uống được.
- Xử trí: + Gửi đi bệnh viện điều trị.
 - + Cho điều trị kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện
 - + Điều trị sốt (nếu có)

4.2.2. Viêm họng liên cầu:

- Dấu hiệu: Họng đỏ có chất xuất tiết trắng ở họng và sưng đau hạch cổ.
- Xử trí: + Cho kháng sinh điều trị tại nhà
 - + Điều trị sốt (nếu có)
 - + Làm dịu họng bằng cách cho trẻ uống đủ nước (chè đường, mật ong) các thuốc ho dân tộc như hoa hồng hấp đường, nước quất, nước chanh.

4.3. Xử trí một trẻ dưới 2 tháng tuổi bị ho hoặc khó thở

4.3.1. Viêm phổi rất nặng hoặc bệnh rất nặng:

- * Trẻ có 1 trong 6 dấu hiệu nguy kịch sau sau:
 - Bỏ bú, hoặc bú kém.
 - Co giật.
 - Ngủ li bì khó đánh thức.
 - Thở rít khi nằm yên.
 - Khò khè.
 - Sốt hoặc hạ nhiệt độ.
- * Xử trí: + Gửi gấp đi bệnh viện điều trị.
 - + Cho điều trị kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
 - + Giữ ấm cho trẻ.

4.3.2. Viêm phổi nặng:

- * Khi trẻ có dấu hiệu sau đây:
 - Thở nhanh từ 60 lần/phút trở lên hoặc co rút lồng ngực và không có dấu hiệu nguy kịch ở trên.
- * Xử trí: + Gửi gấp đi bệnh viện điều trị.
 - + Cho điều trị kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
 - + Giữ ấm cho trẻ.

4.3.3. Không viêm phổi (ho và cảm lạnh):

- Khi trẻ không thở nhanh, không co rút lồng ngực và không có 6 dấu hiệu nguy kịch ở trên.
- Xử trí:
 - + Không dùng kháng sinh.
 - + Chăm sóc tại nhà bằng cách: giữ ấm cho trẻ, cho bú mẹ thường xuyên hơn, làm sạch mũi.
 - + Đưa trẻ đến khám lại ngay nếu thấy một trong 4 dấu hiệu sau:
 - . Trẻ khó thở hơn.
 - . Thở nhanh hơn.
 - . Bú kém hơn.
 - . Ôm nặng hơn.

4.4. Xử trí một trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 5 tuổi bị ho hoặc khó thở.

4.4.1. Viêm phổi rất nặng hoặc bệnh rất nặng:

- * Trẻ có 1 trong 5 triệu chứng nguy kịch sau đây:
 - Không uống nước được

- Co giật
- Ngủ li bì khó đánh thức.
- Thở rít khi nằm yên.
- Suy dinh dưỡng nặng

Đối với trẻ bị viêm phổi rất nặng thường có thêm tím tái, suy hô hấp nặng hoặc biến chứng khác như suy tim do thiếu oxy máu nặng.

- * Xử trí: + Gửi gấp đi bệnh viện điều trị.
- + Cho điều trị kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
- + Điều trị sốt hoặc khô khè (nếu có).
- + Các trẻ sống ở vùng sốt rét mà ta nghi ngờ bị sốt rét có thể cho uống thuốc chống sốt rét.

4.4.2 Viêm phổi nặng:

- * Có rút lõm lồng ngực và không có 1 trong 5 triệu chứng ở trên.
- * Xử lý: + Gửi gấp đi bệnh viện điều trị.
- + Cho điều trị kháng sinh đầu tiên.
- + Điều trị sốt hoặc khô khè (nếu có).

4.4.3. Viêm phổi:

- * Trẻ co nhịp thở nhanh.
- + Từ 50 lần/phút trở lên đối với trẻ từ 2 tháng đến dưới 1 tuổi.
- + Từ 40 lần/phút trở lên đối với trẻ từ 1 đến dưới 5 tuổi.

Và không có dấu hiệu co rút lồng ngực và 1 trong 5 triệu chứng nguy kịch ở trên.

- * Xử trí: + Cho một loại kháng sinh điều trị tại nhà.
- + Hẹn khám lại sau 2 ngày nếu thấy:
- . Trẻ nặng hơn: chuyển đi bệnh viện điều trị.
- . Trẻ không đỡ: đổi kháng sinh hoặc, chuyển đi bệnh viện điều trị.
- . Trẻ đỡ: cho tiếp kháng sinh cho đủ 5 - 7 ngày.

4.4.4 Không viêm phổi (ho và cảm lạnh):

- Ho (sốt hoặc không sốt).
- Không có thở nhanh.
- Không co rút lồng ngực và không có dấu hiệu nguy kịch trên.
- * Xử trí: + Không dùng kháng sinh.
- + Chăm sóc tại nhà
- + Khám tiếp các bệnh về tai hoặc họng (nếu có).
- + Điều trị sốt hoặc khô khè (nếu có).
- + Ho trên 30 ngày chuyển đi bệnh viện

5. Xử trí :

5.1. Kháng sinh (KS)

5.1.1 KS tuyến 1 (cơ sở y tế):

- * Chỉ định : Điều trị viêm phổi, viêm tai giữa cấp tại nhà.
- * Các loại KS:
- + Amoxycilin 250mg: 50mg/kg/24h. Ngày chia 2-3 lần uống. Dùng trong 5 ngày
- + Cotrimoxazon 480 mg: 48mg/kg/24h. Ngày chia 2 lần uống nhiều nước. Dùng trong 5 ngày

5.1.2. KS tuyến 2 (Bệnh viện)

- * Chỉ định : + Liều KS đầu trong bệnh rất nặng hoặc viêm phổi nặng
- + Điều trị viêm phổi sau điều trị KS tuyến 1 không đỡ

* Các loại KS: + PenicillinG 1000 000UI: 50.000 UI /kg/ 1lần , ngày 2-3 lần, tiêm bắp.

+ Gentamycin 40mg: 3-5 mg /kg/24 giờ

Chú ý: . Không dùng thuốc đơn độc

. Không dùng quá 10 ngày

+ Chloramphenicol: 25 mg /kg/1lần , ngày 2 lần

CCĐ : . Mẫn cảm với thuốc

. Bất thường trong xét nghiệm máu

. Trẻ sơ sinh thiếu tháng, thiếu cân

Chú ý : Không dùng 2 đợt liên tiếp

- Trẻ viêm họng do liên cầu

Dùng Benzathine penicillin 600000 đơn vị, tiêm bắp 1 liều duy nhất.

Hoặc Penicillin V 1-2 triệu đv/ngày trong 10 ngày.

5.2. Chống suy hô hấp: tùy từng mức độ khác nhau:

+ Đặt trẻ nằm phòng thoáng, không có khói bếp, khói thuốc lá

+ Đặt trẻ nằm đầu cao kê gối dưới vai

+ Nới rộng áo, khăn, mũ

+ Hút đờm, dãi

+ Hô hấp hỗ trợ:

. Thở oxy qua sonde khi tím tái , RLLN nặng

Liều lượng : Trẻ sơ sinh 0,5lít /phút

Trẻ >2tháng 1lít /phút

. Bóp bóng khi trẻ tím tái

. Đặt nội khí quản, thở máy khi có cơn ngừng thở dài

5.3. Dùng thuốc khác:

- Truyền dịch (nếu có)

- Bù kiềm bằng dung dịch Natri bicarbonnat nếu có suy hô hấp.

- Thuốc giãn cơ phế quản nếu trẻ khó khè hoặc hen phế quản.

+ Salbutamol: (dùng cho trẻ >2tháng tuổi): 0,1mg/kg, 8h/lần.

+ Khí dung (Ventolin 2,5mg) : Mỗi lần 2 nhát bóp

Uống Salbutamol

Loại 2mg

Loại 4mg

Trẻ 2-12 tháng : 1/2viên/lần

1/4viên /lần

Trẻ 1-5tuổi : 1viên/lần

1/2viên/lần

+ Adrenalin dung dịch 1% 0,01ml/1kg/1lần (tiêm dưới da)

- Hạ sốt: Paracetamol : 10-15mg/kg/lần, 6h/lần. Nếu sốt 38,5 độ trở nên.

Chườm ấm.

Uống nước, dung dịch ORS.

6. Chăm sóc và phòng bệnh.

- Chế độ ăn :

+ Đảm bảo sữa mẹ

+ Thức ăn nấu lỏng, đủ dinh dưỡng

+ Uống đủ nước

- Vệ sinh tai, mũi, họng:

+ Tai: Làm khô và sạch tai bằng tăm bông, giấy thấm hình sâu kèn

+ Mũi: Làm khô và sạch mũi bằng tăm bông, nhỏ mũi dd natriclorid

9/1000, dd sulfarin

+ Họng: Trẻ lớn súc họng bằng dd nước muối sinh lý.

- Hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu đưa trẻ đến khám lại:

- + Trẻ khó thở hơn
- + Thở nhanh hơn
- + Không uống được, bú kém
- + Trẻ mệt nặng hơn
- Phòng bệnh
 - + Giữ ấm cho trẻ
 - + Tránh lạnh
 - + Tiêm chủng
 - + Vệ sinh tai mũi họng

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày tầm quan trọng, mục tiêu của chương trình ARI? Các nguyên nhân thường gặp gây NKHHC?
2. Trình bày các phác đồ phân loại và xử trí trẻ bị NKHHC theo chương trình ARI?
3. Lập bảng so sánh trong phân loại xử trí ho- khó thở ở trẻ dưới 2 tháng tuổi và trẻ từ 2 tháng – 5 tuổi?
4. Phân biệt sự khác nhau giữa phân loại “ Bệnh rất nặng” và “ Viêm phổi rất nặng” ? Vì sao có sự phân loại này?
5. Trình bày các loại thuốc được dùng để điều trị NKHHC chia theo từng nhóm (kháng sinh, giảm sốt...) ?

Bài 106

BỆNH TIÊU CHẢY CẤP Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU:

- 1- Trình bày mục tiêu và nội dung của chương trình phòng chống tiêu chảy cấp ở trẻ em.
- 2- Trình bày được nguyên nhân, cách thăm khám và đánh giá mức độ mất nước.
- 3- Trình bày được điều trị, phòng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em.

NỘI DUNG:

I. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TIÊU CHẢY(CDD)

Từ năm 1978 tổ chức y tế thế giới thành lập trung tâm nghiên cứu bệnh tiêu chảy trẻ em ở Banglades, sau 2 năm thành lập trung tâm đã công bố nhiều kết quả quan trọng cả trên thực nghiệm và trong áp dụng thực tế được tổ chức y tế thế giới phổ biến rộng rãi nội dung của chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy. Tại Việt Nam chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy quốc gia phổ biến từ năm 1983 và được xếp là một chương trình quốc gia. Từ đó đến nay chương trình này đã đạt được nhiều kết quả đáng kể

1. Mục tiêu của chương trình

- Làm giảm tỷ lệ tử vong do tiêu chảy
- Làm giảm tình trạng suy dinh dưỡng sau tiêu chảy
- Làm giảm tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy bằng biện pháp hướng dẫn nuôi trẻ đúng, phổ biến phương pháp phòng chống bệnh tiêu chảy
- Làm giảm thể lâm sàng nặng cần phải điều trị bằng truyền dịch tĩnh mạch ở các bệnh viện, từ đó sẽ làm giảm tỷ lệ nhập viện, giảm số giường bệnh điều trị tiêu chảy dẫn đến giảm được chi phí cho điều trị bệnh tiêu chảy

2. Nội dung của chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy quốc gia

Tập trung cho 3 đối tượng chính đó là:

- Bà mẹ
- Cán bộ y tế cấp cơ sở
- Cán bộ y tế tại các bệnh viện

+ Đối với các bà mẹ:

Phổ biến phòng bệnh
Tận dụng nguồn sữa mẹ
Cho trẻ ăn bổ xung đúng cách
Chăm sóc trẻ hợp vệ sinh, rửa tay trước khi ăn hoặc chế biến thức ăn và xử lý phân hợp vệ sinh nhất là phân của trẻ nhỏ

Tiêm phòng đủ 6 bệnh nhất là bệnh sởi

Theo dõi sự phát triển của trẻ bằng theo dõi cân nặng trên biểu đồ tăng trưởng

Xử trí khi trẻ mắc tiêu chảy

Biết cách cho con uống ORS hoặc các dung dịch tự pha chế ở nhà

Biết cách cho trẻ ăn khi bị tiêu chảy và sau khi khỏi tiêu chảy

Biết phát hiện các dấu hiệu mất nước

Biết đưa con đi khám đúng lúc

+ Đối với cán bộ y tế cơ sở

- Biết phân độ mất nước
- Biết điều trị tiêu chảy theo phác đồ A và B
- Biết cho nhập viện đúng lúc khi cần điều trị theo phác đồ C
- Không lạm dụng thuốc kháng sinh trong điều trị bệnh tiêu chảy
- Biết chọn kháng sinh khi phân có máu hay nghi ngờ do tả
- + Đối với nhân viên y tế tại các bệnh viện
 - Biết cấp cứu tiêu chảy mất nước nặng theo phác đồ C
 - Biết kết hợp chế độ ăn phòng chống suy dinh dưỡng và phục hồi suy dinh dưỡng sau tiêu chảy
 - Biết điều trị các biến chứng tiêu chảy mất nước nặng
 - Biết chẩn đoán và điều trị các thể lâm sàng tiêu chảy khác như hội chứng Ly, tiêu chảy kéo dài, tiêu chảy mạn

3. Biện pháp phòng bệnh:

cơ sở hiểu rõ các yếu tố dịch tễ liên quan đến bệnh tiêu chảy từ đó có thể đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cộng đồng tốt hơn. Những biện pháp phòng ngừa bệnh tiêu chảy được tiến hành theo những cấp khác nhau:

- Phòng ngừa cấp O: Đây là những biện pháp nhằm ngăn chặn nguy cơ lây lan trong cộng đồng:

- + Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh ăn uống
- + Tạo tập quán rửa tay trước khi ăn, chế biến thức ăn và sau khi ỉa
- + Sử dụng hố xí và xử lý phân trẻ nhỏ an toàn
- Phòng cấp 1: Bao gồm các biện pháp nhằm nâng cao sức đề kháng cho trẻ và hạn chế sự tiếp xúc của trẻ với các nguy cơ lây bệnh
 - + Nuôi trẻ bằng sữa mẹ đến 18 -24 tháng tuổi
 - + Cải thiện tập quán ăn bổ xung cho trẻ (gồm 4 ô vuông) trẻ phải tập ăn bổ xung sau 4 -6 tháng tuổi
 - + Tiêm phòng cho trẻ đầy đủ theo lịch nhất là tiêm phòng sởi
- Phòng cấp 2: Bao gồm các biện pháp phát hiện và giải quyết sớm bệnh tiêu chảy
 - + Hướng dẫn người mẹ biết xử trí khi con bị tiêu chảy
 - + Tiếp tục cho trẻ ăn và cho uống ORS
 - + Biết phát hiện sớm dấu hiệu mất nước
 - + Biết đưa trẻ đi khám đúng lúc
 - + Hướng dẫn người mẹ biết bỏ các tập quán sai lầm trong cộng đồng như cho trẻ nhịn ăn, nhịn uống khi bị tiêu chảy, kiêng không cho trẻ ăn các thức ăn giàu năng lượng vì sợ trẻ ăn không tiêu làm cho bệnh tiêu chảy nặng lên
- Phòng cấp 3: Tăng cường các biện pháp hồi phục cho trẻ khi trẻ khỏi bệnh
 - + Phải cho trẻ ăn thêm 1 bữa trong ngày ít nhất 2 tuần sau khi hết tiêu chảy nhằm phục hồi nhanh chóng tình trạng dinh dưỡng cho trẻ
 - + Mẹ biết theo dõi cân nặng cho trẻ theo biểu đồ tăng trưởng

II. BỆNH TIÊU CHẢY

1. Định nghĩa:

Tiêu chảy là bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, bệnh rất nguy hiểm dẫn đến tử vong do mất nước và điện giải, ngoài ra trẻ cũng dễ mắc suy dinh dưỡng sau tiêu chảy, tuy vậy việc điều trị tại cộng đồng cũng rất đơn giản và hiệu quả nếu như cho trẻ được uống ORS đúng phương pháp thì đa số trường hợp khỏi

Tiêu chảy là hiện tượng đi ngoài bất thường 3 lần hoặc trên 3 lần trong 1 ngày, phân lỏng nhiều nước. Tiêu chảy dưới 14 ngày là tiêu chảy cấp, từ 14 ngày trở lên là tiêu chảy kéo dài, có máu trong phân là lỵ.

2. Nguyên nhân.

2.1. Nguyên nhân chính

2.1.1. Do ăn uống.

Cho trẻ ăn không đúng phương pháp, sai lầm về số lượng, chất lượng.

2.1.2. Do nhiễm khuẩn.

- Nhiễm khuẩn ở ruột.
 - + Do virus: Rotavirus, chiếm khoảng 40 - 60%.
 - + Do vi khuẩn: E.coli, Trực khuẩn lỵ, Phẩy khuẩn tả
 - Trực khuẩn thương hàn.
 - + Do ký sinh trùng: Amíp, Nấm, Giardia.
- Nhiễm khuẩn ngoài ruột.
 - + Viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa...

2.2. Nguyên nhân thuận lợi

- Độ tuổi: Hay gặp nhất ở độ tuổi 6 tháng - 2 tuổi.
- Thể tạng: Trẻ đẻ non yếu.
- Thời tiết: Tháng nóng nực dễ bị tiêu chảy.
- Chế độ sinh hoạt: Nhà ở thiếu ánh sáng chật trội.

3. Thăm khám trẻ bị tiêu chảy

3.1. Đánh giá mức độ mất nước

Bảng 106.1. Bảng đánh giá các dấu hiệu mất nước

Dấu hiệu	A	B	C
Toàn trạng*	Tốt, tỉnh táo	Vật vã, kích thích	Li bì, hôn mê, mệt lả
Mắt	Bình thường	Trũng	Rất trũng, khô
Nước mắt	Có	Không	Không
Miệng, lưỡi	Ướt	Khô	Rất khô
Khát*	Không	Khát, háo hức	Uống kém hoặc không uống được
Sờ nếp véo da*	Mất nhanh	Mất chậm (sau 2 giây)	Rất chậm >2 giây

- Triệu chứng khác:

- + Sốt.
- + Đái ít khi trẻ có mất nước mức độ nhẹ, vô niệu nếu trẻ mất nước nặng
- + Truy mạch.
- + Thở nhanh sâu khi trẻ có nhiễm toan

3.2. Phân loại mất nước dựa trên bảng dấu hiệu mất nước

Nguyên tắc:

- Nhìn từ phải sang trái trong bảng đánh giá các dấu hiệu mất nước tức là nhìn từ cột C sang cột A.
- Nhận định nếu có 2 dấu hiệu trở lên trong đó có 1 dấu hiệu ngôi sao thì phân loại mất nước ở cột đó.
 - + Nếu mất nước ở cột C thì phân loại là mất nước nặng
 - + Nếu mất nước ở cột B: Mất nước nhẹ.
 - + Ở cột A: Không mất nước

3.3. Kiểm tra những biểu hiện khác:

- Phân có máu không.
- Thời gian bị tiêu chảy (Từ 14 ngày trở lên)

- Trẻ có sốt không:

Chú ý: Sốt ở trẻ dưới 2 tháng tuổi hoặc trên 2 tháng tuổi.

Có dịch sốt rét ở nơi trẻ ở hoặc trẻ có tiền sử sốt rét.

- Trẻ có bị suy dinh dưỡng nặng hay không.

4. Điều trị.

4.1. Điều trị bù nước

4.1.1. Dung dịch bù nước.

* Dung dịch Oresol.

Gói ORS có:

- | | |
|--------------------|------|
| - Glucoza | 20g |
| - Natri clorua | 3,5g |
| - Natri bicacbonat | 2,5g |
| - Kali clorua | 1,5g |

Gói có thành phần như trên pha trong 1 lít nước đun sôi để nguội.

Chú ý: Lượng nước phải chính xác.

- Các bước pha dung dịch ORS

- + Rửa tay bằng xà phòng.
- + Kiểm tra gói ORS có bị rách không, còn hạn sử dụng không.
- + Cắt, gói, kiểm tra bên trong gói và đổ bột vào bát, bình.
- + Đong đủ 1 lít nước đổ vào.
- + Ngoáy cho tan hết bột ORS.
- + Nêm thử.

Chú ý: Dung dịch pha được bảo quản sạch có nắp đậy và dùng trong thời gian

24h.

* Khi không có dung dịch ORS thì thay thế bằng dung dịch nước cháo muối.

- Gạo 3 nắm chặt (50g)

- Muối 1 nhúm (3,5g)

- Nước 6 bát ăn cơm. (1,2l)

Đun sôi tới khi hạt gạo nở bung hết, chắt lấy nước.

* Có thể dùng nước chè loãng, nước dừa non, nước sạch.

* Dung dịch truyền: Dung dịch đẳng trương: Ringer Lactat, NaCl 0.9%,
Glucose 5%.

4.1.2 Điều trị tiêu chảy cấp không mất nước:

Theo phác đồ A điều trị tại nhà theo 3 nguyên tắc:

- Uống nhiều dịch để phòng mất nước.

+ Dịch, nước sôi, nước cơm, nước cháo, nước muối ORS, không uống nước ngọt công nghiệp.

Số lượng < 24 tháng 50-100 ml. Uống sau mỗi lần tiêu chảy

Số lượng > 24 tháng 100 - 200 ml uống sau mỗi lần tiêu chảy.

Số lượng > 10 tuổi theo nhu cầu.

+ Cách uống < 24 tháng uống từng ngụm.

Nôn: đợi 10 phút sau mới uống lại.

+ Nên uống ORS cần cho đủ trong 2 ngày điều trị tại nhà.

- Ăn thức ăn giàu dinh dưỡng để phòng suy dinh dưỡng.

+ Sữa mẹ. Nếu trẻ đang bú mẹ.

+ Sữa bò. Nếu trẻ đang ăn sữa bò; ăn bình thường.

+ Thức ăn đủ rau, thịt, bột, dầu cần nghiền kỹ, ninh nhừ.

+ Khi tiêu chảy cho trẻ ăn 5-6 bữa/ngày.

+ Hết tiêu chảy + 1 bữa trong 2 tuần.

- Đưa đến cơ sở y tế:

Đưa trẻ đến theo hẹn khám nếu trẻ không khá hơn sau 3 ngày.

Đưa đến khám lại ngay khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Ía nhiều.

+ Nôn nhiều.

+ Khát nước.

+ Sốt.

+ Ía phân máu.

+ Ăn uống kém.

Chú ý: Không dùng kháng sinh hoặc thuốc cầm tiêu chảy, thuốc chống nôn. Chỉ dùng kháng sinh trong trường hợp mắc lỵ hoặc tả nặng. Thuốc kháng sinh là Biseptol 50 - 60 mg/kg/ngày trong 5 ngày nếu trẻ mắc hội chứng lỵ, và 3 ngày nếu trẻ mắc tả nặng

4.1.3 Điều trị tiêu chảy mất nước nhẹ theo phác đồ B:

- Tại cơ sở y tế.

- Thời gian 4 giờ.

- Dịch ORS.

Tính theo cân nặng: $M = 75^{\text{ml}} \times P$.

* Cách uống:

- Trẻ nhỏ uống từng thìa/phút.

- Trẻ lớn uống từng ngụm.

- Nôn: đợi 10 phút sau mới uống.

Sau 4 giờ đánh giá lại để thay đổi phác đồ điều trị.

* Thất bại của điều trị ORS trong trường hợp:

- Trẻ ía nhiều khi số lượng phân lỏng nước $\geq 15 - 20\text{ml/kg/h}$

- Nôn nhiều liên tục nếu trẻ nôn $\geq 3\text{lần/h}$.

- Chướng bụng, liệt ruột.

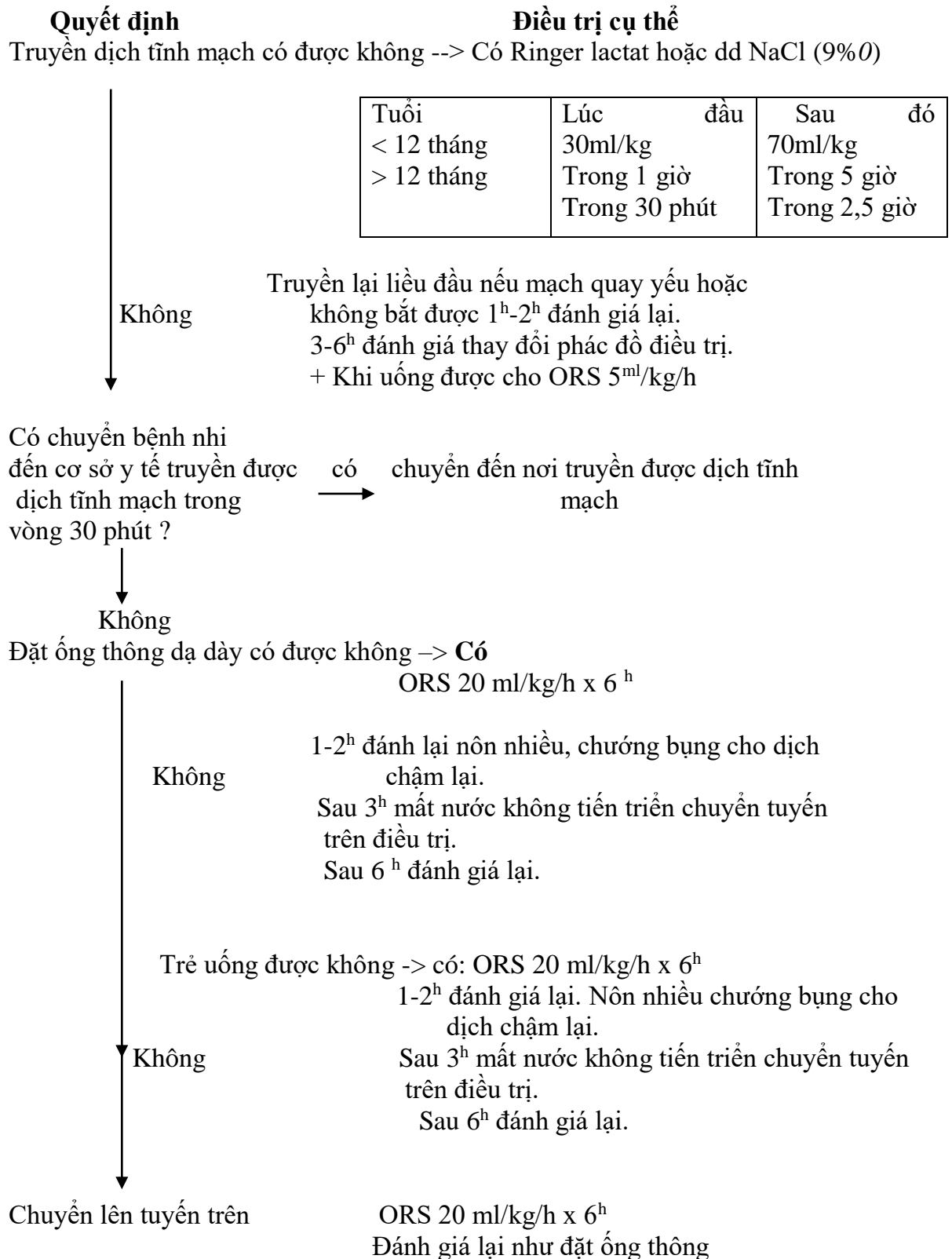
- Không thể uống được (viêm miệng).

- Không dung nạp đường glucose.

4.1.4. Điều trị mất nước nặng theo phác đồ C tại bệnh viện.

Nguyên tắc phục hồi khối lượng tuần hoàn càng nhanh càng tốt bằng truyền tĩnh mạch, chỉ sử dụng những cách bù dịch khác (qua ống thông dạ dày...) khi không thể truyền tĩnh mạch và không thể truyền ngay được trong vòng 30 phút.

Sơ đồ 106. 1. Sơ đồ xử trí mất nước nặng theo phác đồ C



4.2. Điều trị những biểu hiện khác.

4.2.1. Phân có máu.

+ Điều trị 3 ngày với loại kháng sinh nhạy cảm với Shigella được khuyến cáo tại địa phương bằng đường uống (Cotrimosazol). Sau 3 ngày không đỡ phối hợp Nalidixic acid trong 3 ngày. Nếu vẫn không hết máu trong phân thì dùng Metronidazol

+ Hướng dẫn bà mẹ nuôi dưỡng trẻ như đã mô tả ở phác đồ A.

+ Khám lại trẻ sau 2 ngày nếu:

- Trẻ dưới 1 tuổi.

- Mất nước ngay từ đầu.

- Không chuyển biến tốt hơn.

+ Nếu còn ra máu sau 2 ngày thay bằng loại kháng sinh uống thứ hai nhạy cảm với Shigella được khuyến cáo tại địa phương bạn và cho uống 5 ngày.

4.2.2. Tiêu chảy kéo dài.

Nếu tiêu chảy kéo dài ít nhất 14 ngày.

+ Gửi đi bệnh viện nếu:

- Trẻ dưới 6 tháng tuổi.

- Có mất nước (chuyển trẻ đến bệnh viện sau khi hồi phục nước, điện giải).

+ Hướng dẫn mẹ nuôi trẻ như phác đồ A.

- Chỉ cho 1/2 lượng sữa thường ngày hoặc thay bằng sản phẩm sữa lên men (sữa chua).

- Đảm bảo cho trẻ ăn đủ năng lượng bằng cách cho ăn bột đặc 6 bữa/ngày, thêm dầu trộn lẫn với rau, đậu thịt hoặc cá.

+ Nói với bà mẹ cho trẻ khám lại sau 5 ngày.

- Nếu tiêu chảy không ngừng, chuyển trẻ tới bệnh viện.

- Nếu tiêu chảy ngừng nói với bà mẹ cho trẻ ăn thức ăn bình thường mà trẻ vẫn ăn.

Sau hơn một tuần từ từ cho trẻ ăn lại sữa động vật.

- Mỗi ngày cho trẻ ăn tăng thêm 1 bữa, ít nhất là trong 1 tháng.

4.2.3. Trẻ suy dinh dưỡng nặng.

Nếu trẻ suy dinh dưỡng nặng.

+ Chuyển đi bệnh viện điều trị không nên cố gắng hồi phục điện giải.

+ Đưa bà mẹ dung dịch ORS và hướng dẫn bà mẹ cách cho uống 5ml/kg/giờ trong quá trình vận chuyển.

4.2.4. Trẻ có sốt.

- Nếu trẻ dưới 2 tháng tuổi:

+ Bù nước là cần thiết. Nếu trẻ sốt (nhiệt độ 38⁰C hoặc hơn) sau khi bù nước phải chuyển trẻ tới bệnh viện. Không nên dùng Paracetamol hoặc thuốc chống sốt rét.

- Nếu trẻ 2 tháng hoặc hơn:

+ Nếu nhiệt độ của trẻ là 39⁰C hoặc hơn thì dùng Paracetamol.

+ Nếu địa phương có dịch sốt rét và trẻ bị sốt ở bất kỳ mức độ nào (38⁰C trở nên hoặc tiểu sử có sốt rét trong 5 ngày trước đó thì cho thuốc chống sốt rét (hoặc xử lý tùy theo các khuyến cáo của chương trình sốt rét tại địa phương).

5. Phòng bệnh

Hiện nay ở Việt Nam chưa áp dụng biện pháp phòng đặc hiệu đó là tiêm Vacxin để phòng bệnh tiêu chảy do Rotavirus, nhưng nếu trong tương lai nếu có Vacxin để tiêm phòng bệnh này do Rotavirus thì sẽ làm giảm được khoảng 50% số trẻ mắc tiêu chảy và

như vậy làm giảm rất nhiều số trẻ tử vong. Chúng ta đang áp dụng nhiều biện pháp phòng bệnh sau:

5.1. Nuôi con bằng sữa mẹ:

Vì trong sữa mẹ có kháng thể IgA, vô khuẩn sữa mẹ là thức ăn thích hợp nhất giúp cho trẻ phát triển và không mắc tiêu chảy trong vài tháng đầu sau sinh vì vậy để phòng bệnh tiêu chảy cần cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 4-6 tháng đầu sau đẻ và bú kéo dài đến 18-24 tháng

5.2. Cải thiện tập quán ăn bổ xung:

Tại Việt Nam, mỗi một dân tộc có một cách cho trẻ ăn bổ xung khác nhau, và thời kỳ bắt đầu cho trẻ ăn bổ xung là thời kỳ dễ mắc tiêu chảy nhất do chế biến không vệ sinh, thức ăn không hợp với trẻ, không đủ chất dinh dưỡng...v.v.... Vì vậy cho trẻ ăn bổ xung đúng là cho ăn sau 4 tháng, thức ăn cần nghiền nhỏ ninh nhừ, đầy các loại thức ăn theo ô vuông thức ăn, cho trẻ ăn ngay sau khi chế biến thức ăn

5.3. Sử dụng nguồn nước sạch:

Do đường lây truyền bệnh tiêu chảy chủ yếu qua đường nước uống nhiễm bẩn, nguồn nước sạch là nước máy, nước giếng khoan, nước giếng, nguồn phân gia súc phải cách xa nguồn nước

5.4. Rửa tay sạch: Bằng nước sạch và xà phòng sẽ giúp trẻ ít có nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy nhất là mắc Lỵ

5.5. Sử dụng hố xí hợp vệ sinh: Là hố xí hai ngăn hay hố xí tự hoại, không được dùng hố xí không hợp vệ sinh sẽ làm vi khuẩn gây tiêu chảy phân tán gây dịch

5.6. Xử lý phân của trẻ: Bằng cách trộn phân sâu xuống đất, đổ vào hố xí tự hoại, không để cho chó ăn, hoặc đổ bừa bãi ra môi trường xung quang

5.7. Tiêm phòng sởi: Những trẻ mắc sởi hoặc đã mắc sởi trong vòng 1 tháng rất dễ mắc bệnh tiêu chảy do đó biện pháp đơn giản và hữu hiệu để phòng tiêu chảy là cho trẻ tiêm phòng sởi đúng tuổi.

LƯỢNG GIÁ

1. Mục tiêu chương trình phòng chống tiêu chảy quốc gia là gì?
2. Đánh giá mức độ mất nước ở trẻ bị tiêu chảy. Trong các dấu hiệu đánh giá mất nước, dấu hiệu nào là dấu hiệu quan trọng? Vì sao?
3. Xử trí tiêu chảy theo phác đồ A, B, C. So sánh và nhận xét sự khác nhau giữa các phác đồ?
4. Mức độ phổ biến và nguy hiểm của bệnh tiêu chảy là gì? Tuyên truyền phòng bệnh tiêu chảy?

Bài 107

HOẠT ĐỘNG LÒNG GHÉP XỬ TRÍ TRẺ BỆNH

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được mục tiêu và chiến lược xử trí lồng ghép trẻ bệnh (IMCI).
2. Trình bày được cơ sở khoa học và tiếp cận xử trí lồng ghép bệnh trẻ em.
3. Trình bày được tác động của IMCI.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu chung.

Hàng năm trên thế giới có trên 10 triệu trẻ em chết trước 5 tuổi, 7/10 nguyên nhân tử vong là do phối hợp nhiều bệnh lý khác nhau như: viêm phổi, tiêu chảy, sỏi, sốt, sốt rét và suy dinh dưỡng. Theo những nghiên cứu tiên đoán về gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới, bất chấp mọi nỗ lực kiểm soát, các bệnh trên vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong trẻ em cho tới năm 2020.

Tỷ lệ phân bố của 10,5 triệu trường hợp trẻ em dưới 5 tuổi tử vong tại các nước đang phát triển năm 1999: viêm phổi 19%, tiêu chảy 15%, chu sinh 20%, HIV/AIDS 3%, sốt rét 7%, bệnh khác 28%, trong số bệnh nhân tử vong do các nguyên nhân trên đều có liên quan đến suy dinh dưỡng 54%.

Tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển cao hơn gấp 10 lần so với các nước công nghiệp phát triển. Sự khác biệt về tử vong cho thấy sự bất bình đẳng trong chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em. Nhiều bệnh nhi chưa được đánh giá và điều trị hợp lý, các bà mẹ chưa được hướng dẫn đầy đủ, trang thiết bị, thuốc men tại các cơ sở y tế thiếu thốn, là một thách thức lớn cho ngành y tế của các nước đang phát triển trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc trẻ bệnh.

Kinh nghiệm và bằng chứng khoa học cho thấy việc cải thiện sức khỏe trẻ em không nhất thiết phụ thuộc vào việc sử dụng các trang thiết bị kỹ thuật cao và đắt tiền mà tùy thuộc vào các chiến lược tổng thể hữu hiệu phù hợp và dễ áp dụng cho đại đa số, dựa trên hướng tiếp cận theo kinh nghiệm và các phương tiện sẵn có, cũng như phải phù hợp với khả năng, cơ cấu của hệ thống y tế và tập quán, tín ngưỡng của cộng đồng.

Trong những thập kỷ qua, nhiều chương trình y tế đã mang lại hiệu quả, cứu sống nhiều sinh mạng trẻ em như chương trình tiêm chủng đã làm giảm mạnh tử vong do sỏi, chương trình phòng chống tiêu chảy đã hạ thấp tỷ lệ tử vong do tiêu chảy, chương trình phòng chống suy dinh dưỡng cũng làm thấp tỷ lệ tử vong do suy dinh dưỡng ... mỗi chương trình trên đã mang lại những thành quả to lớn. Tuy nhiên, cần có một chiến lược lồng ghép cách xử trí riêng rẽ từng bệnh thành một chiến lược sức khỏe tổng thể cho trẻ em để mang lại hiệu quả cao hơn. Khi đó, bệnh nhi đến cơ sở y tế với nhiều triệu chứng của nhiều bệnh chồng chéo nhau sẽ được xử trí và chăm sóc thích hợp hơn. Để đáp ứng nhu cầu trên từ giữa năm 1990, Tổ chức Y tế Thế giới và Unicef đã xây dựng một chiến lược tổng thể mang tên: "Chiến lược xử trí lồng ghép bệnh trẻ em"

2. Mục tiêu của chiến lược IMCI.

2.1. Nâng cao chất lượng hoạt động và chăm sóc sức khỏe trẻ bệnh tại các cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở.

2.2. Giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ em nói chung thông qua việc thực hiện các phương pháp phòng và chữa bệnh đã được chuẩn hoá cho các bệnh thường gặp ở trẻ em như: viêm phổi, tiêu chảy, sốt rét, sởi, sốt xuất huyết, suy dinh dưỡng ...

2.3. Cải thiện thể lực và khả năng phát triển ở trẻ em.

3. Chiến lược IMCI gồm 3 nội dung cấu thành.

3.1. Cải thiện kỹ năng xử trí trẻ bệnh của nhân viên y tế thông qua việc hướng dẫn áp dụng các phác đồ IMCI đã được chỉnh lý phù hợp với tình hình bệnh tật tại địa phương và các hoạt động nhằm thúc đẩy việc sử dụng chúng.

3.2. Cải thiện năng lực chung của hệ thống y tế nhằm đảm bảo việc xử trí hiệu quả các bệnh lý thường gặp ở trẻ em.

3.3. Cải thiện hoạt động chăm sóc sức khỏe tại gia đình và cộng đồng.

4. Cơ sở khoa học của xử trí lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh.

4.1. Sự bất bình đẳng trong chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em:

- Chênh lệch về số lượng và chất lượng Bác sĩ giữa trạm y tế và bệnh viện:
- + Ở các trạm y tế số Bác sĩ còn ít, có những trạm y tế không có Bác sĩ.
- + Mặt khác phần lớn các Bác sĩ chưa được đào tạo củng cố thêm, chưa có Bác sĩ chuyên khoa ... Do vậy trẻ em ở các vùng xa xôi, khó khăn việc được bảo vệ chăm sóc sức khỏe còn thấp kém.

- + Trong khi đó các bệnh viện có nhiều Bác sĩ, có các Bác sĩ chuyên khoa, do vậy trẻ em ở những vùng này được chăm sóc tốt hơn.

- Chênh lệch về chuyên môn giữa trạm y tế xã và bệnh viện:
- + Ở trạm y tế hầu như không có Bác sĩ chuyên khoa, mặt khác do địa lý xa xôi, đi lại khó khăn. Nên họ ít có điều kiện học tập mở mang, thu nhận những thông tin mới. Vì vậy chuyên môn còn thấp kém.

- + Ở các bệnh viện tỉnh, huyện các Bác sĩ phần nhiều là Bác sĩ chuyên khoa, việc tiếp thu các thông tin mới có phần dễ dàng hơn.

- Ở vùng nông thôn kinh tế khó khăn, trình độ học vấn của các bà mẹ còn thấp. Do vậy việc họ để ý chăm sóc sức khỏe cho con mình là không được tốt.

Tất cả những chênh lệch trên tạo nên sự bất bình đẳng trong chất lượng chăm sóc sức khỏe trẻ em.

4.2. Sự chênh lệch về trang thiết bị, thuốc men tại các cơ sở y tế với bệnh viện:

Ở các cơ sở y tế trang thiết bị còn thiếu thốn, không đủ các phương tiện cần thiết, thuốc men thiếu thốn. Đó là một thách thức lớn cho ngành y tế của các nước đang phát triển trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc trẻ bệnh.

4.3. Các chương trình y tế được thực hiện tốt tại các cơ sở y tế, nhưng đơn điệu:

- Các cán bộ y tế được đào tạo về chương trình nào thì giỏi về chương trình đó, trong khi đó trẻ đến viện thường phối hợp nhiều bệnh. Do đó khó khăn trong chăm sóc trẻ bệnh.

- Kinh nghiệm và bằng chứng khoa học cho thấy việc cải thiện sức khỏe trẻ em không nhất thiết phụ thuộc vào việc có các trang thiết bị kỹ thuật cao và đắt tiền, mà tùy thuộc vào các chiến lược tổng thể hữu hiệu, phù hợp và dễ áp dụng cho đại đa số, dựa trên

hướng tiếp cận theo kinh nghiệm và các phương tiện sẵn có cũng như phải phối hợp với kinh nghiệm cơ cấu của hệ thống y tế và tập quán, tín ngưỡng của cộng đồng.

5. Nguyên tắc tiếp cận và xử trí lồng ghép bệnh trẻ em.

5.1. Tiếp cận bệnh nhân bằng hội chứng trong hoàn cảnh xét nghiệm hỗ trợ và khả năng lâm sàng hạn chế là cách xử trí thực tế hiệu quả nhất và ít tốn kém nhất. Phương pháp đánh giá cần thận có hệ thống các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng đã được chọn lọc kỹ: Các dấu hiệu nguy hiểm, tiêu chảy, khó thở, sốt... sẽ cho đủ thông tin giúp cán bộ y tế đưa ra những hành động hợp lý và hiệu quả.

5.2. Mọi bệnh nhi đều phải được khám và phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân (hoặc dấu hiệu có khả năng nhiễm khuẩn ở trẻ từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi) để chuyển ngay đi bệnh viện.

5.3. Mọi bệnh nhi đều phải được đánh giá 1 cách hệ thống các triệu chứng chính:

- Trẻ 2 tháng đến 5 tuổi: Ho khó thở, tiêu chảy, sốt, các vấn đề ở tai.
- Trẻ 1 tuần đến 2 tháng tuổi: Nhiễm khuẩn, tiêu chảy.
- Mọi bệnh nhi đều phải được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tiêm chủng, các vấn đề nuôi dưỡng và những vấn đề sức khỏe khác.

Những dấu hiệu lâm sàng trên đã được chọn lọc dựa trên các kết quả nghiên cứu về độ nhạy và độ đặc hiệu trong quá trình phát hiện và phân loại bệnh. Việc phát hiện và phân loại bệnh này phù hợp với điều kiện thực tế ở tuyến y tế cơ sở.

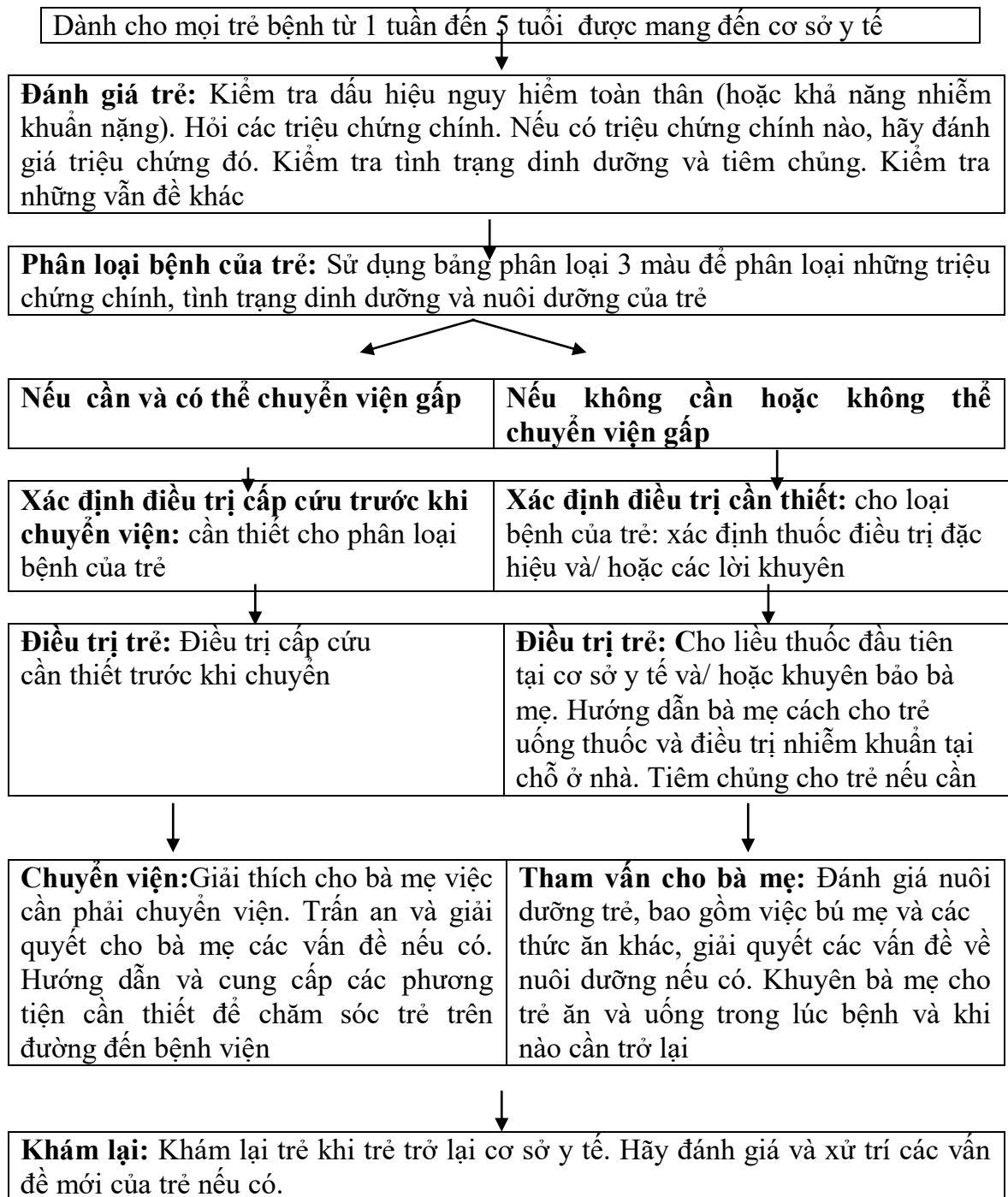
5.4. Phân loại bệnh của trẻ bằng cách sử dụng hệ thống bảng phân loại ba màu: Màu hồng cho biết trẻ cần chuyển viện, màu vàng chỉ định trẻ cần điều trị đặc hiệu, màu xanh cho biết có thể chăm sóc trẻ tại nhà.

5.5. Các biện pháp xử trí của IMCI chỉ sử dụng 1 số thuốc thiết yếu, khuyến khích bà mẹ tham gia một cách tích cực vào việc điều trị trẻ, tham vấn cho gia đình về cách điều trị tại nhà, cách cho ăn, uống và khi nào cần đưa trẻ đến khám lại.

Quá trình xử trí trẻ bệnh theo chiến lược IMCI ở tuyến y tế cơ sở bao gồm các bước sau:

1. Đánh giá.
2. Phân loại và xác định điều trị: Chuyển đi bệnh viện, điều trị và tham vấn cho gia đình tại trạm y tế, xử trí thích hợp tại nhà.
3. Xử trí thích hợp tại nhà: Chỉ dẫn cho bà mẹ cách cho trẻ uống thuốc và điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ, tham vấn cho bà mẹ cách nuôi trẻ, khi nào cần đưa trẻ đến khám lại

Tóm tắt quá trình xử trí lồng ghép bệnh trẻ em



6. Tác động của chiến lược IMCI.

- 6.1. Hoạt động này nhằm giải quyết một cách có hệ thống những nguyên nhân quan trọng nhất gây bệnh và tử vong ở trẻ em.
- 6.2. Đáp ứng được yêu cầu chăm sóc sức khỏe trẻ em, hạ thấp tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao sức khỏe và sự phát triển của trẻ.
- 6.3. Có khả năng tác động lớn vào tình trạng y tế tại cộng đồng, kết hợp, lồng ghép, hợp tác giữa các chương trình ở tuyến y tế cơ sở.

6.4. Đẩy mạnh cả phòng bệnh và chữa bệnh, nâng cao năng lực xử trí lâm sàng, giáo dục truyền thông của cán bộ y tế cơ sở, cải thiện thực hành chăm sóc trẻ bệnh tại gia đình và cộng đồng.

6.5. Giá thành rẻ, hiệu quả, phù hợp với các nước đang phát triển.

6.6. Cải thiện công bằng trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ em trên thế giới.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày mục tiêu và các nội dung của chương trình IMCI.
2. Trình bày và phân tích cơ sở khoa học của xử trí lồng ghép trẻ bệnh và những tác động của chiến lược IMCI.
3. Tóm tắt quá trình xử trí lồng ghép bệnh trẻ em?

Bài 108

XUẤT HUYẾT NÃO, MÀNG NÃO Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị, tiên lượng và phòng bệnh xuất huyết não, màng não ở trẻ sơ sinh.
2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị, tiên lượng và phòng bệnh xuất huyết não, màng não ở trẻ từ 1- 6 tháng.

NỘI DUNG

* Xuất huyết não- màng não ở trẻ em thường gặp ở trẻ mới đẻ và trẻ 2,3 tháng, rất ít gặp ở trẻ lớn. Về lâm sàng chia ra làm 3 thể :

- Xuất huyết não ở trẻ sơ sinh
- Xuất huyết não ở trẻ từ 1 đến 6 tháng
- Xuất huyết não ở trẻ lớn.

1. Xuất huyết não ở trẻ sơ sinh

1.1. Nguyên nhân

- Do chấn thương sản khoa.
- + Đầu to so với khung chậu
- + Đẻ khó
- + Đẻ nhanh quá
- + Can thiệp forceps
- Thai non tháng
- Thai già tháng
- Do hệ thống cầm máu chưa hoàn chỉnh
- + Prothrombin còn thấp vì vi khuẩn trong lòng ruột chưa tổng hợp được Vitamin K
- + Tiểu cầu còn thấp
- Thành mạch còn mỏng
- Đám rối quanh não thất được tăng tưới máu
- Tổn thương thiếu oxy hoặc thiếu máu rối loạn tuần hoàn
- Sử dụng quá liều Natri bicarbonat hoặc áp lực CO₂ tăng

1.2. Triệu chứng

1.2.1. Lâm sàng

- Toàn thân
 - + Trẻ bú kém
 - + Khóc thét từng cơn
 - + Nôn trớ
 - + Da xanh hoặc tím tái
- Thần kinh
 - + Co giật hoặc hôn mê
 - + Liệt mặt, liệt vận nhãn , sụp mi
 - + Thóp căng phồng
- Giảm trương lực cơ

1.2.2. Cận lâm sàng

- Chọc dò tủy sống: dịch não tủy có màu hồng, xét nghiệm có Albumin tăng và có nhiều hồng cầu
- Công thức máu: số lượng hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm
- Siêu âm qua thóp: Vùng xuất huyết là vùng đậm âm (xuất huyết ở não thất hoặc cả ở chất não)

1.3. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

1.4. Xử trí

- * Tại y tế cơ sở: Chuyển tới tuyến trên
- * Tại bệnh viện
- Theo dõi thường xuyên : con tím, nhịp thở, mạch, nhiệt độ, tình trạng tri giác
- Chống co giật : Phenobarbital 5-10 mg/kg/lần
- Vitamin K 2-5 mg/ngày 3 ngày liên
- Truyền Plasma tươi hoặc máu tươi cùng nhóm : 20ml /kg/lần
- Chống phù não: Dexamethason 0,4mg/kg/lần sau 0,2mg/kg/lần cứ 4 giờ một lần

1.5. Tiên lượng

- Tử vong 25 - 50%
- Có thể khỏi hoàn toàn
- Có thể có di chứng: bại não, não úng thủy, động kinh

1.6. Phòng bệnh

- Phòng chấn thương sản khoa
- Tiêm Vitamin K cho mẹ trước sinh 2 tuần 5mg, cho trẻ sơ sinh 2- 5mg

2. Xuất huyết não ở trẻ từ 1 đến 6 tháng

Trẻ bú mẹ, đặc biệt ở Việt Nam lúc trẻ 45 ngày tuổi hay gặp

2.1. Nguyên nhân

- Do thiếu Vitamin K dẫn tới giảm phức bộ prothrombin
- Do hậu quả các bệnh ở gan và đường mật: viêm gan virus, dị dạng đường mật, xơ gan
- Do ỉa chảy kéo dài, hội chứng kém hấp thu
- Yếu tố nguy cơ thiếu vitamin K là bú mẹ đơn thuần, không được tiêm phòng vitaminK lúc đẻ, người mẹ ăn kiêng khem trong thời kỳ cho con bú

2.2 Triệu chứng

2.2.1 Lâm sàng

- Toàn thân
 - + Khởi đầu thường đột ngột: trẻ khóc thét, bỏ bú
 - + Da xanh nhợt
- Dấu hiệu thần kinh
 - + Co giật toàn thân, hoặc giật nửa người
 - + Sụp mí, lác mắt, liệt nửa mặt
 - + Thóp căng phồng,
 - + Tri giác: ý thức lơ mơ, hoặc hôn mê
- Ức chế hô hấp: thở chậm rồi dần dần ngừng thở

2.2.2 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu
 - + Huyết sắc tố giảm, HC giảm
 - + Thời gian máu đông kéo dài
 - + Tỷ lệ prothrombin giảm
- Chọc dò tủy sống
 - + Dịch não tủy đỏ tươi để 30 phút không đông hoặc dịch não tủy có màu hồng
- Siêu âm qua thóp: Vùng xuất huyết là vùng đậm âm
- Chụp cắt lớp điện toán để phát hiện xuất huyết trong chất não

2.3. Chẩn đoán

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.4. Điều trị

- * Tại y tế cơ sở
 - Chuyển tới tuyến trên
- * Tại bệnh viện
 - Điều trị cấp cứu
 - Theo dõi ý thức, nhịp thở, mạch
 - Truyền máu 20ml/kg
 - Vitamin K 5mg/ngày x 3 ngày liên
 - Giảm phù não
 - + Mannitol 20%: 0,5g/kg x 2 lần/ngày cách 8-10 giờ, truyền nhanh tốc độ 40 giọt/phút, cho trong 2-3 ngày, sau truyền Mannitol truyền tiếp Ringer lactat 40 - 50ml/kg/ngày
 - + Dexamethason 0,4mg/kg x 2 lần/ngày (tĩnh mạch)
 - + Nêu thóp căng phồng: Lasix 1,5 - 2mg/kg, nhắc lại sau 8 - 10 giờ (tĩnh mạch)
 - Thở oxy nếu có cơn ngừng thở
 - Chống co giật: phenobarbital 6 - 10mg/kg, hạn chế dùng seduxen vì gây ức chế hô hấp
 - Đảm bảo dinh dưỡng: ăn qua sonde đủ số lượng, chất lượng

2.5. Tiên lượng

- Tử vong 7-10%
- Khỏi hoàn toàn :60%
- Di chứng : 30 – 40% (động kinh, bại não, não úng thủy)

2.6. Dự phòng

- Cho trẻ bú mẹ
- Mẹ có chế độ dinh dưỡng đầy đủ, không kiêng mỡ.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng xuất huyết não-màng não ở trẻ?
2. Trình bày chẩn đoán xác định xuất huyết não- màng não?
3. Phân biệt giữa xuất huyết não- màng não ở trẻ sơ sinh và trẻ 1-6 tháng?
4. Trình bày biện pháp phòng xuất huyết não- màng não ở trẻ?