

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

ĐIỀU DƯỠNG
TRUYỀN NHIỆM
THẦN KINH, TÂM THẦN



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

ĐIỀU DƯỠNG
TRUYỀN NHIỆM
THẦN KINH TÂM THẦN

(Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học)

(Tái bản lần thứ tư)

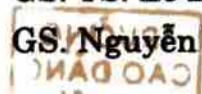
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2005

BAN BIÊN SOẠN

PGS. TS. Hoàng Tân Dân
GS. TSKH. Nguyễn Văn Dịp
BS. Trần Công Đại
PGS. TS. Ngô Toàn Định
GS. TS. Lê Đức Hình
TS. Trần Xuân Mai
PGS. TS. Nguyễn Viết Nghị
PGS. TS. Lê Thị Oanh
PGS. TS. Phạm Văn Thân
CNDD. Đặng Thị Định
CNDD. Nguyễn Thanh Mai
CNDD. Võ Kim Ngọc

HIỆU ĐÍNH:

BS. Nghiêm Xuân Đức
GS. TS. Lê Đức Hình
GS. Nguyễn Việt



LỜI GIỚI THIỆU

Với mục đích phục vụ yêu cầu phát triển công tác đào tạo Điều dưỡng trung học bệnh viện, quyển sách đã được biên soạn theo quan điểm mới về điều dưỡng.

Sau khi biên soạn xong, tài liệu đã được dùng để giảng dạy và học tập từ năm 1993 nhằm nâng cao chất lượng cho Điều dưỡng trung học y tế.

Sau một thời gian thí điểm sử dụng, theo yêu cầu của các trường Trung học Y tế cần có một tài liệu để dạy và học cho đối tượng Điều dưỡng trung học, đồng thời nhằm bước đầu hoà nhập với công tác đào tạo Điều dưỡng trung học của các nước trong khu vực Đông Nam Á.

Tài liệu này đã được các giáo sư, bác sỹ và cử nhân điều dưỡng có kinh nghiệm giảng dạy điều dưỡng trung học biên soạn và hiệu đính lại.

Tập tài liệu gồm những phần sau:

1. Điều dưỡng nội khoa
2. Điều dưỡng ngoại khoa
3. Điều dưỡng truyền nhiễm, thần kinh, tâm thần
4. Điều dưỡng nhi khoa
5. Điều dưỡng sản khoa
6. Điều dưỡng cơ bản
7. Quản lý điều dưỡng

Trong công tác biên soạn các tác giả đã chú ý thể hiện những quan điểm mới của công tác đào tạo như:

Xác định rõ mục tiêu dạy và học.

Tích hợp chặt chẽ các kiến thức chuyên môn với kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng người bệnh.

Lượng giá sau mỗi vấn đề học tập để giúp học viên tự đánh giá được trình độ tiếp thu của bản thân.

Tài liệu đã được cơ quan phát triển của Thụy Điển (SIDA) hỗ trợ cho việc xuất bản để kịp thời có tài liệu thí điểm nhằm phục vụ cho công tác đào tạo điều dưỡng trong các trường Trung học Y tế.

Xin trân trọng giới thiệu với các thầy cô giáo và học viên điều dưỡng tập sách điều dưỡng này.

GS. VƯƠNG HÙNG

**Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo
Chủ nhiệm lĩnh vực hỗ trợ hệ thống đào tạo**

PHẦN I

ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa, các thời kỳ diễn biến lâm sàng, các nhóm bệnh truyền nhiễm theo đường lây truyền
2. Trình bày được đặc điểm chăm sóc bệnh truyền nhiễm, yêu cầu tổ chức và lề lối làm việc.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tại khoa truyền nhiễm.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn có khả năng lây truyền từ người bệnh sang các người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp (qua nước, thức ăn, vật dụng, côn trùng...).

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

2. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM

2.1. Diễn biến lâm sàng

Các yếu tố mầm bệnh, cơ địa, môi trường có ảnh hưởng nhất định trên diễn biến lâm sàng của một bệnh truyền nhiễm. Nhìn chung bệnh truyền nhiễm đi qua các thời kỳ sau:

2.1.1. Thời kỳ ủ bệnh:

Tính từ lúc mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể cho đến lúc xuất hiện các triệu chứng đầu tiên. Đây là lúc mầm bệnh tăng số lượng để đạt được một ngưỡng nhất định đủ để gây xáo trộn cho người bệnh.

2.1.2. Thời kỳ khởi phát:

Đặc trưng bởi dấu hiệu nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân, ức chế hoặc hưng phấn vỏ não và rối loạn thần kinh thực vật, nhưng chưa có tổn thương đặc hiệu cho từng loại bệnh.

2.1.3. Thời kỳ toàn phát:

Ngoài hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng hơn còn có các triệu chứng đặc hiệu cho từng loại bệnh, (ví dụ: Màng giả trong bạch hầu, vàng da trong viêm gan virus v.v...).

Đây cũng là thời kỳ hay xảy ra các biến chứng mà ta cần theo dõi sát để có kế hoạch chăm sóc, xử trí thích hợp.

2.1.4. Thời kỳ lui bệnh:

Bệnh có thể lui từ từ hay đột ngột, sự phục hồi lâm sàng thường xuất hiện sớm hơn ở mô, có thể xảy ra bội nhiễm hoặc có thể bộc phát một bệnh tiềm ẩn từ trước do sự suy kiệt của cơ thể.

2.1.5. Thời kỳ lại sức:

Có thể có các mức độ khác nhau:

- Khỏi toàn thân về lâm sàng, sạch mầm bệnh và không còn tổn thương thực thể.
- Khỏi toàn thân về lâm sàng, sạch mầm bệnh nhưng còn tổn thương thực thể (ví dụ: Trong lý trực khuẩn vẫn còn các vết loét ở niêm mạc trực tràng).
- Khỏi về lâm sàng, không còn tổn thương thực thể, nhưng còn mang mầm bệnh. Ví dụ: Có người mang vi khuẩn thương hàn trong túi mật hàng năm sau khi lui bệnh.

2.2. Diễn biến dịch tễ

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

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

Dây truyền nhiễm là sự nối tiếp 5 mắt xích, liên kết nhau thành một chuỗi khép kín.

2.2.1. Khối cảm thụ:

Khả năng nhiễm bệnh tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố:

- Sức miễn dịch của tập thể và cá nhân.
- Tuổi, giới tính, địa phương.

- Tình trạng sức khoẻ.
- Các điều kiện sinh hoạt, nghề nghiệp thuận lợi cho việc mắc bệnh.
- Dịch vụ y tế bảo vệ con người trong cộng đồng.
- Điều kiện kinh tế xã hội của cộng đồng.

2.2.2. Đường ra:

Mầm bệnh có thể rời cơ thể bằng đường máu (sốt rét, dịch hạch, sốt xuất huyết...), phân (amip, thương hàn...). Dịch tiết âm đạo (các bệnh lây truyền qua đường sinh dục...) v.v...

2.2.3. Nguồn nhiễm:

Mầm bệnh rời cơ thể bệnh nhân có thể nhiễm vào nước (dịch tả), rau (ký sinh trùng đường ruột...), côn trùng (bọ chét trong trường hợp dịch hạch, muỗi *Aedes aegypti* trong trường hợp sốt xuất huyết...), thực phẩm...

2.2.4. Phương thức xâm nhập:

Người ta có thể nhiễm mầm bệnh do nuốt qua miệng (thương hàn, lỵ...), côn trùng đốt (sốt rét, dịch hạch...), giao hợp (các bệnh lây truyền qua đường sinh dục. ...) v.v..

2.2.5. Đường vào:

Mầm bệnh có thể vào cơ thể người ta qua đường da (sốt rét, sốt xuất huyết, sốt phát ban...), miệng (dịch tả, lỵ...), sinh dục (bệnh lây truyền qua đường sinh dục), nhau thai (giang mai, *Toxoplasma gondii*, AIDS...).

Theo đường truyền nhiễm, người ta chia các bệnh truyền nhiễm ra làm 4 nhóm:

a) Nhóm bệnh truyền theo đường hô hấp:

- Nếu mầm bệnh có khả năng lây nhiễm nặng thì số bệnh nhân mắc bệnh thường cao nhưng giảm nhanh, tập trung ở một vùng tiếp xúc.
- Do khó cắt đường truyền nhiễm nên những người tiếp xúc gần gũi dễ mắc bệnh hơn.
- Thường xảy ra vào mùa lạnh khi sinh hoạt ngoài trời giảm, không khí ứ đọng và khả năng đề kháng của niêm mạc đường hô hấp kém.

b) Nhóm bệnh truyền theo đường tiêu hoá:

- Thường là những vụ dịch lớn, số người tăng rất nhanh.
- Thường có chung một nguồn cung cấp nước hay thức ăn, trong một tập thể dân cư nhỏ và thường xảy ra vào mùa nắng, nước thiếu, ruồi phát triển, thức ăn dễ hư.
- Sau cơn bùng phát, số người mắc bệnh giảm từ từ.

c) Nhóm bệnh truyền theo đường máu:

- Luôn tùy thuộc vào côn trùng trung gian truyền bệnh, theo chu kỳ phát triển và địa phương có côn trùng.
- Thường gặp ở những người cùng điều kiện sống và làm việc như nhau.
- Điều kiện thuận lợi cho côn trùng trung gian phát triển cũng là điều kiện cho bệnh phát triển.
- Chỉ xảy ra ở từng địa phương.

d) Nhóm bệnh truyền theo đường da - niêm:

- Thường do tiếp xúc trực tiếp nên số người mắc bệnh lẻ tẻ.
- Chỉ có người tiếp xúc mới mắc bệnh do đó chỉ có khả năng truyền bệnh trong những người này.

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Việc chẩn đoán thường dựa vào các yếu tố sau:

3.1. Dịch tễ

- Nơi cư ngụ và làm việc
- Tiền sử bệnh.
- Thói quen sinh hoạt của bệnh nhân và gia đình...
- Súc vật mà bệnh nhân thường tiếp xúc.

3.2. Lâm sàng

Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc, các triệu chứng đặc trưng.

3.3. Xét nghiệm

3.3.1. Không đặc hiệu:

Công thức máu, tỷ lệ bạch cầu, u rê máu...

3.3.2. Đặc hiệu:

Tìm mầm bệnh trong các bệnh phẩm.

Tìm kháng thể trong máu.

3.4. Điều trị thăm dò

Đáp ứng với thuốc đặc trị cũng là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán.

4. ĐẶC ĐIỂM CHĂM SÓC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

4.1. Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

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

4.1.2. Khoa truyền nhiễm là một ổ vi khuẩn, virus rất nguy hiểm vì là nơi tập trung toàn bộ các vi khuẩn, virus.

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

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

4.2. Yêu cầu tổ chức và lề lối làm việc

4.2.1. Về mặt điều trị:

- Có cơ sở tiếp nhận, cách ly và hồi sức cấp cứu.
- Có điều kiện chẩn đoán, xét nghiệm vi sinh phối hợp với đội vệ sinh phòng dịch.
- Kiểm tra bệnh nhân sạch khuẩn trước khi cho xuất viện.

4.2.2. Về mặt tổ chức:

- Bố trí theo hệ thống một chiều, phân biệt rõ ràng vùng bị nhiễm và vùng sạch.
- Có phương tiện ngăn cách các loại bệnh truyền nhiễm khác.
- Khoa truyền nhiễm cần có:
 - + Phòng tiếp đón: Đón bệnh nhân, thay quần áo bệnh viện, làm hồ sơ bệnh án.
 - + Phòng khám: Khám chẩn đoán bệnh.
 - + Phòng lưu: Còn nghi ngờ, chờ kết quả xét nghiệm - chẩn đoán.
 - + Một số phòng bệnh.
 - + Phòng cấp cứu.
 - + Phòng chăm sóc ban đầu: Người lớn, trẻ em.
 - + Một số phòng chuyên môn.
 - + Phòng làm việc của bác sỹ, điều dưỡng.

- + Có hố tiêu, hố tiểu riêng tại khoa truyền nhiễm dành riêng cho bệnh nhân theo từng khu vực. Công nhân viên của khoa phải có chỗ thay quần áo, phòng làm việc, hố tiêu, hố tiểu riêng và có phòng tắm sạch và thay quần áo trước khi về.

4.2.3. Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm:

a, Phòng bệnh, phòng dịch:

- Cách ly bệnh nhân.
- Ngăn ngừa sự lây chéo trong khoa và trong bệnh viện.
- Không cho bệnh nhân xuất viện "non" nghĩa là còn mang mầm bệnh.
- Không được mặc quần áo làm việc ra khỏi bệnh viện và sang các khoa khác.
- Không mang vật dụng cá nhân vào khoa truyền nhiễm.
- Mặc đồng phục áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân.
- Bệnh nhân ở tại khoa đến khi xuất viện.
- Công nhân viên, bệnh nhân khám sức khoẻ định kỳ và tiêm chủng.

b, Chế độ báo dịch:

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

c, Chế độ khử trùng tẩy uế:

- Đồ dùng sử dụng cho bệnh nhân phải được tiệt trùng bằng hoá chất, ánh sáng mặt trời từ 6 đến 12 giờ.
- Chất bài tiết phải được xử lý trước khi đổ vào cống rãnh. Phương tiện chuyên chở phải được tẩy uế. Rác, bông băng, mô chết được tập trung và đốt.
- Sau khi khám bệnh, nhân viên y tế phải ngâm tay với dung dịch sát khuẩn sau đó rửa tay bằng bàn chải và xà bông.
- Sàn nhà được lau chùi 2 lần/ ngày bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tường và tủ lau 1 lần/ một tuần.
- Khử trùng phòng bằng tia cực tím hoặc xông hơi với formol từ 12 đến 24 giờ và để trống 12 đến 24 giờ mới tiếp nhận bệnh nhân.
- Diệt ruồi muỗi, gián, bọ chét, chuột mỗi năm bằng cách phun DDT và quét vôi định kỳ.

4.3. Công tác chăm sóc bệnh nhân trong khoa truyền nhiễm

4.3.1. Tổ chức tiếp đón bệnh nhân và phân loại:

- Thái độ tiếp đón niềm nở, khẩn trương đi đôi với tác phong làm việc nhanh chóng.
- Thực hiện các chỉ định điều trị, hướng dẫn kỹ lưỡng cách dùng thuốc, tốt nhất điều dưỡng phải cho bệnh nhân uống thuốc, các xét nghiệm cấp cứu phải thực hiện ngay và lấy kết quả để bác sỹ cho y lệnh tiếp theo... trong lúc chờ đợi phải gần gũi giải thích và theo dõi sát diễn biến bệnh để bệnh nhân an tâm.

Phân loại bệnh theo 3 đường lây:

- + Lây qua đường tiêu hoá.
- + Lây qua đường hô hấp.
- + Lây qua đường máu.
- Phân loại bệnh theo thể nặng, nhẹ hoặc có biến chứng.
- Phân loại bệnh theo trạng thái nghi ngờ.

4.3.2. Lập và hoàn chỉnh hồ sơ:

- Phòng khám làm hồ sơ.
- Khoa phải bổ sung đầy đủ và phát hiện đúng bệnh để chuyển đúng chuyên khoa, tránh lây chéo.

4.3.3. Thông báo dịch:

4.3.4. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Công tác chăm sóc cho từng loại bệnh.
- Thực hiện khẩn trương và đầy đủ các chỉ định điều trị.

4.3.5. Chăm sóc:

a, Tổng quát:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi các biến chứng và sẵn sàng hồi sức cấp cứu.
- Vệ sinh cá nhân, chú ý: Mắt, răng miệng, tai và da...
- Dinh dưỡng.
- Tẩy uế các chất bài tiết và các đồ dùng cá nhân của bệnh nhân.

b, Tinh thần:

- Trấn an bệnh nhân và giải đáp thắc mắc với thái độ hoà nhã, vui vẻ.

c, Giáo dục:

- Tuyên truyền những kiến thức thông thường và cách phòng chống bệnh truyền nhiễm, đề phòng tái phát, tái nhiễm.
- Tiêm phòng khi có dịch và sau khi xuất viện.
- Đặc biệt khi tiếp xúc với bệnh hoặc đi vào vùng dịch tễ phải uống hoặc trích thuốc phòng ngừa.

Tự lượng giá

1. Khoanh tròn đầu câu đúng nhất dưới đây:

Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn:

- A. Lây truyền từ người bệnh sang người lành.
- B. Lây truyền trực tiếp.
- C. Lây truyền gián tiếp.
- D. Cả A,B,C mới đủ nghĩa.

2. Phân biệt đúng, sai các câu sau (bằng cách khoanh tròn chữ Đ hoặc S).

Thời kỳ khởi phát bệnh truyền nhiễm, bệnh nhân KHÔNG có đặc tính sau:

- A. Dấu hiệu nhiễm khuẩn
- B. Dấu hiệu nhiễm độc toàn thân

Đ	S
Đ	S

3. Khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời đúng dưới đây: Nhóm bệnh dưới đây tùy thuộc vào côn trùng trung gian truyền bệnh.

- A. Nhóm bệnh truyền theo đường hô hấp.
- B. Nhóm bệnh truyền theo đường tiêu hoá
- C. Nhóm bệnh truyền theo đường máu.
- D. Nhóm bệnh truyền theo đường da-niêm mạc.

4. Một người bị nhiễm khuẩn không nhất thiết là phải có bệnh:

A (đúng)? B (sai) ?

5. Người lành mang mầm bệnh vẫn có thể truyền bệnh ấy cho người khác:

A (đúng)? B (sai)?

6. Trong thời kỳ ủ bệnh, mầm bệnh tăng số lượng rất nhanh nhưng chưa gây xáo trộn gì cho bệnh nhân.

A (đúng)? B (sai)?

7. Trong thời kỳ toàn phát hay xảy ra biến chứng:
A (đúng)? B (sai)?
8. Trong thời kỳ lại sức, bệnh nhân có thể khỏi về lâm sàng, không còn tổn thương thực thể nhưng vẫn còn mang mầm bệnh.
A (đúng)? B (sai)?
9. Dây truyền nhiễm chính là sự nối tiếp nhau của 5 mắt xích, liên kết thành một chu trình khép kín.
A (đúng)? B (sai)?
10. Tại khoa truyền nhiễm bệnh nhân phải được cách ly và điều trị cho đến lúc khỏi hoàn toàn.
A (đúng)? B (sai)?
11. Trong khu điều trị bệnh truyền nhiễm, không được cho người nhà nuôi bệnh nhân
A (đúng)? B (sai)?
12. Thông báo dịch là một nội dung công tác của người điều dưỡng làm tại khoa truyền nhiễm:
A (đúng)? B(sai)?
13. Ba chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm gồm:
- 13.1
 - 13.2
 - 13.3

HÌNH THÁI VÀ CẤU TRÚC VI KHUẨN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được hình thái của vi khuẩn.
2. Trình bày được sơ lược cấu trúc vi khuẩn.

Vi khuẩn là những tế bào nhỏ, đường kính không quá 1 micromét. Đó là những tế bào tiền hạch (prokaryotic cell) chỉ có một nhiễm sắc thể (chromosome) và không có màng nhân.

1. HÌNH THÁI VI KHUẨN

Vi khuẩn là những vi sinh vật đơn bào, nên sự khác nhau về hình thái không quá phức tạp. Các yếu tố liên quan đến hình thái gồm: Hình dạng, kích thước, sự sắp xếp của các tế bào vi khuẩn. Người ta phân biệt thành các loại hình thái sau:

1.1. Hình cầu (cầu khuẩn): Gồm những vi khuẩn có hình dạng như: Hình cầu, hình bầu dục, hình ngọn nến, hình quả thận... đường kính từ 0,5 - 1 micromét.

Cầu khuẩn thường có khuynh hướng xếp thành những hình đặc sắc, giúp ta có hướng định loại vi khuẩn, các kiểu sắp xếp thường gặp là:

- Xếp thành đôi: Hay còn gọi là song cầu, ví dụ: Phế cầu khuẩn (Pneumococcus), não mô cầu (meningococcus).

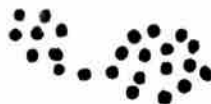


Pneumococcus



Meningococcus

- Xếp thành từng đám, ví dụ: Tụ cầu khuẩn (staphylococcus)



Staphylococcus

- Xếp thành chuỗi, ví dụ: Liên cầu khuẩn (streptococcus)



Streptococcus

Ngoài ra có thể xếp thành 4 tế bào (Gaffkya), hay thành hình lập phương (sarcina).



Gaffkya



Sarcina

1.2. Hình que (trực khuẩn) : Những vi khuẩn có dạng hình que gọi là trực khuẩn. Trực khuẩn có đường kính từ 0,5 - 1 micromét, và dài từ 0,8 - 20 micromét. Trực khuẩn cũng có nhiều kiểu dáng như: Hai đầu tròn, hai đầu nhọn, hai đầu vuông hay hai đầu phình to.

Trực khuẩn thường đứng riêng, ít có khuynh hướng xếp thành từng nhóm.

Tuy nhiên cũng có một vài loại có sự sắp xếp đặc biệt thành những dạng như:

- Xếp thành từng đôi như *Klebsiella pneumoniae*



Klebsiella pneumoniae

- Xếp thành chuỗi như trực khuẩn bệnh than (*Bacillus anthracis*)
- Xếp thành hàng rào như trực khuẩn bạch hầu (*Corynebacterium diphtheriae*)



Corynebacterium diphtheriae

1.3. Hình cong: Có thể hình như dấu phẩy, gọi là phẩy khuẩn như phẩy khuẩn tả. Có thể hình cánh chim như vi khuẩn *Campylobacter*.



Vibrio cholerae



Campylobacter

1.4. Hình xoắn: Hình xoắn như lò xo là xoắn khuẩn, thường đứng riêng lẻ. Có 3 loại xoắn khuẩn là: Treponema, Borrelia và Leptospira; 3 loại này có hình dạng khác nhau về chiều dài, số vòng xoắn, biên độ xoắn. Đường kính từ 0,2 - 0,5 micromét, dài từ 5-500 micromét.



Treponema



Borrelia



Leptospira

2. CẤU TRÚC VI KHUẨN

Các thành phần cấu tạo vi khuẩn được xếp thành 2 nhóm:

- *Thành phần chung:* Gồm có vách, màng bào tương, bào tương và nhân.
- *Thành phần riêng:* nang, lông (flagella), nhung mao (pili) và bào tử.

2.1. Nang (capsule): Thay vỏ, là thành phần ngoài cùng chỉ có ở một số loại vi khuẩn. Nang không cần thiết cho sự sống của vi khuẩn nhưng thường có vai trò trong động lực của vi khuẩn, vì nó ngăn cản sự thực bào, giúp vi khuẩn có thể sống được khi xâm nhập vào cơ thể. Nang còn chứa kháng nguyên đặc hiệu giúp ta định được tụ vi khuẩn (ví dụ: Dựa vào thành phần cấu tạo của nang người ta phân biệt được Pneumococcus có trên 85 typ khác nhau). Nang có thể nhìn thấy rõ qua kính hiển vi sau khi nhuộm vi khuẩn bằng phương pháp đặc biệt như nhuộm bằng mực tàu.

2.2. Vách tế bào: Là phần vỏ cứng che chở và giữ vững hình dạng của vi khuẩn. Cấu trúc của vách tế bào về cơ bản giúp ta phân chia vi khuẩn thành 2 nhóm theo phương pháp nhuộm màu Gram:

- ★ **Vi khuẩn Gram dương:** Vách tế bào của nhóm này chứa chủ yếu là peptidoglycan đến 80-90%, và một số thành phần khác như acid teichoic. Do cấu trúc của vách tế bào, nên trong phương pháp nhuộm Gram vách tế bào sẽ giữ màu của thuốc nhuộm gentian, làm vi khuẩn có màu tím.

★ Vi khuẩn Gram âm: Vách tế bào của nhóm này có cấu trúc hoá học phức tạp. Lớp peptidoglycan ít hơn của loại vi khuẩn Gram dương, chỉ chiếm khoảng 10%. Mặt ngoài của lớp peptidoglycan là một lớp dày chiếm khoảng 80% gồm các chất protein, lipo- polysaccharid. Lớp lipo-polysaccharid này thường là nội độc tố và là kháng nguyên O; giúp ta định danh được một số vi khuẩn như nhóm vi khuẩn đường ruột. Do cấu trúc trên, nên trong phương pháp nhuộm Gram, vách tế bào của nhóm vi khuẩn Gram âm sẽ không giữ được thuốc nhuộm gentian nên vi khuẩn sẽ có màu hồng do bắt màu với phẩm nhuộm safranin O.

2.3. Màng bào tương: Còn gọi là màng tế bào chất, là một lớp mỏng sát liền bên trong vách tế bào, cấu tạo bởi những chất protein và lipid. Màng này chứa nhiều enzym nên giữ nhiều nhiệm vụ sinh lý quan trọng như:

- Thẩm thấu chọn lọc: Vì có khả năng kiểm soát sự đi qua của các chất dinh dưỡng và cặn bã.
- Hô hấp để cung cấp năng lượng.
- Điều khiển sự phân bào.
- Tiêu hoá tại chỗ một số thức ăn.

2.4. Bào tương: Còn gọi là tế bào chất. Là chất ở thể keo, thành phần hoá học chính là ARN. Trong bào tương có nhiều enzym để thực hiện sự chuyển hoá, sự tổng hợp các nguyên liệu cần thiết cho tế bào. Trong bào tương còn có nhiều thể ribo (ribosom) là những hạt nhỏ dùng làm nơi tổng hợp các loại protein.

2.5. Nhân: Nhân vi khuẩn chỉ gồm 1 sợi ADN duy nhất có trọng lượng phân tử khoảng $3 \cdot 10^9$ Daltons, độ dài 1mm. Sợi ADN này được coi là nhiễm sắc thể duy nhất của hạt nhân. Nhân không có màng bọc, không có bộ máy gián phân đẳng nhiễm. Nhân có nhiệm vụ di truyền những đặc tính của vi khuẩn mẹ sang vi khuẩn con, cháu.

2.6. Lông (flagell): Cấu tạo bằng protein, xuất phát từ bên trong màng bào tương. Đây là bộ phận di chuyển của vi khuẩn. Lông còn mang tính kháng nguyên, gọi là kháng nguyên H.

2.7. Nhung mao (pili): Là những sợi nhỏ ngắn. Có 2 loại pili:

- Pili chung: Có nhiệm vụ giúp vi khuẩn bám vào mô.
- Pili giới tính: Có nhiệm vụ di chuyển chất liệu di truyền.

2.8. Bào tử: Là một hình thái biến đổi của vi khuẩn giúp vi khuẩn chịu đựng được hoàn cảnh bất lợi như: Khô, nóng, hoá chất sát khuẩn... bào tử cấu tạo bởi những lớp vỏ chứa rất ít nước. Bình thường trong bào tử không có hoạt động biến dưỡng. Dạng bào tử chỉ tìm thấy ở một số vi khuẩn thường là trực

khuẩn Gram dương, khi gặp hoàn cảnh bất lợi cho đời sống thì thành lập bào tử để tồn tại. Đến khi có hoàn cảnh thuận lợi thì sẽ nảy mầm trở lại thành vi khuẩn.

Tự lượng giá

Khoanh tròn đầu 1 câu đúng nhất:

1. Các yếu tố có liên quan đến hình thái:

- a. Hình dạng - vỏ - lông.
- b. Hình dạng - kích thích- nhuộm Gram.
- c. Hình dạng - kích thước - sự sắp xếp của các tế bào.
- d. Thành phần cấu trúc - kích thước - nhuộm Gram.
- e. Tất cả sai

2. Vi khuẩn nào không phải là cầu khuẩn:

- a. Meningococcus
- b. Klebsiella pneumoniae
- c. Streptococcus
- d. Gaffkya

3. Hình thái vi khuẩn nào thường có khuynh hướng xếp thành những hình đặc sắc:

- a. Cầu khuẩn
- b. Trục khuẩn
- c. Phẩy khuẩn
- d. Xoắn khuẩn
- e. Tất cả sai

4. Ba loại xoắn khuẩn được đề cập đến trong bài học có thể phân biệt được với nhau là nhờ:

- a. Chiều dài của vi khuẩn
- b. Số vòng xoắn
- c. Biên độ xoắn
- d. a,b,c đúng
- e. a,b,c sai

5. Trong thành phần cấu tạo của vi khuẩn, phần chung (vi khuẩn nào cũng có) gồm:

- a. Lông - vách tế bào- bào tương- nhân
- b. Nhung mao- vách tế bào- bào tương- nhân
- c. Nang - lông- bào tương – nhân
- d. Nang - vách tế bào- bào tử
- e. Vách - màng bào tương- bào tương- nhân

6. Vi khuẩn giữ được hình dạng là nhờ:

- a. Nang
- b. Vách tế bào
- c. Màng bào tương
- d. Bào tương
- e. Tất cả đúng

7. Thành phần chủ yếu quyết định màu của vi khuẩn Gram dương là:

- a. Protein
- b. Lipid
- c. Acid teicheic
- d. Lipo - polysaccarid (Lipopolysaccarid)
- e. Peptidoglycan

8. Những tính chất nào liên hệ đến vi khuẩn Gram âm:

- a. Vách tế bào thường là nội độc tố
- b. Các thành phần vách tế bào không giữ được phẩm nhuộm gentian trong phương pháp nhuộm màu Gram.
- c. Màu hồng
- d. a,b,c đúng
- e. a,b,c sai

9. Tính chất nào không tìm thấy ở nhân:

- a. ADN
- b. Không có màng bọc
- c. Dài khoảng 1nm
- d. Gián phân đẳng nhiễm
- e. Di truyền

10. Bào tử là một hình thái biến đổi của vi khuẩn có tính chất:

- a. Luôn luôn ở dạng hoạt động biến dưỡng
- b. Không có hoạt động biến dưỡng
- c. Vừa biến dưỡng vừa không biến dưỡng
- d. Tất cả đều sai

11. Bào tử thường tìm thấy ở:

- a. Cầu khuẩn Gram dương
- b. Cầu khuẩn Gram âm
- c. Trục khuẩn Gram dương
- d. Trục khuẩn Gram âm
- e. Bất cứ loại vi khuẩn nào.

ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC YẾU TỐ NGOẠI CẢNH TỚI VI KHUẨN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được yếu tố ảnh hưởng trực tiếp lên quá trình tồn tại và phát triển của vi sinh vật.
2. Ứng dụng các yếu tố vật lý để áp dụng khử khuẩn, tiệt khuẩn vào kỹ thuật thanh, tiệt trùng.
3. Trình bày được những tác dụng của các yếu tố hoá học của các chất sát khuẩn, tẩy uế và kháng sinh.

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

1. YẾU TỐ VẬT LÝ

Trong các yếu tố vật lý, quan trọng nhất là:

1.1. Nhiệt độ: Nhiệt độ giữ vai trò quan trọng nhất. Mỗi loại vi khuẩn phát triển trong một giới hạn nhiệt độ nhất định, dưới nhiệt độ thấp nhất thì vi khuẩn không phát triển được nhưng còn có thể sống; trên nhiệt độ cao nhất thì bị huỷ hoại.

Dựa vào tính ưa thích, sự chịu đựng nhiệt độ, người ta chia vi khuẩn thành 3 nhóm:

Loại vi khuẩn	Thấp nhất	Thích hợp	Cao nhất	Nơi sinh sống
Vi khuẩn ưa nóng (thermophile)	35°C	50-55°C	75°C	Suối nước nóng, đất
Vi khuẩn ưa ấm (nhiệt độ cơ thể)	10°C	37°C	45°C	Vi khuẩn gây bệnh
Vi khuẩn ưa lạnh (baychrophile)	0°C	15°C	35°C	Vi khuẩn trong nước

★ Ở nhiệt độ thấp: Các phản ứng chuyển hoá của vi khuẩn bị giảm đi rồi có thể ngừng lại. Một số bị chết, nhưng có một số vẫn sống trong một thời gian dài tuy không hoạt động. Do đó người ta giữ các chủng vi khuẩn ở tủ lạnh trừ những loại không chịu được lạnh như lậu cầu, não mô cầu. Do nhiệt độ thấp ức chế vi khuẩn phát triển, nên người ta bảo quản những loại thực phẩm dễ hư thối như cá, thịt, hoa quả... ở các tủ lạnh, kho lạnh có nhiệt độ từ 4°C đến - 20°C.

★ Nhiệt độ cao: Có khả năng giết chết vi khuẩn. Sức đề kháng của vi khuẩn đối với nhiệt độ cao tùy thuộc vào vi khuẩn và tùy thuộc vào vi khuẩn có bào tử hay không. Đối với loại vi khuẩn không có bào tử thì ở nhiệt độ khoảng 60°C trong nửa giờ hay một giờ thì chết, còn ở 100°C thì có thể chết ngay. Đối với vi khuẩn có bào tử thì nhiệt độ phải cao hơn và để thời gian lâu hơn mới giết được.

Ở nhiệt độ cao, vi khuẩn chết có thể do những nguyên nhân sau đây:

- Chất protein của tế bào đông đặc lại.
- Enzym bị phá huỷ.
- Màng thẩm thấu bị tổn thương.
- Mất thăng bằng lý - hoá trong tế bào.

1.2 Ảnh hưởng của pH: Độ pH của môi trường xung quanh có ảnh hưởng đến hoạt động sống của vi khuẩn. Đa số vi khuẩn thích hợp với pH trung tính. Khi pH có những thay đổi lớn, cao quá hay thấp quá giới hạn thì làm cho sự

thăng bằng về trao đổi giữa môi trường và vi khuẩn bị mất dần đến kết quả là vi khuẩn bị tiêu diệt.

1.3. Áp suất: Có 2 loại:

- + **Áp suất cơ học:** Vi khuẩn có khả năng chịu được áp suất cao của không khí. Loại có bào tử chịu đựng được áp suất cao hơn loại không có bào tử. Ở áp suất cao vi khuẩn có thể bị giảm động lực.
- + **Áp suất thẩm thấu:** Áp suất thẩm thấu của môi trường xung quanh có tác động mạnh đến tế bào vi khuẩn do tính chất thẩm thấu của màng. Trong dung dịch nhược trương nước bị hút vào tế bào, làm tế bào phình ra và vỡ. Trái lại trong dung dịch ưu trương thì nước ở trong tế bào bị hút ra, tế bào bị teo lại. Với dung dịch có 15-20% NaCl thì các vi khuẩn đang phát triển bị teo và các bào tử không phát triển được.

1.4. Bức xạ: Có khả năng diệt khuẩn do làm biến đổi các phản ứng sinh vật của acid nucleic.

a, **Ánh sáng mặt trời:** Là một loại bức xạ gồm những bước sóng dài từ 400 đến 800 nm, kèm theo các bức xạ ngoại tím từ 13 đến 400 nm và tia ngoại đỏ từ 800 đến 400.000 nm.

Tia ngoại tím có tác dụng sát khuẩn cao nhất là các tia có những bước sóng từ 200-300 nm, và chính tia ngoại tím đóng vai trò sát khuẩn của ánh sáng mặt trời.

b, **Tia Ronghen:** Cũng có tác dụng diệt khuẩn.

c, **Nguyên tố phóng xạ:** Phát ra các tia xạ, các tia này có tác dụng diệt khuẩn hay ức chế vi khuẩn phát triển.

1.5. Siêu âm: Khi những tần số của chấn động quá 20.000 trong một phút thì tai ta không nghe được. Tần số cao như vậy gọi là siêu âm; Siêu âm có khả năng giết vi khuẩn vì những chấn động có tần số cao phát sinh ra áp suất co giãn làm cho vi khuẩn bị xé tan.

2. ỨNG DỤNG NHỮNG YẾU TỐ VẬT LÝ TRONG THANH TRÙNG

2.1. Phương pháp dùng hơi nóng: Có hai cách sử dụng hơi nóng trong việc thanh trùng.

a, **Nước đun sôi:** Phương pháp này mang nhiều tên khác nhau, tùy theo cách thức đun nóng và nhiệt độ của nước:

- **Sự đun sôi:** Đun sôi 100°C trong 30-45 phút mỗi ngày và 30 ngày liên tiếp. Với phương pháp này sự diệt khuẩn được hoàn hảo hơn vì sau mỗi lần đun sôi các tế bào sống bị tiêu diệt, các bào tử sau một ngày sẽ cho ra các tế bào mới và sẽ bị tiêu diệt ở lần đun sôi thứ hai và thứ ba.

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

b, Hơi nước nóng dưới áp suất cao: Phương pháp này được thực hiện trong các máy hấp ướt (autoclave). Nhiệt độ và thời gian khử khuẩn tùy thuộc vào áp suất hơi nước:

Áp suất hơi nước	Nhiệt độ hơi nước	Thời gian khử khuẩn
30 lbs	134°C	3 phút
20 lbs	126°C	10 phút
15 lbs	121°C	15 phút

c, Hơi nóng nhiệt điện: Hơi nóng nhiệt điện phát ra thường rất cao và được sử dụng trong các máy hấp khô (oven). Thời gian khử khuẩn thay đổi theo nhiệt độ.

Nhiệt độ	Thời gian khử khuẩn
160°C	45 phút
170°C	20 phút
180°C	10 phút

Phương pháp này dùng để khử khuẩn các dụng cụ bằng đồ thủy tinh và kim khí. Các môi trường nuôi cấy vi khuẩn và các y cụ bằng nhựa hoặc cao su không thể khử khuẩn trong máy hấp khô.

2.2. Phương pháp dùng bức xạ

a, Tia phóng xạ: Tia phóng xạ có đặc tính sát khuẩn và có thể xuyên qua các vật đục, vì thế phương pháp này dùng để khử khuẩn các dụng cụ bị hư hỏng nếu dùng phương pháp hơi nóng hay hoá chất. Thông thường người ta dùng tia gamma hay tia beta.

b, Tia cực tím: Tia này không xuyên qua các vật đục. Người ta chỉ dùng tia cực tím để khử không khí ở các phòng mổ, phòng nuôi cấy vi khuẩn hay virus.

3. YẾU TỐ HOÁ HỌC

Sự có mặt của các chất ở trong môi trường có chứa vi khuẩn có ảnh hưởng hoặc kích thích sự phát sinh và phát triển hoặc ức chế sự sinh sản của vi khuẩn. Các hoá chất có tác dụng giết vi khuẩn thì gọi là chất sát khuẩn. Còn các hoá chất có khả năng ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn gọi là chất chế khuẩn. Một số hoá chất nếu nồng độ lên cao thì lại là chất sát khuẩn.

Người ta còn phân biệt các danh từ: Chất tẩy uế (desinfectant) và chất khử khuẩn (antiseptic).

- Chất tẩy uế: Là chất có khả năng sát khuẩn mạnh nhưng độc hại cho cơ thể nên chỉ dùng để tẩy uế đồ vật.
- Chất khử khuẩn: Là chất chống lại vi khuẩn mà không độc với mô sống của cơ thể, dùng để bôi ngoài da.

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

- Nồng độ của hoá chất
- Thời gian tiếp xúc
- Ảnh hưởng của nhiệt độ
- Số lượng của vi khuẩn và sức đề kháng của chúng.

4. MỘT SỐ HOÁ CHẤT CÓ TÁC DỤNG SÁT KHUẨN THƯỜNG ĐƯỢC DÙNG

4.1. Acid và base: Có khả năng điện phân thành ion rất mạnh và có tác dụng sát khuẩn.

4.2. Muối kim loại: Khi hoà tan vào nước, muối của nhiều kim loại nặng như: Đồng, bạc, vàng, thuỷ ngân có tác dụng sát khuẩn như:

- Muối đồng: Có tác dụng sát khuẩn yếu nhưng đặc biệt có tác dụng chống nấm.
- Muối bạc: Nitrat bạc có tác dụng diệt khuẩn cao nhưng thường gây tổn thương cho cơ thể và khi gặp muối clorua của cơ thể thì giảm tác dụng sát khuẩn.
- Muối vàng: Được dùng để điều trị các bệnh lao, bệnh hủi.
- Muối thuỷ ngân: Được dùng nhiều nhất để tẩy uế.

Mercurochrom (thuốc đỏ) là một muối thuỷ ngân hữu cơ có tác dụng sát khuẩn, ít độc, được dùng rộng rãi để khử khuẩn các vết thương. Không nên bôi lên vết bỏng, vết thương rộng.

Methiolat có tác dụng diệt khuẩn rất mạnh đối với tụ cầu vàng, thường dùng để bảo quản các vaccin, các huyết thanh chống nhiễm khuẩn.

- Muối bismuth: Dùng để điều trị bệnh giang mai.

4.3. Các hợp chất của nhóm halogen

- Hợp chất flor: Ít dùng để sát khuẩn.
- Hợp chất iod: Thường dùng làm chất sát khuẩn dưới dạng dung dịch rượu iod 1-5%.

- Hợp chất clor: Thường dùng để tẩy uế.

4.4. Chất phenol: phenol với nồng độ 5% để trong 24 giờ giết được những bào tử có sức đề kháng cao. Với nồng độ 1% để trong 15 phút có thể giết hết các vi khuẩn đang phát triển.

4.5. Cồn (rượu): Có tác dụng sát khuẩn nhẹ. Đối với rượu etylic, tác dụng sát khuẩn thay đổi tùy theo nồng độ, cao nhất là 70⁰ và sau đó thì tác dụng giảm. Cồn nguyên chất (100⁰) thì không có tác dụng diệt khuẩn.

4.6. Aldehyd: Rất độc đối với tế bào vi khuẩn. Mạnh nhất của nhóm này là formol, thường được dùng làm chất tẩy uế.

4.7. Các loại thuốc nhuộm: Có tác dụng sát khuẩn và tẩy uế, thường được dùng để ức chế sự phát triển của tạp khuẩn trong các môi trường chọn lọc.

5. YẾU TỐ SINH VẬT

Trong quá trình tồn tại của sinh vật, nếu chúng phải sống trong điều kiện có vi sinh vật khác thì nó có thể bị cạnh tranh, bị tiêu diệt hoặc song song tồn tại.

5.1. Chất đối kháng hay là bacteriexin: Một số vi khuẩn như E.coli, trực khuẩn mủ xanh, tụ cầu, Bacillus subtilis, Mycobacterium khi phát triển thì tổng hợp những chất đối kháng đối với các vi khuẩn cùng loại hoặc các vi khuẩn thuộc loại lân cận, những chất đối kháng có tên chung là Bacteriexin.

5.2. Phagior hay virus gây bệnh đối với vi khuẩn: Khi chúng thâm nhập vào vi khuẩn thì vi khuẩn có thể bị tiêu diệt hoặc song song tồn tại.

5.3. Chất kích thích: Một số vi khuẩn khi phát triển tổng hợp ra một chất tạo thuận lợi cho vi khuẩn khác phát triển.

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

Tự lượng giá

1. Kể tên 5 yếu tố vật lý ảnh hưởng trực tiếp tới sự phát triển của vi khuẩn:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Khoanh tròn đầu 1 câu đúng nhất.

2. Vi khuẩn gây bệnh thuộc loại:

a, Ưa nóng

b, Ưa lạnh

c, Ưa ẩm

3. Người ta thường dùng tủ lạnh, kho lạnh để bảo quản thực phẩm vì ở nhiệt độ thấp vi khuẩn sẽ:

a, Bị diệt hoàn toàn

b, Vi khuẩn chỉ sống được trong một thời gian ngắn

c, Không phát triển được

d, b,c đều đúng

e, Tất cả đều sai.

4. Phân biệt đúng, sai bằng cách khoanh tròn đầu câu đúng:

a, Dung dịch nhược trương làm vỡ vi khuẩn

b, Trong ánh sáng mặt trời, các tia có bước sóng từ 200-300 có tác dụng sát khuẩn cao nhất.

c, Trong các tia phóng xạ thì tia gamma có tác dụng sát khuẩn tốt nhất

d, Siêu âm có khả năng diệt khuẩn là do áp suất co giãn

5. Nước đun sôi trong 20 phút có thể diệt được tất cả các loại vi khuẩn:

a, Đúng

b, Sai

6. Hãy đánh dấu V vào đầu câu đúng:

Trong phương pháp khử khuẩn Pasteur, người ta thường sử dụng nhiệt độ ở:

a, 62° C trong 30 phút

b, 72°C trong 20 phút

c, 76°C trong 10 phút

d, 100°C trong 3 phút trong 30 ngày liên tiếp

e, a,b,c đúng

7. Hãy đánh dấu V vào câu đúng hoặc sai:

Khi sử dụng máy hấp ướt ở áp suất 151 bs, thì nhiệt độ đạt được và thời gian khử khuẩn tương ứng là:

a, 134°C trong 10 phút

Đ	S
---	---

- b, 121⁰C trong 15 phút
- c, 160⁰C trong 45 phút
- d, 170⁰C trong 20 phút
- e, 180⁰C trong 15 phút

Đ	S
Đ	S
Đ	S
Đ	S

8. Khoanh tròn 1 câu đúng:

Khi sử dụng máy hấp khô, nếu cho máy đạt đến nhiệt độ 170⁰C thì thời gian khử khuẩn tương ứng là:

- a, 3 phút
- b, 5 phút
- c, 10 phút
- d, 15 phút
- e, 20 phút

9. Tia cực tím thường dùng để khử khuẩn trong các trường hợp :

- a, Các dụng cụ thủy tinh
- b, Các dụng cụ bằng nhựa cao su không thể khử khuẩn trong nồi hấp khô
- c, Các loại thực phẩm
- d, Không khí ở những nơi đặc biệt

10. Sự phân biệt giữa chất tẩy uế và chất khử khuẩn dựa vào:

- a, Tính chất sát khuẩn
- b, Tính chất chế khuẩn
- c, Nồng độ của hoá chất
- d, Tính độc hại cho cơ thể

11. Khoanh tròn đầu câu đúng nhất

Tác dụng của chất khử khuẩn và chất tẩy uế phụ thuộc:

- a, Số lượng và sức đề kháng của vi khuẩn
- b, Thời gian tiếp xúc
- c, Nồng độ của hoá chất
- d, Chịu ảnh hưởng của nhiệt độ
- e, Tất cả đúng

12. Khoanh tròn đầu câu đúng:

- a, Acid và base có tác dụng chế khuẩn

- b, Muối đồng là chất sát khuẩn mạnh
 - c, Muối bạc có tác dụng diệt khuẩn và không hại cho cơ thể
 - d, Muối vàng được dùng để chữa các bệnh lao, hủi
 - e, Tất cả đều đúng
13. Formol là chất sát khuẩn mạnh, nên thường được dùng để khử khuẩn ở vết thương
- a, Đúng
 - b, Sai
14. Bacteriexin là một chất:
- a, Tham gia vào hoạt động biến dưỡng của vi khuẩn
 - b, Có tác dụng đối kháng với một số vi khuẩn khác
 - c, là một độc chất nên chưa có một loại Bacteriexin nào được sử dụng như là thuốc kháng sinh
 - d, a,b,c đúng
 - e, a,b,c sai
15. Phagior là một loại virus gây bệnh cho vi khuẩn, nên khi vi khuẩn bị phagior xâm nhập chắc chắn sẽ bị chết:
- a, đúng
 - b, sai

VIÊM MÀNG NÃO MỦ VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh viêm màng não mủ.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ.

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm màng não mủ là một hiện tượng viêm của màng não với sự gia tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy, do các vi khuẩn sinh mủ xâm nhập từ não bộ đến tủy sống, ảnh hưởng đến màng nhện và màng nuôi.

Bệnh cần được chẩn đoán và xử trí sớm để hạn chế tử vong, biến chứng và di chứng.

2. MẦM BỆNH

- Ở trẻ sơ sinh thường là *Streptococcus* và *Escherichia Coli* (từ âm đạo người mẹ).
- Ở trẻ 3 tháng đến 2 tuổi: *Haemophilus Influenzae* nhóm B.
- Ở trẻ 5 đến 15 tuổi hoặc thanh niên: *Neisseria Meningitidis* và *Streptococcus Pneumoniae*, *Staphylococcus* thường gặp nhất.

3. DỊCH TỄ

Viêm màng não mủ do *Neisseria Meningitidis* hay phát sinh thành dịch ở các nơi sinh hoạt tập thể (nhà trẻ, trường học...) truyền theo đường hô hấp trên (viêm họng).

Những bệnh nhân chấn thương sọ não, viêm nội tâm mạc, viêm tắc tĩnh mạch... thường bị nhiễm *Staphylococcus Aureus*.

Trẻ sơ sinh thường nhiễm vi khuẩn trong âm đạo của mẹ (*E. Coli*) khi vỡ ối sớm.

Viêm màng não mủ do *Streptococcus pneumoniae* thường theo sau một nhiễm khuẩn tại mũi họng.

4. BỆNH SINH

Đầu tiên, vi khuẩn từ ổ viêm nhiễm xâm nhập vào máu, lên màng não, lan toả và gây viêm màng nhện, màng nuôi, từ đó gây tổn thương cho não ở lân cận.

5. LÂM SÀNG

5.1. ở trẻ em và người lớn:

Hai hội chứng nổi bật:

5.1.1. Hội chứng nhiễm khuẩn:

Sốt cao đôi khi rét run, viêm đường hô hấp trên, **tai mũi họng**.

5.1.2. Hội chứng màng não:

- Nhức đầu, ói dễ dàng, nhất là khi thay đổi tư thế.
- Cứng gáy, dấu Kernig (+). Dấu Brudzinski (+).
- Sợ ánh sáng
- Thay đổi tính tình: Lừ đừ, li bì, vật vã hoặc kích động thái quá.
- Rối loạn thần kinh giao cảm, tăng tiết dịch, vã mồ hôi.
- Ngoài ra, còn có thể có một số biểu hiện khác như:
- Các tử ban, đốm xuất huyết (thường do *Neisseria Meningitidis*).
- Co giật
- Mê sảng
- Có dấu thần kinh khu trú: Liệt nửa người, liệt mặt, lác...

5.2. Ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi:

Trẻ càng nhỏ, các dấu hiệu càng ít nên khó chẩn đoán.

5.2.1. Hội chứng nhiễm khuẩn:

- Sốt
- Nôn, tiêu chảy mất nước

5.2.2. Hội chứng màng não:

- Thóp phồng
- Bứt rứt, lặn lộn, bỏ ăn
- Giảm trương lực cơ, rối loạn tri giác, lơ mơ
- Cổ cứng
- Vạch màng não (+)

6. XÉT NGHIỆM

6.1. Dịch não tủy

- Thường đục
- Áp suất tăng nhẹ
- Tế bào $500 - 1.000/\text{mm}^3$ trên 80% là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Đường giảm, dưới 40 mg%
- Đạm tăng, khoảng 100mg %
- Cây dịch não tủy cho phép phân lập vi khuẩn gây bệnh và để làm kháng sinh đồ.

6.2. Các xét nghiệm hỗ trợ khác

- Công thức bạch cầu nghiêng về trái, số lượng bạch cầu gia tăng.
- Cây máu có thể dương tính trong một số trường hợp
- Cây tìm vi khuẩn từ mủ tai, dịch cổ họng, mủ da...
- X quang có thể cho phép phát hiện ổ nhiễm nguyên phát ở lồng ngực, xoang, xương chũm...

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc dùng kháng sinh

- Dùng sớm, ngay khi có chẩn đoán.
- Dựa vào kháng sinh đồ, chọn kháng sinh đi qua được màng não.
- Dùng thuốc đường tĩnh mạch, đủ liều, đủ thời gian.

7.2. Điều trị nguyên nhân

7.2.1. Viêm màng não mủ do *Neisseria Meningitidis*

- Penicillin G 400.000 đơn vị/ kg/ 24 giờ.
- Ampicillin 150 mg/ kg/ 24 giờ

7.2.2. Viêm màng não mủ do *S. Pneumoniae* (người lớn):

- Penicillin G 16 - 20 triệu đơn vị/ ngày.
- Thay bằng chloramphenicol 4-6g / ngày khi bị kháng penicillin

7.2.3. Viêm màng não mủ do *H. Influenzae*:

- Dùng ampicillin hay amoxillin

7.3. Điều trị hỗ trợ

- Chống phù não: Corticoid
- Chống co giật: Diazepam, phenobarbital
- Thăng bằng nước - điện giải trong những ngày đầu bằng truyền dịch
- Ngăn ngừa biến chứng và điều trị biến chứng thần kinh.

8. DỰ PHÒNG

- Điều trị tích cực ổ nhiễm khuẩn nguyên phát (nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tai mũi họng...)
- Chích vaccin

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO MỦ

9.1. Nhận định:

9.1.1. Tình trạng hô hấp;

- Quan sát da, móng tay chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu có suy hô hấp cần thông khí và cho thở oxy
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên làm giảm đường thông khí.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch
- Mạch nhanh, huyết áp hạ dễ đưa đến choáng nhiễm khuẩn.
- HA
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Tùy tình trạng bệnh nhân

9.1.3. Tình trạng kích thích màng não và hội chứng màng não:

- Nhức đầu
- Nôn mửa
- Táo bón
- Cổ cứng
- Kernig
- Bruzinski
- Thóp phồng (trẻ sơ sinh).

9.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi rối loạn tri giác.
- Để bù đủ nước.
- Đánh giá mức độ mê và tiến triển của bệnh.
- Co giật.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Xem bệnh án để biết:
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp.
- + Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt.
- + Chỉ định thuốc.

- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- Dinh dưỡng: có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không?
- Để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân mê phải cho ăn qua ống thông (sonde) dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi: Các dấu hiệu sinh tồn, phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc:
 - + Các hệ thống cơ quan.
 - + Nuôi dưỡng.
 - + Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Đặt canuyn Mayo.
- Bóp bóngambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở Oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để trợ thủ bác sĩ đặt nội khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Tùy tình trạng bệnh nhân.
- Dùng cho bệnh nhân suy hô hấp nặng và hôn mê.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay cho bác sĩ.

- Chuẩn bị ngay dịch truyền đẳng trương, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện kịp thời y lệnh của bác sĩ.
- Có thể chuẩn bị bộ catheter tĩnh mạch trung ương và trợ giúp bác sĩ tiến hành kỹ thuật.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/ lần, 1 giờ/ lần, 3 giờ/ lần.
- Chỉ dùng thuốc nâng huyết áp cho bệnh nhân có tụt huyết áp khi đã truyền đủ dịch.
- Nhằm truyền khối lượng dịch lớn và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Tùy tình trạng từng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

9.3.3. *Trợ giúp thấy thuốc chọc dịch não tủy:*

- Chuẩn bị bệnh nhân.
- Chuẩn bị dụng cụ.
- Giữ bệnh nhân đúng tư thế trong khi chọc hút dịch não tủy.
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp (không gối) trong 4 giờ đầu, sau khi chọc hút dịch não tủy.
- Theo dõi sau khi chọc hút.
- Dọn dẹp dụng cụ.
- Tránh tụt não.
- Để phát hiện kịp thời nếu có biến chứng xảy ra.

9.3.4. *Thực hiện các y lệnh:*

- Chính xác, kịp thời.
- Thuốc.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và tri giác.
- Lau mát nếu nhiệt độ cao.
- Giữ an toàn và thuốc chống co giật.
- Cân bằng nước- điện giải.
- Đắp ấm các khớp bị viêm.
- Để giảm đau.

9.3.5. *Chăm sóc hệ thống cơ quan:*

- Vệ sinh răng, mũi, miệng ít nhất 3 lần một ngày.
- Để phòng bội nhiễm và phát hiện sớm dấu hiệu bội nhiễm

- Nhỏ mắt bằng Collyre nhiều lần và dùng gạc che mắt lại.
 - Da: tắm cho bệnh nhân bằng nước ấm hàng ngày và xoay trở mình cho bệnh nhân 2 giờ một lần.
 - Giữ khăn trải giường thẳng và khô. Cho nằm đệm chống loét nếu bệnh nhân hôn mê.
 - Các dụng cụ y tế can thiệp trên bệnh nhân như: ống nội khí quản, ống thông dạ dày, ống thông tiểu, máy thở...
 - Nuôi dưỡng: Nếu bệnh nhân hôn mê cho bệnh nhân ăn thức ăn lỏng qua ống thông dạ dày đúng kỹ thuật và đảm bảo đủ năng lượng.
 - Những ngày đầu có thể nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch với dung dịch glucose ưu trương.
- nếu bệnh nhân hôn mê, tránh bụi rơi vào mắt và loét giác mạc.
 - Tránh loét ở những chỗ tì đè, giữ da sạch sẽ.
 - Chế độ ăn uống qua ống thông dạ dày đảm bảo trên 2000 Kcalo, cân đối tỷ lệ protid - lipid - glucid và chia nhiều bữa trong ngày.
 - Tránh suy dinh dưỡng.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội qui khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Bằng sự dịu dàng, thái độ thông cảm người điều dưỡng tạo cho bệnh nhân tin tưởng và yên tâm điều trị.

9.4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:
 - + Tình trạng hô hấp bình thường.
 - + Mạch, nhiệt độ ổn định và dần trở về bình thường.
 - + Bệnh nhân tỉnh dần hoặc chỉ mở mắt mà chưa tỉnh hẳn.
 - + Không sốt.
- Các dấu hiệu sinh tồn được theo dõi theo yêu cầu của bác sĩ và ghi chép đầy đủ vào phiếu điều dưỡng.
- Các hội chứng nhiễm khuẩn, hội chứng màng não và dấu hiệu kích thích màng não giảm dần và hết hẳn.

- Các y lệnh của bác sĩ được thực hiện đầy đủ và chính xác.
- Không có thêm các biến chứng như: Viêm phổi, viêm khớp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Bệnh nhân tỉnh hoặc chưa tỉnh hẳn.

Tự lượng giá

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1-5 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu.

1. Hai loại vi khuẩn thường gây viêm màng não mủ ở thanh niên là:

- A. Nesseria Meningitidis - Neisseria Gonorrhoeae.
- B. Neisseria Meningitidis- Streptococcus Pneumoniae .
- C. Haemophilus Influenzae - Escherichia Coli.
- D. Pseudomonas Aeruginosae - Escherichia Coli.

2. Trong các vi khuẩn sau đây loại nào thường phát thành dịch viêm màng não mủ:

- A. Heamophilus Influenzae.
- B. Pseudomonas Aeruginosae.
- C. Neisseria Meningitidis
- D. Escherichia Coli.

3. Trước khi đến màng não, các vi khuẩn từ ngoại cảnh hoặc từ ổ viêm nhiễm đi qua:

- A. Đờm
- B. Phân
- C. Nước tiểu
- D. Máu

4. Biến chứng sau đây có thể gặp trong viêm màng não mủ trừ:

- A. Mê sảng
- B. Co giật
- C. Hôn mê
- D. Xuất huyết tiêu hoá
- E. Liệt nửa người.

5. Triệu chứng sau đây là đặc hiệu cho viêm màng não mủ do *Neisseria Meningitidis*:

- A. Sốt cao
- B. Nôn mửa
- C. Tử ban
- D. Cổ trướng
- E. Thóp phồng

6. Ghép yếu tố bên trái với một hay nhiều yếu tố bên phải:

Thời kỳ:

Triệu chứng ở trẻ em và người lớn:

- A. Thời kỳ nung bệnh
- B. Thời kỳ khởi phát

- a. Sốt cao
- b. Tử ban
- c. Rét run
- d. Nhức đầu
- e. Cổ cứng
- f. Nôn mửa
- g. Viêm amygdal

7. Điền vào chỗ trống bằng các từ ngắn gọn:

Trong viêm màng não mủ, dịch não tủy có khi nhìn thấy bằng mắt thường...(A)..., trong đó đạm...(B)..., đường glucose... (C)..., và bạch cầu chủ yếu là ...(D)...

8. Chẩn đoán lâm sàng viêm não mủ ở trẻ sơ sinh khó hơn ở người lớn vì triệu chứng ít:

- A. Đúng
- B. Sai

9. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ.

BỆNH LAO PHỔI VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh lao phổi.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lao phổi.

1. ĐỊNH NGHĨA

Lao phổi là bệnh rất phổ biến do *Mycobacterium tuberculosis* gây ra. Bệnh có thể cấp tính hay mạn tính, khu trú ở phổi hay lan rộng ra các cơ quan khác như da, màng não, thận, xương, khớp, ruột...

2. MÂM BỆNH

Mycobacterium tuberculosis là trực khuẩn dài, mảnh, có khi hơi cong. Chúng kháng lại sự xâm nhập của các phẩm nhuộm vì có nhiều lipid. Để quan sát được vi khuẩn, người ta thường nhuộm Ziehl- Neelsen, trong đó phẩm carbol fuchsin ngấm vào vi khuẩn nhờ hơi nóng tiêu bản, khi đã bắt màu vi khuẩn rất khó bị tẩy bằng hỗn hợp acid- cồn, do đó được gọi là vi khuẩn kháng acid.

Mycobacterium tuberculosis đề kháng với sự khô ráo, các hoá chất tẩy khuẩn (phenol 5%, hypochlorid...). Vi khuẩn có thể tồn tại trong đờm hàng tháng. Các vi khuẩn có trong những hạt nhỏ lơ lửng trong không khí có khả năng lây nhiễm cho người khác trong 8-10 ngày.

Người ta thường cấy bệnh phẩm trên môi trường trứng như Loweinstein - Jensen. *Mycobacterium tuberculosis* yếm khí, mọc rất chậm (6-8 tuần), vì thời gian nhân đôi 15-22 giờ, so với các vi khuẩn khác 20 -30 phút.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh

Người đang bị lao phổi tiến triển, nếu điều trị đúng và đầy đủ sau 2 tháng thì không còn khả năng lây.

3.2. Đường truyền nhiễm

- Chủ yếu là đường hô hấp: Hít phải những hạt đờm nhỏ có *Mycobacterium tuberculosis* lơ lửng trong không khí, do tiếp xúc gần gũi với người bệnh.
- Ít gặp: Qua da, đường tiêu hoá (uống sữa của con bò bị bệnh lao...)
- Bệnh phát triển song song với tình trạng suy nhược. Lao động nhiều, dinh dưỡng kém, điều kiện sống thiếu vệ sinh. Bệnh phổ biến ở Việt Nam, cũng như nhiều nước đang phát triển.

4. BỆNH SINH

Tổn thương tùy thuộc độc lực vi khuẩn và phản ứng của cơ thể, có 2 loại:

4.1. Tổn thương tiết dịch

Đó là phản ứng viêm, xảy ra chủ yếu ở nơi nhiễm đầu tiên trong phổi.

4.2. Tổn thương viêm hạt

Phần trung tâm của tổn thương là những tế bào khổng lồ chứa vi khuẩn lao, xung quanh là những tế bào giống thượng bì. Một cục nhỏ (Tubercle) là một vùng viêm hạt bao bọc bởi mô sợi, vùng trung tâm đã hoại tử bã đậu. Các cục nhỏ sẽ lành, được thay thế bởi mô sợi và sự hoá vôi.

Vi khuẩn phát tán theo 2 cách:

a, Cục nhỏ vỡ vào một phế quản, chất bã đậu lan ra các nơi khác trong phổi, hoặc được nuốt xuống ruột, hoặc được khạc ra ngoài gây nhiễm cho người khác.

b, Từ phổi, vi khuẩn xâm nhập vào máu và được đưa đi khắp cơ thể.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Không có triệu chứng lâm sàng đặc thù, cần lưu ý 2 điểm: ho dai dẳng quá 15 ngày và suy sụp toàn thân.

5.1. Lao sơ nhiễm

Triệu chứng không rõ, khó nhận biết:

Gồm:

- Tình trạng gần như cảm cúm kéo dài 2-3 tuần.
- Sốt nhẹ, mệt nhọc, sút cân.
- Chán ăn, ho khan, có khi đau tức ngực.

X quang: Đám mờ thâm nhiễm ở phổi cùng với hạch trung thất to.

5.2. lao tiến triển

Các triệu chứng tiến triển dần:

5.2.1. Triệu chứng toàn thể:

- Gần như một tình trạng cảm cúm kéo dài.
- Sốt nhẹ vào chiều tối, kèm vã mồ hôi.
- Mệt mỏi, sút cân, biếng ăn làm tổng trạng suy sụp nhanh.

5.2.2. Triệu chứng cơ năng:

- Ho: Ho khan hay ho có đờm buổi sáng, cơn ho tăng dần.
- Đờm: Màu trắng đục, sau có màu xanh vàng, đôi khi đờm có máu.
- Ho ra máu: Thường ra ít, thành tia lẫn trong đờm. Đôi khi ra máu nhiều.
- Đau: Nếu tổn thương ở màng phổi, đau khi hít vào mạnh.
- Khó thở do xơ hoá (lâu ngày), tràn khí màng phổi.

5.2.3. Các triệu chứng khác:

Khám: Có thể gặp các hội chứng tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, hội chứng đông đặc hay hình ảnh co kéo biến dạng lồng ngực.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

6.1. Lâm sàng

- Ho kéo dài quá 15 ngày
- Tổng trạng suy sụp.

6.2. Dịch tễ

Tiếp xúc với người bệnh lao.

6.3. X. quang có hình ảnh tổn thương.

6.4. Phản ứng nội bì với Tuberculin rõ rệt.

6.5. Xét nghiệm:

- Máu: Tốc độ lắng máu cao.
- Phản ứng nội bì Tuberculin (+).
- BK (+) khi soi đờm trực tiếp, hoặc sau khi nuôi cấy (vừa để chẩn đoán vừa làm kháng sinh đồ).

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Mục đích điều trị

- Diệt *Mycobacterium tuberculosis* hoàn toàn, càng nhanh càng tốt, tránh lây lan.
- Tránh hiện tượng vi khuẩn kháng thuốc.

7.2. Nguyên tắc

- Đa hoá trị liệu: Dùng 3 - 4 loại thuốc trong giai đoạn đầu, 2 - 3 loại trong giai đoạn hai.
- Dùng đúng liều, đúng thời gian, tránh tái phát.

7.3. Các loại thuốc

- Streptomycin
- Isoniazid (INH)
- Pyrazinamid
- Ethambutol
- Rifampicin

Các thuốc được phối hợp và sử dụng theo nhiều phác đồ khác nhau.

7.4. Các giai đoạn điều trị

7.4.1. Giai đoạn tấn công: 2-3 tháng đầu.

- Dùng 3 loại + Pyrazinamid.
- Bệnh nhân nên nằm viện để mau hồi phục, tránh lây lan.

7.4.2. Giai đoạn củng cố: 6 tháng.

Dùng 2 loại, ví dụ INH + Ethambutol hoặc INH + Rifampicin.

Việc đánh giá phân loại và phác đồ điều trị thuộc quyền của chuyên khoa lao. Dưới đây là một phác đồ để tham khảo:

a, Nhóm 01: BK (+) mới điều trị.

Giai đoạn I: 3 tháng: Streptomycin 1g

INH 300 mg

Hàng ngày

Pyrazinamid 1,5g

Giai đoạn II: 6 tháng:

Streptomycin 1g

INH 600 mg Tuần 2 lần.

Pyrazinamid

b, Nhóm 02: BK (+) đã điều trị theo 01, tái phát:

Giai đoạn I: 3 tháng: Rifampicin 300mg Hàng ngày.

Ethambutol 1200 mg

Giai đoạn II: 6 tháng: Rifampicin 600mg

Ethambutol 2400 mg 2 ngày/ tuần.

Có thể phối hợp thêm pyrazinamid.

8. DỰ PHÒNG

- Giáo dục sức khỏe.
- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm và đúng.
- Tiêm BCG theo lịch.
- Quản lý tốt bệnh nhân để tránh lây lan.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

a. Giai đoạn đầu của bệnh:

- Mệt mỏi.
- Cảm thấy yếu.
- Sụt cân nhanh.
- Sốt về chiều.
- Đổ mồ hôi trộm.

b, Giai đoạn lao phổi nặng:

- Ho kéo dài: Lúc đầu ho khan - Bệnh nhân nặng có biến chứng ho ra máu, mất máu nhiều gây khó thở.
- Khạc ra máu.

- Khó thở.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí và cho thở Oxy.
- Để cung cấp lượng Oxy cần thiết.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/ lần, 1 giờ/ lần, 3 giờ/ lần.
- Tuỳ tình trạng từng bệnh nhân.

9.1.3. Tình trạng chung:

- Đang điều trị mà nhiệt độ vẫn tăng phải theo dõi nhiệt độ ngày 2 lần (sáng, chiều).
- Cân nặng: Bệnh nhân lên cân là điều trị có đáp ứng.
- Theo dõi khạc ra máu, ho ra máu.
- Bệnh tiến triển nặng hơn.
- Bệnh nhân ăn ngủ được, diễn biến tốt.
- Tình trạng ngày càng nặng hơn.

- Xem bệnh án để biết:

+ Chẩn đoán.

+ Chỉ định thuốc.

- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

+ Xét nghiệm.

- Để thực hiện kịp thời, chính xác các xét nghiệm cơ bản.

+ Các yêu cầu theo dõi khác.

+ Chế độ ăn.

- Để bồi dưỡng bệnh nhân đúng mức.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí.

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

9.2.3. Theo dõi diễn biến bệnh.

9.2.4. Thực hiện y lệnh của bác sỹ.

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.

9.2.6. Giáo dục sức khoẻ.

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Bảo đảm thông khí.

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Cho thở Oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng khạc ra máu, ho ra máu.
- Hút đờm dãi.
- Để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Nếu có suy hô hấp.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị dịch truyền tùy tình trạng của bệnh nhân.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Tùy số lượng máu mất nhiều hay ít.
- Tùy tình trạng bệnh nhân.

9.3.3. Theo dõi diễn biến bệnh:

- Nếu điều trị có đáp ứng tốt, bệnh nhân giảm và hết sốt, bệnh nhân lên cân, tình trạng khạc ra máu, ho ra máu thưa dần và hết hẳn.
- Theo dõi các biến chứng xẹp phổi, lao thứ phát.
- Bệnh nhân tiếp tục sụt cân là dấu hiệu xấu.
- Báo bác sĩ để xử lý kịp thời

9.3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

- Thuốc: Uống
Tiêm, truyền
- Xét nghiệm: Máu
Đờm
Nước tiểu
- X quang.
- Giải thích để bệnh nhân an tâm điều trị (các phản ứng phụ khi dùng thuốc nếu có).
- Lưu ý lấy đờm đúng kỹ thuật.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Bệnh nhân nặng theo dõi biến chứng.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Nghỉ ngơi: Giai đoạn bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tối đa.
- Cần tạo điều kiện cho giấc ngủ: Đêm ngủ 7-8 giờ, trưa ngủ 1-2 giờ.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Thay quần áo, tắm giặt hàng ngày.
- Ho khắc vào ống nhỏ cá nhân chứa dung dịch sát khuẩn.
- Chăm sóc những bệnh nhân không tự làm vệ sinh được.
- Bệnh ổn định có thể vận động nhẹ nhàng: Tập thể dục, đọc sách...
- Nuôi dưỡng: Bệnh nhân thường ăn ít, ăn không ngon nên phải nấu ăn hợp khẩu vị và động viên bệnh nhân ăn nhiều.
- Cho bệnh nhân nhập viện điều trị trong 3 tháng.
- Tránh lây lan.

9.3.6. Giáo dục sức khoẻ:

- Khi bệnh nhân mới vào viện, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.
- Sau khi xuất viện cần theo dõi và khám tại địa phương theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị về thuốc, chế độ nghỉ ngơi, lao động...
- Bệnh nhân phải được biết rằng bệnh lao không phải nan y, nhưng cần điều trị lâu dài và đầy đủ thuốc.
- Nên cho chế độ ăn uống riêng.
- Cần tăng cường khẩu phần ăn, đảm bảo cung cấp nhiều năng lượng đủ calo trong ngày.
- Bệnh nhân lao phải điều trị lâu dài nên tâm lý trị liệu cần được quan tâm.
- Giáo dục bệnh nhân biết cách xử lý đờm (ngâm trong dung dịch diệt khuẩn), các biện pháp tránh lây lan cho người nhà.
- Giải thích ích lợi của việc điều trị tiếp tục để bệnh nhân tin tưởng.

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

- Theo dõi các xét nghiệm cần thiết và X quang liên tục để đánh giá quá trình điều trị.
- Tổng trạng chung khá dần, lên cân, X quang, da hồng hào, hết sốt, hết ho, hết khạc ra máu.
- Tuy nhiên sau 3 tháng điều trị tại bệnh viện, nếu bệnh nhân đáp ứng tốt với thuốc phải tiếp tục điều trị tại địa phương cho đủ liều thuốc theo công thức đã điều trị tại bệnh viện, từ 9-12 tháng.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu, cho các câu hỏi từ 1-7.

1. Vi khuẩn gây lao phổi là:

- A. Mycobacterium Leprae.
- B. Staphylococcus Aureus.
- C. Neisseria Meningitidis.
- D. Mycobacterium tuberculosis.

2. Vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể người ta qua:

- A. Da.
- B. Phổi.
- C. Đường tiêu hoá.
- D. Cả A, B và C.

3. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh lao phổi cao, các yếu tố sau đây tạo thuận lợi cho bệnh phát triển, trừ:

- A. Suy nhược cơ thể.
- B. Muối. Rất nhiều.
- C. Lao động quá sức.
- D. Dinh dưỡng quá kém.

4. Dấu hiệu X quang sau đây gặp ở lao sơ nhiễm:

- A. Tràn dịch màng phổi.
- B. Hốc lao.
- C. Hạch trung thất.
- D. Xơ hoá phổi.

5. Triệu chứng lâm sàng sau đây không gặp trong lao sơ nhiễm:

- A. Sốt nhẹ.
- B. Chán ăn.
- C. Ho ra máu.
- D. Mệt mỏi.

6. Để xác định bệnh lao phổi ta dựa vào:

- A. BK (+) (trực tiếp và cấy).
- B. X quang.
- C. Phản ứng nội bì với Tuberculin (+) rõ rệt.
- D. Cả A, B, và C đều đúng.

7. Sẽ không tìm thấy BK sau khi bệnh nhân được điều trị đúng và đủ:

- A. 2 tuần.
- B. 4 tuần.
- C. 6 tuần.
- D. 8 tuần.

8. Ghép các thương tổn X quang với 2 giai đoạn của lao phổi:

- | Giai đoạn: | Thương tổn: |
|--------------------|----------------|
| A. lao sơ nhiễm. | a. Xơ hoá. |
| B. Lao tiến triển. | b. Viêm hạch. |
| | c. Hốc lao. |
| | d. Bã đậu hoá. |
| | e. Thâm nhiễm. |
| | f. Vôi hoá. |

Phân biệt đúng - sai các câu từ 9 đến 10 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu.

9. Đa hoá trị liệu, dù trong giai đoạn củng cố là một trong những nguyên tắc điều trị lao.

- A. Đúng.
- B. Sai.

10. Tình trạng hô hấp của bệnh nhân là yếu tố quan trọng trong bước nhận định điều dưỡng.

- A. Đúng.
- B. Sai.

11. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh lao phổi.

DỊCH TẢ VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh dịch tả.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh tả.

1. ĐỊNH NGHĨA

Dịch tả là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do *Vibrio cholerae*, gây tiêu chảy dẫn đến mất nước và điện giải nặng. Bệnh nguy hiểm đối với trẻ em và người già, có thể phát thành dịch lớn khi điều kiện vệ sinh môi trường kém.

2. MÂM BỆNH

- *Vibrio cholerae* là một loại vi khuẩn ngắn, hình hơi cong như dấu phẩy, Gram (âm), di động nhanh nhờ có một roi, tìm thấy trong phân bệnh nhân và người mang mầm bệnh. Vi khuẩn không tạo bào tử nhưng có khả năng tồn tại trong nước, thức ăn khoảng một tuần, chúng bị huỷ diệt nhanh bởi nhiệt độ cao $> 55^{\circ}\text{C}$ và các chất tẩy khuẩn.
- Ngoài typ cổ điển, còn có typ Eltor cũng gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt hai typ cổ điển và Eltor dựa trên khả năng gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt hai typ cổ điển và Eltor còn dựa vào khả năng gây dung huyết và tính chất nhạy cảm với kháng sinh, có ý nghĩa trong nghiên cứu dịch tễ học của bệnh dịch tả.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh thải vi khuẩn qua phân, chất nôn, người bệnh thường sạch vi khuẩn sau một tuần.
- Người lành mang vi khuẩn thải vi khuẩn qua phân trong thời gian rất dài.

3.2. Đường truyền nhiễm

- Vi khuẩn tồn tại khá lâu ở môi trường bên ngoài, nhiễm vào nước và các thực phẩm như cá, tôm, cua, sò, ốc, từ đó vim khuẩn xâm nhập vào người khác khi họ ăn các thức ăn nấu chưa kỹ.
- Cách lây truyền trực tiếp từ người bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi nhân bệnh, người khâm niệm tử thi... tuy hiếm nhưng vẫn có thể xảy ra.

3.3. Tính cảm thụ

- Dịch tả thường xảy ra ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường kém, ý thức vệ sinh của người dân chưa tốt.
- Bệnh thường xảy ra vào mùa nắng.
- Trẻ em thường mắc bệnh nhiều hơn.

4. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, vi khuẩn phát triển ở ruột non và tiết ra nội độc tố. Nội độc tố gắn vào tế bào niêm mạc, kích hoạt adenyl cyclase dẫn đến sự gia tăng AMP vòng. Nước từ tế bào niêm mạc sẽ xuất tiết vào lòng ruột non, gây ra hiện tượng tiêu chảy ồ ạt. Bệnh nhân bị mất nước đẳng trương, cần phải can thiệp nhanh chóng nếu không sẽ bị hạ thể tích huyết tương, rối loạn điện giải, toan máu, suy tim mạch, suy thận và tử vong. Typ Eltor tiết ra hemolysin làm tiêu huyết.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh: Từ 6 giờ đến 5 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát: vài giờ.

- Bệnh nhân đột ngột đầy bụng, sôi ruột.
- Tiêu chảy một vài lần, không sốt.

5.3. Thời kỳ toàn phát: Thường có 5 triệu chứng:

5.3.1. Tiêu chảy xối xả: Phân nước, đục lơ lơ như nước vo gạo, 20-50 lần/ngày, mùi tanh nồng đặc biệt.

5.3.2. Nôn mửa: Nôn vọt dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau nôn ra toàn nước trong, tuy thế bệnh nhân không đau bụng.

5.3.3. Tình trạng tiền shock hoặc shock: Thân thể lạnh, tay chân lạnh, HA hạ.

5.3.4. Chuột rút: Các cơ bắp co rút, đau do giảm calci.

5.3.5. Tiểu ít hoặc vô niệu.

Bệnh nhân có các dấu hiệu mất nước: Mắt hốc hác, lơ đờ, mắt trũng sâu, da nhăn nheo, các hố trên xương đòn, xương ức... lõm vào, tiếng nói thều thào, tim đập yếu, mạch nhanh, thân nhiệt dưới 37°C.

5.4. Thời kỳ phục hồi

Bệnh diễn biến 1-3 ngày rồi tự ngừng, nếu bệnh nhân được bù nước và điện giải thời gian phục hồi sẽ nhanh hơn.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tể.

6.2. Lâm sàng

Tiêu chảy dữ dội, mất nước, tính chất của phân, không sốt, không đau bụng.

6.3. Xét nghiệm

- Soi phân dưới kính hiển vi nền đen: Thấy vi khuẩn tả chuyển động nhanh.
- Cấy phân: Cho kết quả sau 24 giờ.
- Xét nghiệm đánh giá những biến đổi sinh học.
- Tình trạng cô đặc máu: Số lượng hồng cầu, bạch cầu tăng, dung tích hồng cầu tăng, tỷ trọng huyết tương tăng.
- Rối loạn điện giải: Cl^- tăng ít, K^+ giảm, dự trữ kiềm giảm.
- Suy thận: Creatinin máu tăng.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc điều trị

- Bồi hoàn nước, điện giải sớm và đầy đủ, theo dõi chặt chẽ.
- Kháng sinh trị liệu.

7.2. Điều trị

7.2.1. Bồi hoàn nước - điện giải bù qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: (6- 8 giờ) khi mới nhập viện, bù nước và điện giải để bệnh nhân khỏi bị kiệt nước, kiệt muối.
- Giai đoạn 2: (8 giờ tiếp theo) bù nước, điện giải mất trong quá trình điều trị.
- Bệnh nhân được bù đầy đủ khi triệu chứng mất nước giảm và ion đồ trở lại bình thường.
- Dung dịch dùng là:
 - + NaCl 9⁰/₁₀₀ (2 thể tích).
 - + NaHCO_3 14⁰/₁₀₀ (1 thể tích) (dd Alkalect).
- Hoặc ringer lactat.
- Glucose chỉ dùng ở trẻ em sau khi đã bù đủ muối.
- Nên bổ sung K^+ , Ca^{++} (không cần lắm).
- Khi tạm ổn: tình trạng mất nước cho dùng oresol uống.

7.2.2. Kháng sinh:

- Tetracyclin: 500mg/6 giờ x 8 - 12 lần/ liều.
- Trẻ em: 10 mg/kg/6 giờ x 8 lần/ liều.

- Có thể thay thế bằng ampicilin, cotrimoxazol.

7.2.3. Điều trị triệu chứng - dinh dưỡng:

- Các triệu chứng sẽ giảm khi bồi hoàn nước - điện giải đúng.
- Chế độ ăn: Người lớn nghỉ ăn 1 ngày. Trẻ em không nghỉ ăn, nhưng cho thức ăn lỏng, thức ăn dễ tiêu hoặc bú mẹ.
- Không dùng thuốc cầm tiêu chảy vì không cầm được và có thể gây hại.

8. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường, giải quyết vấn đề ô nhiễm phân.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Kiểm soát chặt chẽ các nguồn nước cung cấp, hệ thống phân phối nước, nước thải...

Các biện pháp khi có dịch:

- Giáo dục sức khỏe, tuyên truyền, vận động tự người dân tham gia chống dịch.
- Xử lý phân và chất thải.
- Ăn chín, uống chín.
- Hạn chế đi lại, giao lưu hàng hoá.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp, quan sát da, móng chân, móng tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết, nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp thông khí, cho thở oxy.

**Đầu chi lạnh tím do nhiệt độ thấp.
Bệnh nhân mất nước nhiều và nhanh
làm giảm thể tích tuần hoàn đột ngột
gây khó thở rồi thở nhanh.**

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt là dấu hiệu tiền sốc.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/lần, 30 phút/lần
- Tình trạng mất nước.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân để bù đủ dịch và điện giải kịp thời.

Đánh giá mức độ mất nước:

- Dấu véo da (+).
- Khát nước (+).

- Số lượng nước tiểu ít hay vô niệu.
- Ở trẻ em: Xem có nước mắt không.
- Môi lưỡi khô.
- Mắt trũng.
- Nếu có suy thận.

9.1.3. Tình trạng đi tiêu:

- Số lần đi tiêu, tính chất phân.
- Xem bệnh án.
- Chẩn đoán độ mất nước, chỉ định thuốc, xét nghiệm. Các yêu cầu theo dõi khác.
- Tiêu chảy xối xả 6-8 giờ đầu có thể mất đến 20 lít nước.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm.

9.1.4. Tình trạng chung:

- Tri giác: Tỉnh, lơ đãng, lơ mơ, vật vã, bứt rứt, có co giật không.
- Lấy nhiệt độ.
- Đo nước tiểu / 24 giờ.
- Nôn sau tiêu chảy nhiều lần.
- Có thể bị chuột rút do toan huyết.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí.

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

9.2.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước.

9.2.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.

9.2.6. Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở.
- Dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái.
- Nếu bệnh nhân thở nhanh.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ.
- Dự trữ đủ số dịch truyền để nhanh chóng bù đủ lượng nước mất.

- Nhanh chóng chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngay. Truyền bằng kim to và cho nhiều đường truyền một loạt, cho chảy nhanh.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần.
- Chọn tĩnh mạch lớn và gần trung tâm.
- Theo dõi đáp ứng và theo dõi phù phổi cấp, kiểm tra vận tốc thường xuyên.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

9.3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước:

- Đánh giá mức độ mất nước.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập/24 giờ.
- Bù đủ nước.
- Để bù đủ lượng nước mất
- Để đánh giá chức năng thận. Ngoài dịch truyền nếu không nôn cho uống oresol.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác, kịp thời:

- Thuốc, truyền dịch hoặc cho uống Oresol.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, phát hiện trụy mạch.
- Lấy mẫu phân đúng quy cách để biết tiến triển bệnh: bằng soi phân tươi. Cấy phân 15 phút/ 1 giờ đầu, 1 giờ/ 7 giờ sau. Từ 3 giờ - 6 giờ khi tương đối ổn định.

9.3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng:

- Cho nằm giường có lỗ để giúp bệnh nhân đại tiểu tiện tại chỗ. Cần có 2 xô chứa dung dịch sát khuẩn để chứa phân và chất nôn riêng.
- Lau rửa, thay quần áo thường xuyên để tạo cảm giác dễ chịu cho bệnh nhân.
- Chú ý vùng mông sạch sẽ, khô.
- Nuôi dưỡng: Bớt tiêu chảy cho ăn chất lỏng, dễ tiêu.
- Dinh dưỡng: **Chủ yếu là truyền dịch.**
- **Người lớn: Ngày đầu nhịn ăn, cho uống Oresol.**
- **Ngày sau: Ăn nhẹ, lỏng, dễ tiêu.**
- **Trẻ em: Cho bú mẹ.**

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho nhân viên và thân nhân của bệnh nhân tại khoa.
- Khi xuất viện hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân phương pháp dự phòng.
- Vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại nhà. Rửa tay trước khi ăn.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Để tránh lây lan.

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Sau khi truyền đủ lượng dịch và điện giải bệnh nhân tươi tỉnh lại ngay, da ấm, mạch, huyết áp ổn định, hết dấu hiệu mất nước.
- Ngừng đi tiêu, đi tiểu nhiều, hết khát nước.
- Nôn mửa ngừng dần sau các giờ đầu, chuột rút biến mất.
- Diễn biến rất nhanh chóng từ vài giờ đến vài ngày. Mạch chậm, đều rõ, huyết áp gia tăng, thân nhiệt trở lại bình thường.

Tự lượng giá

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1-3 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu:

1. Vi khuẩn *Vibrio cholerae* có hình dạng.

- A. Như khối cầu
- B. Như cái que.
- C. Như dấu phẩy.
- D. Như lò so xoắn.

★ 2. Vi khuẩn theo bệnh phẩm gì ra ngoại cảnh:

- A. Phân.
- B. Nước tiểu.
- C. Chất nôn.
- D. Cả A và C.

3. Khi có dịch, cần có các biện pháp sau:

- A. Đi lại và giao lưu hàng hoá bình thường
- B. Tuyên truyền, vận động dân tham gia chống dịch
- C. Ăn chín, uống chín
- D. Xử lý phân và chất thải

Đ	S
Đ	S
Đ	S
Đ	S

Phân biệt đúng – sai các câu từ 4-6 bằng cách khoanh tròn vào các chữ cái A hoặc B.

4. Các cán bộ y tế, người nuôi bệnh.... Có thể nhiễm *Vibrio cholerae* trực tiếp từ bệnh nhân.

- A. (Đúng).
- B. (Sai).

5. Người lành mang vi khuẩn thải vi khuẩn qua phân trong thời gian dài.

- A. Đúng
- B. Sai

6. Vi khuẩn tả khó bị tiêu diệt bằng nhiệt độ 100°C và các chất tẩy khuẩn.

- A. Đúng
- B. Sai

Trả lời ngắn gọn các câu 7 và 8

7. Năm triệu chứng của thời kỳ toàn phát là:

- (1).....
- (2).....
- (3).....
- (4).....
- (5).....

8. Hai nguyên tắc điều trị là:

- (1).....
- (2).....

9. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh tả.

LÝ THỰC KHUẨN VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh lý thực khuẩn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lý thực khuẩn.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hoá do thực khuẩn *Shigella* gây ra, biểu hiện bệnh lý có thể từ tiêu chảy nhẹ cho đến hội chứng lý nặng với đau quặn bụng, mết, sốt và các dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc.

2. MẦM BỆNH

Shigella là thực khuẩn Gram (-), không di động. Dựa vào đặc điểm kháng nguyên 0 (kháng nguyên thân) và một số đặc điểm sinh hoá, người ta chia ra 4 nhóm:

Nhóm A: *Shigella Dysenteriae*.

Nhóm B: *Shigella Flexneri*.

Nhóm C: *Shigella Boydii*.

Nhóm D: *Shigella sonnei*.

Nhóm A có *Shigella Dysenteriae* 1 hay gây dịch và bệnh cảnh nặng hơn các nhóm khác.

Các *Shigella* thuộc loại hiếu khí tùy nghi, mọc dễ dàng trên các môi trường thường quy như EMB, Mac, Conkey, SS... chúng nhạy cảm với các dung dịch sát khuẩn.

3. DỊCH TỄ

Khác với các vi khuẩn khác, chỉ cần một lượng nhỏ (10-100 vi khuẩn) *Shigella* cũng đủ gây bệnh. Vì thế, bệnh rất dễ lây từ người này sang người khác, nhất là ở những tập thể đông đúc (nhà trẻ, trường học, nhà giam...) . Bệnh thường xảy ra trên phạm vi toàn thế giới, đặc biệt phổ biến ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm kém.

3.1. Nguồn bệnh

Người bệnh là nguồn quan trọng, họ thải vi khuẩn trong suốt thời gian bệnh và cả trong thời gian hồi phục (6 tuần).

3.2. Đường lây truyền

Quan trọng nhất là tay bẩn do tiếp xúc với phân bệnh nhân hoặc các dụng cụ, thực phẩm, nước uống... đã bị ô nhiễm *Shigella*. Ruồi nhặng cũng có thể truyền *Shigella*.

3.3. Khó khăn chẩn đoán

Các tập thể đông đúc điều kiện vệ sinh kém, xử lý phân không tốt. Trẻ em và người lớn tuổi dễ nhiễm, khi mắc bệnh thì thường nặng hơn những người khác.

4. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, *Shigella* dễ dàng vượt qua hàng rào acid của dạ dày, qua ruột non và tăng sinh trong niêm mạc ruột già, gây phản ứng viêm cấp tính. Lớp tế bào thượng bì chứa vi khuẩn sẽ bị huỷ hoại, tróc da, tạo nên các ổ loét nông trên nền niêm mạc viêm lan toả. Lúc đầu tổn thương ở đoạn cuối ruột già và trực tràng, sau đó lan dần khắp các đoạn ruột. Tiêu chảy xuất hiện do rối loạn hấp thụ nước - điện giải.

Ruột bị viêm loét có thể đưa đến xuất huyết.

Shigella Dysenteriae 1 có ngoại độc tố tác động lên ruột gây tiêu chảy và lên hệ thần kinh trẻ em.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh: 12-70 giờ, không có triệu chứng.

5.2. Thời kỳ khởi phát: 1-3 ngày.

- Đột ngột, với các triệu chứng không đặc hiệu.
- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39-40°C, ớn lạnh, đau cơ, mệt mỏi, buồn nôn, biếng ăn.
- Triệu chứng tiêu hoá: Đi tiêu phân lỏng hoặc nước vàng, đau quặn bụng, có khi mất nước (trẻ em, người già).

5.3. Thời kỳ toàn phát: Bệnh cảnh lý đầy đủ với:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39°C, ớn lạnh, mệt mỏi, biếng ăn.
- Hội chứng lỵ.
 - + Đau quặn bụng từng cơn, dọc theo khung ruột già; mỗi lần đau lại kích thích đi tiêu, đi xong hết đau.

- + Mót rặn, ngày càng tăng, đau thót vùng ruột già, ở người già, suy kiệt có thể dẫn đến sa trực tràng.
- + Phân có dịch nhầy lẫn máu 10-40 lần/ ngày, lượng phân ngày càng ít đi.
- Tổng trạng: Suy sụp nhanh, mệt nhọc, lơ đãng, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng nâu.
- Trẻ em 1-4 tuổi thường có sốt cao kèm theo co giật, có biểu hiện thần kinh như li bì, lơ mơ, đau đầu, cổ cứng.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tễ học

6.2. lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn nặng.
- Hội chứng lỵ.

6.3. Xét nghiệm phân

- Soi tươi sau khi nhuộm xanh methylen.
- Cấy phân trên thạch máu, desoxycholat, thạch SS... và phân lập được *Shigella*.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Bồi hoàn nước, điện giải

Uống sớm Oresol, truyền dịch khi mất nước và điện giải nặng.

7.2. Kháng sinh

- Ampicillin 50-100mg/kg/24 giờ (trẻ em) hoặc 2g/ ngày (người lớn).
- Cotrimoxazol (Trimethoprim suffamethoxazol) 480 mg x 1 viên/10kg cân nặng, chia làm hai lần.

7.3. Điều trị triệu chứng

- Các thuốc giảm nhu động ruột như paregoric, atropin, loperamid... không nên dùng vì làm triệu chứng xấu đi, kéo dài thời gian thải vi khuẩn.
- Có thể dùng thuốc an thần nhẹ.
- Ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu, cho uống nước hoặc Oresol theo nhu cầu.

8. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống và vệ sinh nước, rửa tay trước khi ăn và khi chế biến thực phẩm.

- Xử lý phân.
- Cách ly bệnh nhân, sát khuẩn chất thải.

9. CHĂM SÓC

(Chung cho ly trực khuẩn và ly amip).

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân, đếm nhịp thở, kiểu thở. Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.
- Đặc biệt đối với thể nặng cấp tính: Sốc do mất nước và điện giải trong thời kỳ khởi phát, do mất máu nặng, do nhiễm khuẩn huyết.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch - huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Trong khi đi tiêu máu ô ạt.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ (nhịp tim nhanh) dẫn đến suy tuần hoàn.
- Tổn thương cơ tim: tai biến emetin có nhịp tim nhanh cho ngừng thuốc.

9.1.3. Tình trạng tri giác:

- Tỉnh, lơ mơ, hôn mê.
- Nhiễm độc thần kinh thường xảy ra ở trẻ em, người già trong thể nặng.

9.1.4. Tình trạng đi tiêu:

- Số lần, số lượng phân.
- Tính chất phân.
- Đi tiêu ô ạt. Rối loạn nước - điện giải, suy tuần hoàn dẫn đến tử vong.

- Số lượng máu mất ở thể nặng.

9.1.5. Tình trạng chung:

- Lấy nhiệt độ.
- Đo nước tiểu/ 24 giờ.
- Lượng nước xuất nhập/ 24 giờ.
- Theo dõi các biến chứng .
- Xem bệnh án để biết:
- + Chẩn đoán.

- + Chỉ định thuốc.
- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- + Dinh dưỡng.
- Có kế hoạch theo dõi thích hợp, để thực hiện kịp thời chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. *Bảo đảm thông khí.*

9.2.2. *Theo dõi tuần hoàn.*

9.2.3. *Theo dõi dấu hiệu mất nước.*

9.2.4. *Thực hiện các y lệnh.*

9.2.5. *Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.*

9.2.6. *Giáo dục sức khỏe.*

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. *Bảo đảm thông khí:*

- Cho thở Oxy.
- Theo dõi nhịp thở.
- Dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái.
- Nếu bệnh nhân thở nhanh.

9.3.2. *Theo dõi tuần hoàn:*

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo bác sĩ.
- Chuẩn bị truyền dịch đường tĩnh mạch, theo dõi vận tốc. Nhẹ cho uống Oresol.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Theo dõi cơn đau ngực thường xuyên.
- Chọn tĩnh mạch lớn, ít di động.
- Đặc biệt có phản ứng phụ với emetin.

9.3.3. *Theo dõi dấu hiệu mất nước, mất máu nặng và các biến chứng:*

- Đánh giá mất nước ở mức độ nào.
- Đánh giá mất máu nhiều hay ít.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập trong 24 giờ.
- Dấu hiệu đau bụng ngoại khoa do thủng ruột gây viêm phúc mạc.
- Bù đủ nước và chất điện giải.

- Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram(-).

9.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời:

- Thuốc:
- + Kháng sinh: Ampixilin, cotrimoxazol (Bactrim).
- + Metronidazol (Flagyl) đắng khó uống hay gây nôn nên cho uống sau bữa ăn.
- + Emetin: Có độc tính cao nên phải chính xác về liều lượng: 1mg/kg/ngày. (Phải tiêm bắp sâu, hiện nay dùng ít).
- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi tại giường.
- Xét nghiệm.
- Lấy phân đúng quy cách.
- + Soi phân tươi.
- + Cấy phân.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng:

- Cho bệnh nhân nằm tại giường có lỗ để giúp đại, tiểu tiện tại chỗ.
- Bệnh nhân nặng cần được tắm rửa thay quần áo ngày nhiều lần. Giữ rất sạch vùng hậu môn và xương cụt.
- Lau mát nếu có nhiệt độ cao trong lỵ trực khuẩn.
- Bệnh nhân có biến chứng sa trực tràng cần ngâm rửa nước ấm sau khi đi tiêu.
- Nuôi dưỡng: Khuyến khích ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, uống nhiều nước cháo, trà loãng, súp, kiêng sữa, mỡ. Đặc biệt trẻ em cho ăn uống đầy đủ và bổ dưỡng, ăn nhiều lần để tránh suy dinh dưỡng.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho nhân viên và thân nhân bệnh nhân tại khoa.
- Khi xuất viện hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân
- Bằng thái độ dịu dàng làm cho bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Để tránh lây lan.

nhân phương pháp dự phòng: ăn chín, uống chín, rửa tay trước khi ăn...

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Thể tiêu chảy nhẹ hoặc không có triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ỉ, tiêu phân loãng 1 đến 2 tuần thì hết.
- Thể mạn tính: Bệnh nhân đi tiêu máu lẫn nhầy kéo dài gây mất nhiều đạm, rối loạn nước - điện giải kéo dài nên hết tiêu chảy phải cho ăn uống đầy đủ nâng cao thể trạng.

Tự lượng giá

Phân biệt đúng sai các câu từ 1-4 bằng cách khoanh tròn các chữ cái A hoặc B.

1. Shigella (nhóm A) hay gây dịch và bệnh cảnh nặng hơn các vi khuẩn nhóm B, C, D.

A. Đúng.

B. Sai.

2. Bệnh do Shigella dễ lây truyền vì chỉ cần một lượng nhỏ vi khuẩn cũng đủ gây bệnh.

A. Đúng.

B. Sai.

3. Người bệnh có thể thải vi khuẩn ra ngoài cảnh ngay cả trong thời gian hồi phục.

A. Đúng.

B. Sai.

4. Khi bệnh nhân đau bụng và đi tiêu nhiều lần, ta nên dùng thuốc giảm nhu động ruột như paregoric, atropin....

A. Đúng.

B. Sai.

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 5-7 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu:

5. Bệnh được lan truyền do:

A. Tay bẩn do tiếp xúc với bệnh nhân.

- B. Uống nước đã bị ô nhiễm phân.
 - C. Ruồi nhặng.
 - D. Tất cả đều đúng.
6. Các tổn thương và rối loạn sau thường gặp ở bệnh nhân lỵ, trừ:
- A. Viêm loét niêm mạc ruột già.
 - B. Xuất huyết.
 - C. Viêm loét niêm mạc ruột non.
 - D. Rối loạn hấp thu nước – điện giải.
7. Triệu chứng sau không thuộc hội chứng lỵ:
- A. Đau quặn bụng.
 - B. Đau thượng vị.
 - C. Mót rặn.
 - D. Tiêu phân có dịch nhầy, máu.
8. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh lỵ trực khuẩn.

BỆNH THƯƠNG HÀN VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được một số đặc điểm sinh học, dịch tễ học của bệnh thương hàn.
2. Mô tả được các triệu chứng của thời kỳ khởi phát và toàn phát bệnh thương hàn.
3. Kể các biến chứng và cách dự phòng bệnh thương hàn.
4. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh thương hàn.

1. ĐỊNH NGHĨA

Thương hàn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân do **Salmonella typhi** hoặc **Salmonella para typhi A,B, C** gây ra. Bệnh lây lan qua đường tiêu hoá, gây sốt kéo dài và nhiều biến chứng (chảy máu, thủng ruột).

2. MẮM BỆNH

Salmonella gồm nhiều loại khác nhau. Trước 1983, dựa vào phản ứng sinh học, người ta chia chúng ra làm ba loại:

- Salmonella typhi (1 typ huyết thanh).
- Salmonella cholerae suis (1 typ).
- Salmonella enteritidis 9 (trên 1500 typ).

Từ năm 1983 dựa trên nghiên cứu mã di truyền bằng phương pháp lai ADN (ADN luybridization) người ta chia chúng ra thành 6 loại phụ (Subpecies). Tuy nhiên trên thực tế việc định tên loài và loài phụ ít được sử dụng.

- Salmonella subpecies là những trực khuẩn Gram (-) di động được nhờ các roi (flagella) quanh mình. Chúng mọc dễ dàng trên các môi trường cấy thông thường như Macconkey, EMB, Brilliant Grên Agar...

- Samonella typhi và Salmonella paratyphi A, B, C gây bệnh thương hàn.
- Salmonella typhi murium gây nhiễm khuẩn huyết.

Các Salmonella spp có ba loại kháng nguyên:

- Kháng nguyên O: là kháng nguyên thân (somatic).
- Kháng nguyên H: là kháng nguyên roi (flagella).
- Kháng nguyên Vi: là kháng nguyên vỏ (Caspular).

Dựa vào các kháng nguyên người ta chia Salmonella subpecies ra hơn 2.2.00 typ huyết thanh khác nhau. Trên thực tế, các kháng nguyên này được dùng để làm chẩn đoán huyết thanh học bệnh thương hàn.

3. DỊCH TỄ

Vi khuẩn theo phân, nước tiểu bệnh nhân ra ngoại cảnh từ tuần thứ hai trở đi. Những người mang mầm bệnh là nguồn lây nguy hiểm, ít được chú ý.

Vi khuẩn nhiễm vào nước, sữa, kem, phomat, bơ, thịt, sò, hến... theo đường miệng xâm nhập sang những người khác khi người này ăn hoặc uống các thức ăn, nước uống không tiệt khuẩn.

Bệnh phát triển mạnh vào mùa nắng, ở những nơi có vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm kém.

4. BỆNH SINH

Vi khuẩn xâm nhập qua đường miệng, một số bị huỷ diệt bởi dịch vị và những vi khuẩn bình thường sẵn có trong ruột. Số còn sống sót phát triển ở đoạn cuối ruột non, xâm nhập các nang lympho, mảng Peyer, rồi qua ống ngực vào máu đến các cơ quan. Tổn thương ở ruột thường là loét các nang lympho,

xuất huyết có khi thủng ruột. Nội độc tố gây ớn lạnh, sốt cao, rối loạn tri giác, giảm bạch cầu... Dần dần khi cơ thể bệnh nhân dung nạp tốt độc tố thì các triệu chứng lâm sàng của bệnh sẽ không còn dai dẳng nữa.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Khoảng 10 ngày (3-60 ngày).

5.2. Thời kỳ khởi phát: Khoảng 5-7 ngày.

- Nhức đầu, mệt mỏi, kém ăn, đau các chi.
- Đau bụng, buồn nôn, nôn mửa, táo bón.
- Sốt tăng từ từ, thường về chiều tạo hình ảnh sốt bậc thang.

5.3. Thời kỳ toàn phát

Từ 7-10 ngày.

5.3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc:

- Sốt tăng dần, đến 39 - 41°C liên tục từ tuần lễ thứ hai, tạo hình ảnh sốt cao nguyên, thường kèm ớn lạnh.
- Mạch - nhiệt phân ly: mạch tương đối chậm (30-40% các trường hợp).
- Bệnh nhân suy nhược nhanh, hốc hác.
- Rối loạn tri giác, ly bì có vẻ vô cảm, thờ ơ (typhos).

5.3.2. Rối loạn tiêu hoá:

- Tiêu chảy 3-4 lần trong ngày, phân vàng lỏng, lổn nhổn, xen kẽ táo.
- Bụng chướng, đau nhẹ, sờ thấy lạo xạo ở hố chậu phải, nghe có tiếng óc ách.
- Gan lách to thường gặp ở trẻ em.
- Lưỡi bẩn mất gai.

5.3.3. Hồng ban:

Xuất hiện ngày thứ 7-10 của bệnh, ở bụng, phần dưới ngực, màu hồng, biến mất khi đè tay. Hồng ban biến mất sau 2-3 ngày.

5.3.4. Các triệu chứng khác (ít gặp)

- Xuất huyết da - niêm mạc, rong kinh (với phụ nữ).
- Vàng mắt, vàng da.
- Cổ cứng, có dấu hiệu màng não.

5.4. Thời kỳ lui bệnh: (tuần lễ thứ 3-4).

Sốt hạ dần, các triệu chứng thuyên giảm, thời gian bình phục kéo dài.

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Biến chứng tiêu hoá:

6.1.1. Xuất huyết:

Thường xảy ra vào tuần lễ thứ hai thứ ba: Huyết áp giảm, nhiệt độ hạ đột ngột, mạch yếu, bệnh nhân lo lắng, vã mồ hôi... cần cấp cứu.

6.1.2. Thủng ruột:

Thường vào tuần thứ hai thứ ba, ở đoạn cuối ruột non, có thể có biểu hiện sau:

- * Dữ dội: Phản ứng thành bụng (bụng co cứng), bạch cầu tăng, X quang có liềm hơi dưới cơ hoành.
- * Âm ỉ: Xảy ra ở bệnh nhân suy kiệt, phản ứng thành bụng không rõ, đau âm ỉ ở hố chậu phải.

6.1.3. Viêm túi mật: Có thể cấp tính hay mạn tính, ấn đau ở hạ sườn phải.

6.1.4. Viêm gan: Có thể vàng da, có thể không, SGOT, SGPT tăng nhẹ.

6.1.5. Ít gặp: Viêm đại tràng, viêm phúc mạc, viêm ruột thừa...

6.2. Biến chứng tim mạch:

6.2.1. Viêm cơ tim: Đau ngực, loạn nhịp tim, suy tim, sốc do tim.

6.2.2. Viêm tắc tĩnh mạch, động mạch: Thường gặp ở cẳng chân.

6.3. Biến chứng thận:

Viêm cầu thận: Protein niệu thoáng qua, thận nhiễm mỡ, suy thận cấp.

6.4. Viêm màng não mủ, viêm xương... ít gặp

7. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào

7.1. Dịch tễ học:

7.2. Lâm sàng:

- Sốt kéo dài.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Tình trạng ly bì (typhos)

7.3. Xét nghiệm:

- Bạch cầu giảm, trung bình 5000-6000/mm³.
- Cấy máu: (+) trong tuần lễ đầu (80-90%).
- Cấy phân: (+) ở tuần lễ thứ 2 thứ 3.
- Cấy nước tiểu: (+) từ tuần lễ thứ 3 trở đi.
- Huyết thanh chẩn đoán: Phản ứng Widal (+) với kháng nguyên O và H cho biết bệnh đang tiến triển, (+) với kháng nguyên Vi trong trường hợp người

lành mang mầm bệnh. Nên làm hai lần: Lần đầu vào tuần lễ thứ 2, lần sau vào tuần lễ thứ 3, hiệu giá kháng thể tăng gấp 4 lần trở lên có ý nghĩa chẩn đoán. Với kháng nguyên O hiệu giá kháng thể trên 1/100 dù làm một lần vẫn còn ý nghĩa chẩn đoán (trừ trường hợp người mới khỏi bệnh).

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Kháng sinh: dùng đến 5-7 ngày sau khi hạ sốt, dùng liều nhẹ tăng dần.

- Chloramphenicol 30mg/kg/ ngày.
- Amoxicillin - Ampicillin 50mg/kg/ ngày.
- Cotrimoxazol: 48 mg/kg/ ngày.

Trong trường hợp kháng thuốc: cephalosporin.

8.2. Săn sóc tổng quát

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Khẩu phần ăn nhẹ, mềm, dễ tiêu.
- Không dùng thuốc chống táo bón.
- Không dùng salicylat để hạ sốt.

9. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm.
- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.
- Điều trị người lành mang mầm bệnh.
- Chủng ngừa bằng vaccin TAB: tiêm dưới da 0,5ml 2 lần, cách nhau 3-4 tuần, tiêm nhắc lại ba năm một lần.

10. CHĂM SÓC

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp: Nếu có suy hô hấp thông khí cho thở Oxy.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ /1 lần.
- Theo dõi sát các bệnh nhân có biến chứng xuất huyết, trụy mạch, biến chứng tim mạch.
- Tuỳ tình trạng từng bệnh nhân.

10.1.3. Tình trạng chung:

- Sốt (tăng dần và đạt đến mức cao liên tục 39-40⁰C, mạch và nhiệt phân ly...) .
- Dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc (bệnh nhân ly bì, mê sảng, mệt nhọc, hốc hác...).
- Theo dõi triệu chứng tiêu hoá, tiêu chảy xen lẫn táo bón, tình trạng bụng: phát hiện biến chứng thủng ruột.
- Theo dõi phân: có xuất huyết không.
- Xem bệnh án để biết:
- Chỉ định thuốc (chú ý: không dùng kháng sinh liều cao từ đầu).
- Xét nghiệm (chú ý: lấy bệnh phẩm cấy trước khi cho kháng sinh).
- Các yêu cầu cần theo dõi khác (chú ý: biến chứng).
- Yêu cầu dinh dưỡng: quan trọng vì không đúng chế độ dễ đưa đến biến chứng thủng ruột.
- Phân đen, nhiều hay ít.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Chế độ ăn mềm.

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc:

10.2.1. Đảm bảo thông khí.

10.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

10.2.3. Theo dõi và phòng biến chứng.

10.2.4. Thực hiện các y lệnh của bác sỹ.

10.2.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.

10.2.6. Giáo dục sức khoẻ.

10.3. Thực hiện kế hoạch:

10.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Cho bệnh nhân nằm đầu bằng.
- Cho thở oxy nếu có suy hô hấp.
- Theo dõi nhịp thở.
- Nếu bệnh nhân nhiễm độc do nội độc tố của vi khuẩn

10.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo bác sĩ ngay.
- Truyền dịch NaCl 9‰ những ngày đầu cho bệnh nhân sốt cao, nôn, tiêu chảy.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn tùy tình trạng bệnh nhân.
- Theo dõi nồng độ Na^+ và K^+ máu nếu bệnh nhân nặng để bồi hoàn nước và điện giải đầy đủ.

- Theo dõi biến chứng.

10.3.3. Theo dõi và phòng biến chứng:

- Quan sát tình trạng tri giác: tỉnh, lơ mơ, mê sảng.
- Quan sát phân: Số lượng, màu sắc, tính chất.
- Nếu táo bón: Không được thụt tháo và không uống thuốc tẩy.
- Đau bụng: Không dùng thuốc chống co thắt, thuốc giảm đau mà có thể đắp ấm để đỡ đau.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

- Phân đen là có xuất huyết tiêu hoá.

10.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ:

- Thuốc:
 - + Cotrimoxazol, Bactrim.
 - + Ampicillin.
 - + Chloramphenicol.
 - + Amoxicillin.
- Các xét nghiệm: Huyết thanh chẩn đoán Widal. Cấy máu.

10.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Vệ sinh răng miệng.
- Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét (vì bệnh nhân thường nằm lâu).
- Sốt cao: Lau mát, không dùng salicylat hạ nhiệt.

- Vì có thể gây vã mồ hôi, hạ nhiệt độ, hạ huyết áp đột ngột, giảm kết dính tiểu cầu, kích thích ruột, cơn ớn lạnh và toát mồ hôi trong ngày.

- Nuôi dưỡng:

Nặng: cho ăn qua đường miệng và tĩnh mạch với dung dịch glucose ưu trương nhẹ; cho ăn lỏng rồi đặc dần dần, thức ăn dễ tiêu, nhiều năng lượng, bệnh nhân hết sốt cho ăn bình thường (Bệnh nhân thương hàn cần ăn đủ calo) nhưng ít xơ. Đối với các thể trung bình, nhẹ cần khuyến khích bệnh nhân uống nước nhiều.

- Bệnh nhân có sốt cao, tiêu chảy, ăn uống kém.

10.3.6. Hướng dẫn nội quy và giáo dục sức khoẻ

- Ngay khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân; cải thiện tình trạng vệ sinh môi trường, kiểm soát cống rãnh, sát khuẩn nước uống bằng dung dịch có clo.
- Tiệt trùng và xử lý chất thải của bệnh nhân như phân, nước tiểu, mủ máu.
- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.
- Điều trị người lành mang trùng.
- Thực phẩm phải được nấu chín và tránh ruồi.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.

10.4. Đánh giá quá trình chăm sóc.

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu việc chăm sóc đóng vai trò quan trọng trong sự hồi phục của bệnh thương hàn. Hiện nay do điều trị hiệu quả với kháng sinh nên tỷ lệ tử vong giảm (chỉ còn 2-3% do biến chứng thủng ruột và xuất huyết tiêu hóa). Cho nên điều dưỡng theo dõi phát hiện sớm biến chứng cũng cứu được bệnh nhân. Nuôi dưỡng tốt sẽ tránh tình trạng suy dinh dưỡng nặng sau khi khỏi bệnh.

Tự lượng giá

Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu.

1. Yếu tố sau đây không thuộc bệnh thương hàn:
 - A. Do *Salmonella typhi* và *S. paratyphi* A, B, C.
 - B. Lây lan qua đường tiêu hoá.
 - C. Là bệnh khu trú ở ruột.
 - D. Gây sốt kéo dài.
2. Kháng nguyên O là kháng nguyên:
 - A. Thân
 - B. Vỏ
 - C. Roi
 - D. Nhân.
3. Vi khuẩn rời cơ thể bệnh nhân theo:
 - A. Phân
 - B. máu
 - C. Nước tiểu
 - D. Cả A và C
4. Sốt bậc thang là đặc trưng của thời kỳ:
 - A. Ủ bệnh
 - B. Khởi phát
 - C. Toàn phát
 - D. Lui bệnh.
5. Sốt cao là đặc trưng của thời kỳ:
 - A. Ủ bệnh
 - B. Khởi phát
 - C. Toàn phát
 - D. Lui bệnh
6. Cấy phân tìm vi khuẩn có giá trị trong tuần lễ:
 - A. Thứ 1
 - B. Thứ 2
 - C. Thứ 3
 - D. Thứ 4.

7. Nhiễm vi khuẩn thương hàn là do ăn uống các thức ăn có nhiễm phân bệnh nhân (nước, kem, sò, hến...)

A. Đúng?

B. Sai?

8. Bệnh thương hàn có biến chứng viêm cầu thận.

A. Đúng.

B. Sai.

9. Bệnh thương hàn phát triển mạnh vào mùa mưa:

A. Đúng?

B. Sai?

10. Phản ứng Widal (+) với kháng nguyên Vi trong trường hợp bệnh đang tiến triển.

A. Đúng?

B. Sai?

11. Với kháng nguyên O, hiệu giá kháng thể trên 1/100 có ý nghĩa chẩn đoán.

A. Đúng?

B. Sai?

12. Sử dụng kháng sinh điều trị bệnh thương hàn phải dùng liều nhẹ và tăng dần.

A. Đúng?

B. Sai?

13. Sau khi phát triển ở cuối đoạn ruột non, *Salmonella typhi* xâm nhập các nang lympho trước khi vào máu đến các cơ quan.

A. Đúng?

B. Sai?

14. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh thương hàn (thời kỳ toàn phát).

DỊCH HẠCH

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh dịch hạch.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh dịch hạch.

1. ĐỊNH NGHĨA

Dịch hạch là bệnh truyền nhiễm, do vi khuẩn *Yersinia Pestis* lây truyền từ loài gặm nhấm sang người qua trung gian bọ chét; bệnh thường phát thành dịch, có khi thành đại dịch, biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là sốt kèm theo viêm hạch.

2. MẦM BỆNH

Yersinia Pestis là một loại trực khuẩn Gram (-), kỵ khí tùy nghi, nhiệt độ tối ưu 25-32°C, nhưng vẫn sống được ở 42-45°C. Vi khuẩn không sinh bào tử, đặc biệt nhạy cảm với sự khô ráo, ánh sáng mặt trời, thuốc sát khuẩn... Ở đất ẩm, vi khuẩn sống được 3 tháng.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh

Các loài gặm nhấm hoang dại (sóc, chuột...) truyền mầm bệnh cho nhau, làm duy trì các ổ dịch thiên nhiên. Chúng truyền *Yersinia Pestis* cho chuột đồng, rồi vi khuẩn được truyền từ chuột đồng sang chuột nhà.

3.2. Trung gian truyền bệnh

Dịch hạch ở loài gặm nhấm hoang dại rất nhẹ, trong khi dịch hạch ở loài chuột thì lại nặng, làm chuột chết hàng loạt. Bọ chét *Xenopsylla Cheopis* nhiễm vi khuẩn khi hút máu chuột, sau đó bọ chét rời cơ thể chuột chết và đốt sang người, từ đó làm bùng lên dịch hạch ở người.

3.3. Dịch hạch ở người

Dịch hạch phát triển ở người dưới 3 thể: thể hạch, thể nhiễm trùng huyết và thể phổi. Thể nhiễm trùng huyết có thể lây truyền từ người sang người qua trung gian bọ chét *Pulex Irritans*. Thể phổi lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp.

3.4. Bệnh sinh

Yersinia Pestis theo vết đốt của bọ chét vào da, theo mạch bạch huyết đến và phát triển ở hạch. Vi khuẩn có thể thoát vào máu, gây nhiễm trùng huyết, từ đó xâm nhập các cơ quan nội tạng như gan, lách, phổi, tuỷ xương.

Độc tố vi khuẩn có ái tính với hệ thần kinh và gây các tổn thương thoái hoá, xuất huyết trong các cơ quan nội tạng.

Viêm phổi nguyên phát thường phát triển rất nhanh.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Thể viêm hạch

4.1.1. Ủ bệnh: 2-5 ngày

4.1.2. Khởi phát: Vài giờ đến 1-2 ngày.

Đột nhiên bệnh nhân thấy mệt mỏi, nhức đầu, chóng mặt, đau khắp người, buồn nôn, sốt, ớn lạnh, đau vùng hạch.

4.1.3. Toàn phát:

* Viêm hạch:

Thường xuất hiện sau sốt 1-2 ngày, ở khu vực có liên quan đến nơi bọ chết đốt (bẹn, nách...).

Đặc điểm: Rất đau, sau đó hạch sưng lên, to 1-3 cm, từ cứng đến mềm (có mũ), dính, khó xác định ranh giới, da nóng đỏ.

Không chữa, hạch tự vỡ ra. Trường hợp nặng gây, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, dẫn đến tử vong.

Điều trị sớm: Bệnh khỏi sau 1 tuần.

* Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc:

- Sốt 39-40°C kèm ớn lạnh, mạch nhanh.
- Lừ đừ, mệt mỏi hoặc bứt rứt, mê sảng.
- Vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc; mặt sung huyết (đỏ), mắt đỏ, môi khô, lưỡi trắng, nôn, tiêu phân lỏng, nước tiểu ít, sẫm màu.
- Xuất huyết da, niêm mạc là biểu hiện của thể nặng.

4.2. Thể nhiễm trùng huyết

Ít gặp nhưng nguy hiểm.

- Nguyên phát: Xảy ra đột ngột, không thấy hạch ngoại vi: Sốt 40-41°C, kích động, mê sảng, nôn mửa, tiêu lỏng, thở nhanh, xuất huyết. Tiếp theo là sốc nhiễm trùng. Bạch cầu trong máu tăng 30.000- 40.000/mm³, 80-90% là đa nhân trung tính. *Yersinia Pestis* có mặt trong máu và nhiều loại bệnh phẩm khác.
- Thứ phát: Xảy ra sau viêm hạch không điều trị, ít rầm rộ hơn thể nguyên phát, tiên lượng khả quan hơn nếu được tích cực điều trị và chăm sóc tốt.

4.3. Thể phổi

- Nguyên phát: Hiếm gặp, nung bệnh ngắn, sau đó sốt cao 40-42°C kèm theo rét run, mạch nhanh, mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu. Khoảng 24 giờ sau, bệnh nhân tức ngực, ho từng cơn, khạc nhiều đờm, ít khi nghe được tiếng ran bệnh lý. Phim X quang cho thấy hình ảnh đông đặc phổi hay nhiều bóng mờ rải rác.
- Thứ phát: Thường gặp hơn, là biến chứng của thể hạch, chẩn đoán dựa vào X quang phổi.

5. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào các yếu tố:

5.1. Dịch tễ

Vùng có dịch, chuột chết tăng lên, mật độ chuột, mật độ bọ chết tăng.

5.2. lâm sàng

- Sốt cao đột ngột kèm rét run.

- Viêm hạch rất đau, đau xuất hiện trước nổi hạch.
- Triệu chứng nhiễm độc.

5.3. Xét nghiệm

- Soi cấy tìm vi khuẩn trong máu, trong dịch hạch viêm, đờm nhớt...
- Tìm kháng thể kháng F1 bằng kỹ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động và phản ứng trung hoà huyết thanh.
- Công thức máu: Bạch cầu trên $16.000/\text{mm}^3$, đa nhân trung tính trên 80%, bệnh càng nặng, bạch cầu càng tăng.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Dùng kháng sinh càng sớm càng tốt

- Tetracylin 50mg/kg/ngày x 7 ngày hoặc
- Streptomycin 1g/6 giờ x 7 ngày. Với các thể nặng, phải phối hợp 2 kháng sinh trên.

6.2. Điều trị triệu chứng

- Giảm đau, hạ sốt.
- Với thể nặng: Có thể dùng corticoid tiêm tĩnh mạch.
- Cân bằng nước - điện giải, chống toan huyết.
- Trợ tim mạch, trợ hô hấp.

7. DỰ PHÒNG

- Diệt chuột bằng hoá chất, bằng bẫy, theo dõi mật độ chuột.
- Diệt bọ chét bằng Diazenon, BHC (Benzene Hexachloride), DDVP
- Vệ sinh môi trường.

Các biện pháp khi xảy ra dịch:

- Báo cáo dịch khẩn cấp
- Phát hiện, cách ly và điều trị bệnh nhân.
- Xử lý xác bệnh nhân: Bọc xác trong vải tẩm lysol 5% hoặc cloramin 3%, rắc clorua vôi trong quan tài, chôn sâu 1,5 - 2 m, đáy hố rắc clorua vôi.
- Uống thuốc phòng: Tetracyclin 1g/ ngày hay cotrimoxazol (trimethoprim - sulfamethoxazol) 0,48g x 4 viên/ ngày.
- Tiêm chủng vaccin cho nhân dân quanh vùng dịch.
- Diệt bọ chét trước, diệt chuột sau.

8. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH DỊCH HẠCH

8.1. Nhận định

8.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp, bảo đảm thông khí, cho thở oxy và hút đờm nhớt.
- Các thể nhiễm trùng huyết viêm màng não, viêm họng có màng giả và thể phổi thường suy hô hấp nặng nên thở nhanh, khó thở dữ dội.
- Thể phổi: Thở nhanh nông, cánh mũi phập phồng.

8.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch
- Huyết áp
- Theo dõi mạch – huyết áp ở thể nhiễm trùng huyết nguyên phát có biến chứng trụy tim mạch.
- Theo dõi mạch – huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Mạch nhanh, nhỏ và huyết áp hạ là tình trạng nặng. Có khó thở dữ dội theo dõi phù phổi cấp ở thể phổi.
- Tùy tình trạng bệnh nhân.

8.1.3. Tình trạng viêm hạch, đau:

- Tùy thể bệnh dịch hạch: nhẹ, trung bình, nặng.
- Hạch nhỏ, to.
- Hạch đau ít hay rất đau.

8.1.4. Tình trạng nhiễm độc thần kinh:

- Mệt mỏi, biếng ăn.
- Bứt rứt, vật vã.
- Mê sảng.

8.1.5. Tình trạng chung:

- Sốt: có liên quan đến mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Có vẻ mặt nhiễm khuẩn nhiễm độc.
- Xuất huyết da – niêm mạc.
- Đau tức ngực, ho từng cơn, khạc nhiều đờm.
- Thể tối cấp: Sốt cao đột ngột, hôn mê rồi tử vong.
- Sốt nhiễm trùng: Nhiệt độ 40-41°C, kích động, mê sảng.
- Thể phổi sốt cao vọt 40-42°C, kèm lạnh run, mạch nhanh.

- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán
 - + Chỉ định thuốc
 - + Xét nghiệm
 - + Các yêu cầu theo dõi khác, yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không ?
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

8.2. Lập kế hoạch chăm sóc

8.2.1. Đảm bảo thông khí.

8.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

8.2.3. Theo dõi các thể bệnh, đề phòng các biến chứng.

8.2.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ: Theo dõi các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

8.2.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan. Nuôi dưỡng.

8.2.6. Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.

8.3. Thực hiện kế hoạch

8.3.1. Đảm bảo thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng an toàn.
- Đặt canuyn Mayo.
- Bóp bóngambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Tuỳ từng bệnh nhân.
- Dùng cho bệnh nhân suy hô hấp nặng và hôn mê.

8.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay cho bác sĩ.
- Chỉ dùng thuốc **nâng HA** khi bệnh nhân bị tụt HA và đã truyền đủ dịch. **Điều chỉnh nước - điện giải đầy đủ.**

- Chuẩn bị ngay dịch truyền đẳng trương, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện kịp thời y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Để phát hiện tình trạng truyền mạch và cấp cứu kịp thời. Tùy chỉ định của bác sĩ.

8.3.3. Theo dõi các thể bệnh và phòng biến chứng:

- Có cơn co giật, mê sảng: giữ an toàn bệnh nhân và cho uống thuốc chống co giật.
- Viêm hạch và đau: Theo dõi không để hạch tự vỡ, nếu hạch có mủ thì chủ động rạch thoát mủ.
- Đề phòng các biến chứng: Hoại thư, xuất huyết và viêm phổi.
- Chọc hạch theo phương pháp vô trùng.
- Thay băng mỗi ngày.

8.3.4. Thực hiện các y lệnh:

- Thuốc
- Xét nghiệm
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Tuỳ các thể bệnh nếu bệnh nhân nặng có biến chứng cần phải theo dõi sát.
- Phát hiện các dấu hiệu kịp thời để xử trí.

8.3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan:

- Nuôi dưỡng.
- Bệnh nhân mê phải hút đờm nhớt liên tục.
- Lau mát nếu có sốt cao.
- Chăm sóc hạch: đắp ấm, hút mủ gửi xét nghiệm và rạch thoát mủ rồi thay băng như một vết thương nó sẽ mau lành.
- Xử lý tốt và tẩy uế các chất bài tiết.
- Vệ sinh răng miệng, vệ sinh da ngừa loét, thay quần áo, vải trải giường sạch sẽ.
- Nuôi dưỡng: cho ăn lỏng, dễ tiêu; bệnh ổn định cho ăn đặc dần. Nếu bệnh nặng cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền dung
- Không nên dùng thuốc hạ nhiệt vì nhiệt độ là một trong những tiêu chuẩn để đánh giá diễn biến của bệnh.
- Lấy mủ xét nghiệm.

dịch ưu trương. Cho ăn đầy đủ chất bổ dưỡng nhiều đạm và sinh tố.

8.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và hướng dẫn thân nhân của bệnh nhân thực hiện nội quy.
- Xuất viện: Hướng dẫn vệ sinh nhà cửa và vùng phụ cận, cách tiêu huỷ xác chuột hoặc chôn với vôi để diệt bọ chết.
- Báo cáo cho cơ quan y tế gần nhất.
- Trấn an bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân.

8.4. Đánh giá quá trình chăm sóc

Từ khi có kháng sinh đặc trị và biết cách chăm sóc toàn diện, nếu bệnh nhân được chẩn đoán sớm, đúng, điều trị tích cực, khẩn trương trong 24 giờ đầu thì sẽ có kết quả tốt.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi 1-7, bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu.

1. Dịch hạch ở loài gặm nhấm hoang dại thường:

- A. Rất nhẹ
- B. Nhẹ.
- C. Nặng.
- D. Rất nặng.

2. Ở người, thể nhiễm trùng huyết lây lan qua:

- A. Qua đường tiêu hoá.
- B. Qua đường hô hấp.
- C. Qua trung gian bọ chét *Pulex Irritans*.
- D. Qua trung gian bọ chét *Xenopsylla Cheopis*.

3. Ở người, thể phổi lây lan:

- A. Qua đường tiêu hoá
- B. Qua đường hô hấp.
- C. Qua trung gian bọ chét *Pulex Irritans*
- D. Qua trung gian bọ chét *Xenopsylla Cheopis*.

4. Độc tố vi khuẩn *Yersinia Pestis* có ái tính với:
 - A. Hệ tiêu hoá.
 - B. Hệ bài tiết
 - C. Hệ thần kinh.
 - D. Hệ tuần hoàn.
5. Hội chứng nhiễm khuẩn – nhiễm độc gặp trong:
 - A. Thể viêm hạch.
 - B. Thể nhiễm trùng huyết.
 - C. Thể phổi nguyên phát.
 - D. Tất cả đều sai.
6. Để chẩn đoán bệnh dịch hạch bằng xét nghiệm, ta có thể:
 - A. Soi tìm vi khuẩn *Yersinia Pestis* trong bệnh phẩm.
 - B. Cấy tìm vi khuẩn *Yersinia Pestis* trong bệnh phẩm.
 - C. Tìm kháng thể kháng F1.
 - D. Cả A, B và C.
7. Hãy khoanh tròn vào câu đúng nhất. Khi xảy ra dịch, ta cần làm các biện pháp sau, trừ:
 - A. Báo cáo dịch khẩn cấp.
 - B. Dập tắt dịch khẩn cấp.
 - C. Diệt bọ chết, diệt chuột.
 - D. Chôn xác bệnh nhân theo cách mai táng thông thường.
 Phân biệt đúng, sai các câu bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.
8. Dịch hạch ở loài chuột rất nặng, làm chết chuột hàng loạt.
 - A. Đúng B. Sai.
9. Bệnh dịch hạch thể viêm hạch có khả năng lây truyền từ người này sang người khác.
 - A. Đúng B. Sai.
10. Để có thể xâm nhập gan, lách, phổi, tuỷ xương... vi khuẩn *Yersinia Pestis* phải từ hạch thoát vào máu rồi mới phát tán đi các cơ quan.
 - A. Đúng B. Sai.
11. Trong thể viêm hạch, hạch đau trước sau đó mới sưng lên và làm mủ.
 - A. Đúng B. Sai.
12. Xuất huyết da, niêm mạc là dấu chứng cho biết tiên lượng không tốt.
 - A. Đúng B. Sai.
13. Trong thể phổi nguyên phát, ngoài sốt cao, tức ngực, ho từng cơn, khạc ra đờm... ta còn nghe được tiếng ran bệnh lý.
 - A. Đúng B. Sai.

BỆNH BẠCH HẦU VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học và dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh bạch hầu.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bạch hầu.

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. MÂM BỆNH

Corynebacterium Diphtheriae là một loại trực khuẩn Gram (+), hơi cong, hình dùi trống hoặc quả tạ. Trên tiêu bản nhuộm đơn bằng xanh methylen, các cá thể xếp thành hình hàng rào, hình bó kim hoặc là hình các mẫu tự. Dựa vào đặc điểm khóm trên môi trường thạch máu có tellurit chứa kali, người ta chia ra 3 loại khuẩn.

- Mitis
- Gravis.
- Intermedius.

Hai loại sau thường gây nhiễm độc nặng, tử vong cao.

Vi khuẩn tiết ra ngoại độc tố rất độc, gây hoại tử tế bào và nhiễm độc thần kinh.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh: Lây mạnh nhất trong thời kỳ đầu.

Người lành mang mầm bệnh: Lây lan ít hơn nhưng thời gian kéo dài hơn.

3.2. Đường lây lan

Chủ yếu qua đường hô hấp do dịch nhớt ở họng chứa đầy vi khuẩn văng ra khi trẻ khóc, ho, hắt hơi...

Lây lan gián tiếp qua các vật dụng, thức ăn.

3.3. Khối cảm thụ

Đa số là trẻ dưới 15 tuổi, nhất là trẻ 1-9 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở trẻ em chưa chủng ngừa (Nếu chủng thì 80% trẻ được bảo vệ).

4. BỆNH SINH

Corynebacterium Diphtheriae xâm nhập qua đường hô hấp (có thể xâm nhập qua da, niêm mạc cơ quan sinh dục, mắt... nhưng rất hiếm), vi khuẩn phá hủy niêm mạc và tạo màng giả ở trong họng. Từ đây, chúng tiết ra ngoại độc tố. Độc tố ngấm vào máu gây tình trạng nhiễm độc với các biến chứng trầm trọng ở tim, thần kinh, thượng thận....

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG. Có các dạng:

5.1. Bạch hầu họng.

5.1.1. Ủ bệnh: 2-5 ngày.

5.1.2. Khởi phát:

Sốt nhẹ, mệt, biếng ăn, da xanh, sổ mũi một hoặc hai bên, nuốt đau, có thể có màng mỏng, mờ trong họng.

5.1.3. Toàn phát:

Khám họng: Họng đỏ, màng giả thường ở 2 bên amygdal, có khi lan rộng và bít kín vòm hầu. Màng thường có màu trắng ngà hay trắng xám, dính chặt vào niêm mạc bên dưới, khi bóc dễ chảy máu, có xu hướng phát triển và lan rộng rất nhanh.

Khi thấy màng giả phải điều trị ngay, không chờ kết quả xét nghiệm.

Ngoài ra, còn có hội chứng nhiễm độc: Bệnh nhân lừ đừ biếng ăn, da xanh, sổ mũi, nổi hạch dưới hàm.

5.2. Bạch hầu ác tính

Tiền phát hay thứ phát sau bạch hầu họng.

5.2.1. Hội chứng nhiễm độc nặng:

Sốt cao, mạch tăng, huyết áp giảm, da xanh tái.

Lừ đừ, mệt lả, gan to.

Có xuất huyết: Nôn, chảy máu cam, xuất huyết dưới da.

Hạch cổ sưng to, đau lan toả.

5.2.2. Màng giả:

Lan tràn nhanh, màu xám, dễ chảy máu.

Điều trị muộn: Dễ tử vong do suy tim và suy thận.

5.3. Bạch hầu thanh quản

Thường do điều trị trễ, phát hiện trễ, qua 3 giai đoạn:

5.3.1. Giai đoạn khàn tiếng:

Khàn tiếng, mất tiếng, ho khan và khô trong 48 giờ.

5.3.2. Giai đoạn khó thở:

Lúc đầu khó thở vào đêm sau tăng dần.

- Có cơn nghẹt thở ngắn, tăng lên.
- Khó thở vào, chậm, rít lên, lõm xương ức và thượng đòn, liên sườn.

Chia độ khó thở:

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

Độ II: Khó thở liên tục, bứt rứt.

Độ III: Khó thở nhanh, nông, tím tái, lơ mơ.

5.3.3. Giai đoạn ngạt thở;

Trẻ lịm dần, bất động, mê man, tím tái rồi chết.

6. BIẾN CHỨNG DO NGOẠI ĐỘC TỔ

6.1. Viêm cơ tim

- Có thể xuất hiện sớm vào những ngày đầu, hoặc muộn (tuần lễ thứ 3-5 của bệnh).
- Bỏ ăn, nôn mửa, đau thượng vị, mệt mỏi, lừ đừ, bứt rứt.
- Mạch nhanh hoặc chậm, huyết áp hạ hoặc huyết áp kẹt; tiếng tim mờ, nhịp tim không đều, suy tim cấp có thể làm bệnh nhân chết đột ngột.

6.2. Viêm dây thần kinh ngoại biên

Dẫn đến:

- Liệt vòm hầu: Nói ngọng, uống nước sặc, liệt lưỡi hầu.
- Liệt cơ hầu, họng: Khó nuốt.
- Liệt cơ hoành, cơ liên sườn, đưa đến suy hô hấp và tử vong.
- Liệt các cơ chi.

7. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào:

7.1. Dịch tễ học

Tuổi, chưa tiêm chủng, có tiếp xúc với bệnh nhân bạch hầu.

7.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm độc.
- Màng giả.

7.3. Xét nghiệm

- Phết họng, nhuộm xanh methylen thấy vi khuẩn dạng bạch hầu.
- Cây bệnh phẩm lên môi trường thạch máu có tellurit chứa kali: Có kết quả sau 48 giờ.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Nguyên tắc

- Trung hoà độc tố càng sớm càng tốt.
- Diệt vi khuẩn bằng kháng sinh.
- Chống tái phát.
- Chống bội nhiễm.
- Dinh dưỡng đầy đủ.
- Phát hiện và xử lý các biến chứng.

8.2. Điều trị đặc hiệu

- Huyết thanh kháng độc tố (SAD): Dùng sớm, liều lượng 10.000- 80.000 đơn vị, tiêm 2 lần, cách 30 phút, liều lượng thay đổi tùy theo độ nặng nhẹ của bệnh.

Kháng sinh:

- + Penicillin 50.000 - 100.000 đv/kg/ngày.
- + Erythromycin 50mg/kg/ngày.

8.3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, cần giữ bệnh nhân theo dõi 55 ngày.
- Dinh dưỡng đầy đủ, chế độ ăn nhẹ, thức ăn dễ tiêu.
- Trợ hô hấp.
- An thần.
- Trợ tim mạch.
- Corticoid cho những trường hợp bệnh nặng.
- Với khó thở thanh quản, mở khí quản là biện pháp an toàn và hữu hiệu. Thời gian đặt ống tốt nhất là 7-10 ngày.

9. DỰ PHÒNG

9.1. Điều trị người lành mang mầm bệnh

- Penicillin G 300.000 - 600.000 đv/ ngày trong 10-20 ngày.
- Erythromycin 30-50 mg/ ngày trong 7 ngày.

9.2. Với bệnh nhân

- Chỉ xuất viện khi đã sạch mầm bệnh.

9.3. Với người tiếp xúc

- Đã có miễn dịch: 01 liều vaccin DTC, phối hợp hoặc không phối hợp với kháng sinh.
- Chưa có miễn dịch: huyết thanh kháng bạch hầu (SAD), phối hợp hoặc không phối hợp với kháng sinh; chủng ngừa.

9.4. Chủng ngừa DTC theo lịch.

10. CHĂM SÓC

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân.
- Thở nhanh, sử dụng cơ hô hấp phụ, tím tái dẫn đến tử vong.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, xác định có khó thở thanh quản không.
- Bạch hầu thanh quản khó thở độ II, bạch hầu ác tính thường suy hô hấp nặng, nếu cần chỉ định mở khí quản.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi cách thông khí, cho thở oxy.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch
- Mạch nhanh hay chậm, huyết áp hạ hoặc kẹt: theo dõi biến chứng suy tim, viêm cơ tim
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.

10.1.3. Tình trạng thần kinh:

- Khàn giọng khi nói, khóc bị mất tiếng.
- Theo dõi biến chứng thần kinh: liệt hầu họng.
- Ho khan.
- Liệt điều tiết mắt, liệt chi, liệt cơ hoành.
- Sốt
- Các dấu hiệu khác.

10.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Theo dõi biến chứng thận: Suy thận cấp, suy thận thượng.

- Đo lượng nước tiểu /24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động, có bứt rứt, vật vã không.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Thể bạch hầu.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp.
- Bệnh nhân mê hoặc liệt hầu họng cho ăn qua ống thông dạ dày

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc

10.2.1. Chăm sóc cơ bản.

10.2.2. Bảo đảm thông khí.

10.2.3. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

10.2.4. Theo dõi và ngăn ngừa các biến chứng.

10.2.5. Thực hiện y lệnh của bác sỹ.

10.2.6. Giáo dục sức khoẻ.

10.3. Thực hiện kế hoạch

10.3.1. Chăm sóc cơ bản:

a, Cho bệnh nhân nghỉ ngơi:

- Vì nghỉ ngơi rất quan trọng, nhất là khi có biến chứng viêm cơ tim. Nghỉ ngơi tuyệt đối và cách ly trên 2-3 tuần.

b, Ăn uống và vệ sinh cá nhân:

- Vệ sinh răng miệng bằng nước muối, vệ sinh sau khi ăn và trước khi ngủ.
- Vệ sinh mắt, mũi, tai.
- Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết của bệnh nhân đúng quy cách.

Nuôi dưỡng:

- + Cho ăn thức ăn sệt khi bệnh nhân bị liệt vòm hầu để tránh sặc. Trường hợp nặng hoặc có biến chứng liệt vòm hầu, liệt hầu họng cho ăn qua thông dạ dày và truyền dịch ưu trương.
- + Đảm bảo ăn đủ năng lượng.
- + Chuẩn bị các dụng cụ: Dụng cụ mở khí quản, ống thông dạ dày...

10.3.2. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, an toàn.
- Khó thở cho nằm đầu cao, cho thở Oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để phụ giúp bác sĩ mở khí quản.
- Theo dõi sát nhịp thở và tình trạng tăng tiết, sự tím da môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.
- Để cơ hoành hạ thấp, lồng ngực giãn nở.
- Cho bệnh nhân khó thở độ II ở thể bạch hầu thanh quản hay bạch hầu có biến chứng thần kinh.

10.3.3. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

- Tuỳ tình trạng bệnh nhân mà bác sĩ ra chỉ định theo dõi.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở 30 phút 1 lần, 3 giờ 1 lần.

10.3.4. Theo dõi và ngừa biến chứng:

- Biến chứng tim mạch.
- Biến chứng thần kinh.
- Biến chứng thận.
- Do độc tố của vi khuẩn gây tổn thương tổ chức

10.3.5. Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

a, Truyền dịch qua đường tĩnh mạch, thuốc nâng huyết áp theo y lệnh bác sĩ.

b, Cho kháng sinh.

c, Các xét nghiệm.

Phụ giúp bác sĩ mở khí quản: Mở khí quản trong bạch hầu thanh quản có khó thở thanh quản độ II là tốt nhất, vì khi khó thở thanh quản độ III nếu có mở khí quản cũng rất dễ bị tử vong.

- Hút đờm nhớt thường xuyên.
- Cho bệnh nhân ngửi oxy qua mở khí quản.
- Chăm sóc mở khí quản với kỹ thuật vô trùng.
- Thời gian đặt ống mở khí quản tối thiểu 3-4 ngày, tốt nhất đến 7-10 ngày.

- Chỉ dùng thuốc nâng huyết áp khi bệnh nhân có tụt huyết áp đã được truyền đủ dịch.

Sau khi rút ống mở khí quản theo dõi
biến chứng hẹp khí quản và chăm sóc
chỗ mở khí quản như một vết thương.

d, Tiêm SAD: Trung hoà độc tố bạch hầu bằng kháng độc tố.

- SAD là loại thuốc đặc trị chưa có gì thay thế được.
- Nên dùng SAD thật sớm ngay khi có chẩn đoán lâm sàng.
- Dùng SAD trễ sau 48 giờ hiệu quả rất thấp.
- Test da: Test (+) chích SAD theo phương pháp Besredka:
 - + 0,05ml SAD pha loãng 1/20 chích dưới da.
 - + 0,1ml SAD pha loãng 1/20 chích dưới da.
 - + 0,1 ml SAD pha loãng 1/10 chích dưới da.
 - + 0,1 ml SAD không pha, chích dưới da.
 - + 0,3 ml SAD không pha, tiêm bắp.
 - + 0,5 ml SAD không pha, tiêm bắp.
 - + 0,1ml SAD không pha, tiêm tĩnh mạch.
 - + Số còn lại cho từ từ qua đường tĩnh mạch cho đến khi đủ liều.

10.3.6. Giáo dục sức khoẻ:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân và gia đình của bệnh nhân; cách ly trẻ bị bệnh tại bệnh viện. Giáo dục thân nhân của bệnh nhân biết theo dõi sát bệnh nhân và khám họng khi trẻ bị bệnh. Nếu bệnh nhân xuất viện trước 30 ngày cần căn dặn:
 - + Hạn chế hoạt động mạnh và không đi lại sớm.
 - + Phải phết họng 2 lần (-) cách nhau 2 tuần mới cho ra viện.
- Tiêm chủng cho trẻ bằng DTC.
- Bạch hầu có thể phòng ngừa dễ dàng.
- Tiêm chủng DTC:
 - + **Lần đầu dùng 3 liều cho trẻ 3-6 tháng, mỗi lần 0,5ml tiêm bắp hoặc tiêm dưới da cách nhau 1 tháng.**
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị
- Tránh lây lan

- + 12-18 tháng sau khi tiêm nhắc lại lần 1.
- + Khi đi học 5-6 tuổi tiêm nhắc lại lần 2.

10.4. Đánh giá

Bệnh nhân bạch hầu đến bệnh viện sớm trước 48 giờ và chưa có biến chứng nếu được chăm sóc tốt sẽ khỏi.

Điều trị bằng SAD và kháng sinh, nếu tình trạng miễn dịch của bệnh nhân tốt, tử vong dưới 5%; còn nếu được điều trị từ ngày thứ tư, tử vong gia tăng 20 lần.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi 1-8, bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu:

1. Độc tố của *Corynebacterium Diphtheriae* thuộc loại:

- A. Nội độc tố.
- B. Ngoại độc tố.
- C. Biến độc tố.
- D. Nội độc tố và ngoại độc tố.

2. Màng giả ở họng bệnh nhân được tạo ra là do:

- A. Sự phát triển của vi khuẩn.
- B. Sự phá huỷ của niêm mạc.
- C. Sự phóng thích của độc tố.
- D. A và B đúng.
- E. B và C đúng.

3. Độc tố của bạch hầu tác động mạnh vào:

- A. Cơ tim.
- B. Cơ quan nội tạng (gan, lách...).
- C. Thần kinh.
- D. A và B đúng.
- E. A và C đúng.

4. Đặc điểm không thấy trong màng giả bạch hầu:

- A. Màu trắng hơi ngả xám.
- B. Khó bóc
- C. Lan nhanh.
- D. Tan trong nước.

5. Triệu chứng sau không gặp trong bạch hầu ác tính:
 - A. Mệt lả.
 - B. Gan to
 - C. Xuất huyết.
 - D. Co rút thanh quản.
 - E. Màng giả lan rất nhanh.
 6. Ngoại độc tố bạch hầu tác động trên hệ thần kinh và gây:
 - A. Liệt vòm hầu.
 - B. Liệt cơ hầu.
 - C. Liệt cơ hô hấp.
 - D. Liệt các cơ chi.
 - E. Cả A,B,C và D đều đúng.
 7. Sau khi rút ống nội khí quản, cần theo dõi biến chứng:
 - A. Sự lan rộng của màng giả.
 - B. Biến chứng hẹp khí quản.
 - C. Biến chứng teo cơ.
 - D. Biến chứng xẹp phổi.
 8. Hai loại kháng sinh thường dùng để chữa bạch hầu là:
 - A. Penicillin - Tetracyclin.
 - B. Penicillin - Erythromycin.
 - C. Ampicillin - Streptomycin.
 - D. Ampicillin - Kanamycin.
- Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 9-13.
9. Trong bạch hầu thanh quản, khi bệnh nhân khó thở liên tục, bứt rứt, ta nên xếp vào độ (A)... và phải quyết định làm (B)...
 10. Tiêm chủng lần đầu, khi (A)... tuổi, 3 lần, cách nhau (B)... tháng.
 - Lần thứ 2: khi (C)... tuổi.
 - Lần thứ 3: khi ...(D)... tuổi.
 11. Thời gian mở khí quản (hoặc đặt nội khí quản) tốt nhất là (A)... ngày, cần chăm sóc (B)...
 12. SAD nếu dùng trễ quá... giờ thì hiệu quả sẽ rất thấp.
 13. Tiêm SAD theo phương pháp Besredka được chỉ định khi...
 14. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh bạch hầu.

HO GÀ VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học và dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh ho gà.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho gà.

1. ĐỊNH NGHĨA

Ho gà là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở đường hô hấp do *Bordetella Pertussis*. Tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, nhất là ở trẻ em.

2. MẦM BỆNH

Bordetella Pertussis là vi khuẩn Gram (-), không di động. Khi nhuộm có hình que ngắn, bắt màu ở 2 đầu giống như hình quả chùy.

Vi khuẩn mọc chậm 3-7 ngày khi cấy hiếu khí trên môi trường Bordet - Gengou. Trên thạch máu, dòng *Bordetella Pertussis* độc lực có thể làm tiêu huyết.

Một số trường hợp bệnh có thể do *Bordetella parapertussis* gây ra.

3. DỊCH TỄ

Trẻ mắc bệnh thải vi khuẩn qua đường hô hấp, nhiều nhất ở thời kỳ khởi phát. Các hạt nước bọt li ti có khả năng lây truyền cao trong gia đình, trong các trường học. Người trong gia đình bệnh nhân có thể tạm thời mang vi khuẩn trong cổ họng; không có trường hợp người lành mang mầm bệnh như nhiều vi khuẩn khác.

Hầu hết trẻ mắc bệnh từ 1-6 tuổi. Khoảng 30% trẻ đã được tiêm chủng vẫn bị bệnh tuy triệu chứng có nhẹ hơn và thời gian bệnh ngắn hơn. Miễn dịch không bền.

Bệnh gặp rải rác quanh năm.

4. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, *Bordetella Pertussis* phát triển ở đường hô hấp trên, không vào máu. Chúng gây viêm tại chỗ, ức chế hoạt động các tế bào biểu bì niêm mạc và kích thích bài tiết nhầy, kích thích các cơn ho.

5. LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh: 7-16 ngày

5.2. Thời kỳ khởi phát: 5-10 ngày.

- Các triệu chứng không đặc hiệu: Hắt hơi, sổ mũi, chảy nước mắt, ho ít, sốt nhẹ.

5.3. Thời kỳ toàn phát: (Thời kỳ ho cơn: 2-4 tuần)

Ho xuất hiện, ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc ho thông thường. Cơn ho điển hình xuất hiện đột ngột, về ban đêm hay sau khi xúc động, sợ hãi, vùng vẫy: Bệnh nhân ho liên tiếp 5-20 lần không sao kiềm chế được, tiếng hít sâu điển hình to như tiếng gà gáy, rồi lại tiếp các cơn ho khác. Trong cơn ho bệnh nhân vã mồ hôi, mặt đỏ gay, có lúc tím, tĩnh mạch cổ căng phồng... sau cơn ho bệnh nhân thường khạc nhiều đờm dính quánh, nhờn, mệt lả, thờ ơ.

5.4. Thời kỳ hồi phục: 3-4 tuần.

Các cơn ho thưa dần, cường độ ho cũng giảm.

6. BIẾN CHỨNG

Thường là nguyên nhân đưa đến tử vong. Trẻ càng nhỏ, biến chứng càng nặng.

6.1. Hô hấp

- Có các cơn ngưng do ngừng thở.
- Viêm phổi do bội nhiễm các vi khuẩn khác
- Phế quản phế viêm
- Khí phế thũng
- Tràn khí màng phổi
- Xẹp phổi
- Giãn phế quản.

6.2. Thần kinh

- Co giật do sốt cao, do xuất huyết não
- Viêm não.
- Liệt nửa người, liệt chi
- Điếc, mù, câm.

6.3. Tiêu hoá

- Mất nước, suy kiệt (vì nôn).
- Viêm loét họng.

- Loét dây hãm lưỡi.

6.4. Các cơ quan khác

- Viêm tai giữa.
- Sa trực tràng, sa ruột (do ho nhiều).

7. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

7.1. Dịch tễ học

- Không tiêm chủng.
- Có tiếp xúc với bệnh nhân.

7.2. Lâm sàng

- Cơn ho điển hình.
- Nhiều khi ho không đặc hiệu.

7.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu 20.000 - 50.000/mm³ hơn 60% là tế bào lympho.
- Cây phân lập Bordetella Pertussis từ tăm bông quyệt họng: tỷ lệ (+) rất cao (80-90%) trong 3-4 tuần.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Dùng kháng sinh

Dùng kháng sinh sớm ở thời kỳ khởi phát có thể ngăn ngừa và cải thiện diễn tiến của bệnh, cần dùng kháng sinh lâu để đủ thời gian diệt vi khuẩn. Dùng kháng sinh trễ ít tác dụng.

- Erythromycin 50mg/kg/ngày x 10 - 14 ngày.
- Ampicillin 100 mg/kg/ ngày x 10 - 14 ngày.

(Cotrimoxazol-Trimethoprim, Sulfamethoxazol) dùng 2 lần/ ngày, liều 8-40mg/kg/ngày.

8.2. Huyết thanh (gamma globulin): Cần dùng sớm.

8.3. Giảm triệu chứng: Khó giảm ho.

- Giảm ho: Dextromethorphan (dùng cho trẻ trên 3 tuổi); Codein (cho trẻ trên 6 tuổi).

Trẻ nhỏ dùng: Silomat, Toplexyl (Oxomemazin).

- Kháng histamin: Theralen, phenergan... không làm giảm cường độ và tần số các cơn ho.

- An thần: Phenobarbital.
- Có thể dùng thêm corticoid khi ho quá nặng.

8.4. Săn sóc

- Dinh dưỡng đủ, cung cấp nước, điện giải khi nôn nhiều.
- Thở oxy khi cần. Theo dõi hô hấp, hút đờm nhớt.
- Tránh các kích thích gây ho.
- Điều trị biến chứng: Ampicillin, cloxacillin, hoặc cephalosporin.

9. DỰ PHÒNG

- Tiêm chủng DTC theo lịch.
- Với người tiếp xúc: Erythromycin dự phòng 40-50 mg/kg/ ngày trong 14 ngày.
- Cách ly trẻ bệnh.

10. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ HO GÀ

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân.
- Sau khi ho tăng tiết nhiều đờm nhớt, người đỏ dần, có lúc tím tái.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở. Trẻ sơ sinh rất dễ bị tím tái vàng vờng thở đột ngột.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí cho thở oxy.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi cơn ho, mạch – huyết áp 3 giờ/ 1 lần.

10.1.3. Theo dõi cơn ho:

Số cơn ho, có nhiều đờm nhớt không, sau cơn ho có nôn nhiều và có cơn ngạt thở không.

10.1.4. Tình trạng chung:

- Nhiệt độ.
- Co giật.
- Nôn.
- Xuất huyết: Chảy máu cam, xuất huyết da – niêm mạc.
- Theo dõi vận động, ý thức.
- Xem bệnh án để biết:

+ **Chẩn đoán.**

Có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

- + Chỉ định thuốc.
- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- + Dinh dưỡng.

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc:

10.2.1. Bảo đảm thông khí.

10.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

10.2.3. Theo dõi các biến chứng.

10.2.4. Thực hiện các y lệnh: Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

10.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.

10.2.6. Giáo dục sức khoẻ.

10.3. Thực hiện kế hoạch

10.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ trên giường.
- Nếu có co giật cần giữ an toàn.
- Đặt canuyn Mayo.
- Nếu có cơn ngừng thở hồi sức cấp cứu ngay, bóp bóng ambu.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết và sự tím tái.
- Cho thở o xy.
- Hút đờm nhớt sau mỗi cơn ho nặng.
- Để phòng tụt lưỡi.
- Đặc biệt sơ sinh và nhũ nhi bệnh ho gà rất nặng.

10.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch đối với các trẻ nôn nhiều.
- Theo dõi mạch, huyết áp tùy tình trạng từng bệnh nhân.
- Để cân bằng nước và điện giải.

10.3.3. Theo dõi các biến chứng:

- Viêm phổi.
- Khí phế thũng.
- Tràn khí màng phổi.
- Xẹp phổi.
- Giãn phế quản...
- Biến chứng thần kinh: Viêm não.

10.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời:

- Cho uống hay tiêm thuốc theo y lệnh.
- Làm các xét nghiệm.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Lấy nhiệt độ: Nhiệt độ cao bệnh nhân ly bì.

10.3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng:

- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần nôn.
- Nhỏ thuốc mắt, tai để ngừa biến chứng tai, mũi, họng.
- Vệ sinh da sạch sẽ, thay quần áo sau mỗi lần nôn làm bẩn.
- Cách ly trẻ ở giai đoạn đầu.
- Nuôi dưỡng:
 - Sau cơn ho 15 phút cho trẻ ăn lại mỗi lần ăn một ít và nhiều lần trong ngày để đỡ nôn và tránh sặc do nôn.
 - Tránh những thức ăn gây kích thích ho hay kích thích nôn.
 - Nếu nôn nhiều cho ăn qua thông dạ dày hoặc truyền tĩnh mạch dung dịch ưu trương.
 - Chế độ dinh dưỡng đầy đủ (đủ đạm) và thích hợp.
- Để tránh lây lan.
- Hướng dẫn bà mẹ cách cho con ăn.
- Để tránh viêm phổi hít.
- Để tránh suy dinh dưỡng.

10.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh và lớn) và thân nhân của bệnh nhân.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.

- Tiêm chủng DTC.
- Các trường hợp có tiếp xúc với bệnh nhân ho gà được phòng ngừa bằng Erythromycin.

10.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Các cơn ho thưa dần và cường độ cơn ho cũng thưa dần.
- Tổng trạng bệnh nhân khá dần và nếu không bị nhiễm khuẩn thêm bệnh nhân sẽ hồi phục.
- Quan tâm vấn đề nuôi dưỡng.

Tự lượng giá

Khoanh tròn đầu 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi 1-7.

1. Vi khuẩn gây ho gà là:

- A. Bordetella Pertussis
- B. Yersinia Pestis.
- C. Bordetella Parapertussis.
- D. Cả A và C.
- E. Vibrio Cholerae.

2. Đặc điểm sau đây không gặp ở Bordetella Pertussis:

- A. Mọc chậm (3-7 ngày).
- B. Gram (+).
- C. Hiếu khí.
- D. Làm tiêu huyết thạch máu.

3. Đường lây truyền của ho gà là:

- A. Tuần hoàn.
- B. Hô hấp.
- C. Tiêu hoá.
- D. Tiết niệu.
- E. Da.

4. Đặc điểm sau đây không gặp trong bệnh sinh của Bordetella Pertussis:

- A. Phát triển ở đường hô hấp trên.
- B. Ức chế hoạt động của tế bào biểu mô niêm mạc phế quản.
- C. Vào máu gây nhiễm khuẩn huyết.
- D. Kích thích bài tiết dịch nhầy phế quản.

5. Cơ ho gà thường xuất hiện:
- A. Về ban đêm.
 - B. Sau cơn xúc động.
 - C. Sau cơn vùng vẫy.
 - D. Cả A,B và C.
 - E. Sau khi ăn.
6. Bệnh nhân ho liên tiếp 5-20 lần, không sao kiểm chế được, tiếng hít sâu điển hình nghe như tiếng:
- A. Ngựa hí.
 - B. Bò rống.
 - C. Gà gáy.
 - D. Vịt cạc.
7. Biến chứng thường gặp trong ho gà, trừ:
- A. Viêm phổi.
 - B. Tràn khí màng phổi.
 - C. Xuất huyết đường tiêu hoá.
 - D. Liệt nửa người, liệt chi.
- Trả lời ngắn gọn các câu hỏi 8-9:
8. Xét nghiệm máu bệnh nhân ho gà, số bạch cầu thường là...(A) trong đó hơn...(B) % là (C).
9. Ba nguyên tắc dự phòng ho gà:
- A.....
 - B.....
 - C.....
- Phân biệt đúng sai cho các câu 10-11 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.
10. Cây phân lập Bordetella Pertussis từ dịch nhầy ở họng cho tỷ lệ (+) thấp trong 3-4 tuần đầu.
- A. Đúng.
 - B. Sai.
11. Trong điều trị ho gà, dùng ampicillin 10-14 ngày trong thời kỳ khởi phát có thể ngăn chặn và cải thiện diễn tiến bệnh.
- A. Đúng.
 - B. Sai.
12. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho gà.

NHIỄM LEPTOSPIRA VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và dự phòng bệnh do *Leptospira*.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh do *Leptospira*.

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm xoắn khuẩn *Leptospira* là bệnh của loài thú sống hoang dại và thú nuôi lây truyền sang người, đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, tổn thương một lúc nhiều cơ quan, dễ nhầm với nhiều bệnh khác như sốt rét, viêm gan, nhiễm khuẩn huyết.

2. MẮM BỆNH

Leptospira là một loại xoắn khuẩn nhỏ, 5-15 micromét x (0,1 -0,2 micromét) gồm 2 loại *Leptospira Biffexa* sống hoại sinh trong nước và *Leptospira Interrogans* gây bệnh cho người và động vật (chuột, heo, chó, trâu, bò...).

Có khoảng 18 nhóm huyết thanh (Serogroup) và mỗi nhóm lại có nhiều loại huyết thanh (Serovars). Ở Việt Nam, các loại huyết thanh gây bệnh thường gặp là *Bataviae*, *Icterohemorrhagiae*, *Australis*...

Leptospira là các vi khuẩn hiếu khí cấy được trên môi trường pepton có thêm huyết thanh thỏ (môi trường Fletcher) hay thêm huyết thanh albumin (môi trường BSA).

Chuyển động của vi khuẩn được quan sát tốt dưới kính hiển vi nền đen.

3. DỊCH TỄ

Vi khuẩn theo nước tiểu các động vật nhiễm *Leptospira* ra ngoài, vào đất, bùn, nước. Chúng xâm nhập qua da, qua niêm mạc mắt, mũi, miệng. Bệnh hay xảy ra ở những người có tiếp xúc với nước (nạo vét cống rãnh, bơi lội, công nhân thủy lợi...) hoặc công nhân các lò sát sinh, bác sĩ thú y...

4. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập qua da hoặc niêm mạc vi khuẩn vào máu và lan tràn khắp cơ thể, xâm nhập vào gan, thận, màng não, cơ... Tính chất gây bệnh là một phần do nội độc tố, một phần do enzym và các chất chuyển hoá.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thời gian ủ bệnh thường 7-12 ngày. Bệnh diễn hình gồm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn I: Nhiễm khuẩn huyết, có sốt và vi khuẩn ở hầu hết các mô, kéo dài 4-9 ngày.
- Giai đoạn II: Giai đoạn miễn nhiễm, kéo dài 4-30 ngày, vi khuẩn xuất hiện trong nước tiểu từ vài tuần đến vài tháng.

Các hội chứng chính là:

5.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39-40°C, kèm theo rét run.
- Bệnh nhân mệt nhiều, chán ăn, đôi khi mê sảng.
- Đau nhức lan toả, nhức đầu, đau cơ, nhất là cơ ở các chi.
- Kết mạc mắt sung huyết, phù nề.
- Da ửng đỏ, phát ban.

5.2. Hội chứng gan, mật

- Da màu vàng cam.
- Gan to, đau.

5.3. Hội chứng thận

- Creatinin máu tăng.
- Nước tiểu có albumin, hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu.

5.4. Hội chứng màng não

Dấu hiệu quan trọng nhất trong giai đoạn II. Dịch não tủy: Tế bào 50-100 bạch cầu/mm³, đa số là bạch cầu đơn nhân, đậm tăng ít, đường bình thường.

5.5. Hội chứng xuất huyết

- Chảy máu cam, chảy máu dưới chân răng.
- Tử ban.

Tiến triển: Bệnh tự giới hạn, điều trị bệnh sẽ bớt. Trong trường hợp nặng có thể tử vong.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các hội chứng lâm sàng, dịch tể và các xét nghiệm:

6.1. Công thức máu

Bạch cầu 10.000 - 20.000/mm³, đa số là đa nhân trung tính, tăng cao hơn nữa khi có vàng da nặng.

6.2. Nước tiểu

Trong giai đoạn nhiễm khuẩn huyết, nước tiểu có albumin, hồng cầu, bạch cầu.

6.3. Chức năng thận

- Creatinin trong máu tăng.

6.4. Chức năng gan

- SGOT, SGPT tăng.

6.5. Xét nghiệm vi sinh học

- Tìm vi khuẩn trong máu, nước tiểu, dịch não tủy bằng soi dưới kính hiển vi nền đen hoặc sau khi nhuộm Gram.
- Cấy máu, dịch não tủy trong 10 ngày đầu. Cấy nước tiểu từ tuần thứ 2 trở đi.
- Dùng môi trường Flecher, hoặc Tweed 80 albumin.

6.6. Huyết thanh chẩn đoán

Kháng thể cao nhất từ tuần lễ thứ 3-5, có thể dùng các ngưng kết trên kính, Martin Pettit, vi ngưng kết (MAT) hoặc ELISA.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Kháng sinh

Cần dùng sớm trong 4 ngày đầu để cắt sốt và hạn chế thương tổn cơ quan nội tạng, có thể dùng:

- Penicillin G 50.000 - 100.000 đv/kg/ngày trong 5-7 ngày.
- Doxycyclin 100mg x 2 lần /ngày trong 7 ngày.
- Ampicillin, amoxicillin, tetracyclin, erythromycin, streptomycin, cephalosporin cũng có tác dụng.

7.2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt, giảm đau.
- Nghỉ ngơi.
- Bù rối loạn nước - điện giải.
- Theo dõi biến chứng, xét nghiệm chức năng gan, thận cho đến khi kết quả về bình thường.

8. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát bệnh ở súc vật nuôi, diệt chuột.
- Tránh tắm ở những nơi nghỉ ngơi có nhiễm *Leptospira*.
- Uống ngừa bằng doxycyclin 200mg/ tuần.

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH DO LEPTOSPIRA

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Ở giai đoạn II của bệnh: Có thể bị kích xúc nhất là các thể li bì, mê sảng.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy
- Có rối loạn hô hấp: Ho, đau ngực hay khạc đờm lẫn máu trong trường hợp nặng.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch – huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.
- Các trường hợp có biến chứng huyết áp giảm hoặc huyết áp bình thường ở người lớn. Trẻ em huyết áp có thể tăng.

9.1.3. Tình trạng xuất huyết:

- Chảy máu cam có tử ban.
- Ho ra máu.
- Xuất huyết tiêu hoá, tuyến thượng thận, thận và dưới màng nhện.
- Quan sát phân, chất nôn, da và niêm mạc có biểu hiện xuất huyết để báo cho bác sĩ.
- Viêm mạch máu lan toả tổn thương các mao mạch.
- Giảm prothrombin, giảm tiểu cầu trong máu.
- Kết mạc sung huyết, dẫn đến sợ ánh sáng.

9.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Co giật.
- Vàng da, gan to, đôi khi có lách to.
- Suy gan.
- Suy thận: theo dõi nước tiểu, làm các xét nghiệm.

- Đau nhức dữ dội:
 - + Nhức đầu.
 - + Đau cơ (cơ bắp chân).
- Viêm màng não.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không?
- Nếu bệnh nhân mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí.

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

9.2.3. Theo dõi các biến chứng.

9.2.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

9.2.6. Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Bảo đảm thông khí.

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Đặt canuyn Mayo.
- Bóp bóngambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Giai đoạn II: Kích xúc.
- Tuỳ tình trạng từng bệnh nhân.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.

- Chuẩn bị ngay dịch truyền qua đường tĩnh mạch các trường hợp bệnh nhân mê sảng và có biến chứng nặng.
- Thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch – huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/1lần
- Chỉ dùng thuốc nâng huyết áp khi bệnh nhân có tụt huyết áp và đã truyền đủ dịch.

9.3.3. Theo dõi các hội chứng:

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng gan mật.
- Hội chứng thận.
- Hội chứng màng não.
- Hội chứng xuất huyết.
- Thường xảy ra ở giai đoạn II.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:

Cụ thể:

- Kháng sinh: Penicilin G, ampicillin, amoxicyclin, tetracyclin, erythromycin, streptomycin, cephalosporin.
- Cho nghỉ ngơi để tránh diễn biến xấu.
- Theo dõi tri giác: Lơ mơ hay hôn mê.
- Lượng nước tiểu hàng ngày.
- Có suy thận cấp nếu cần thăm phân phúc mạc.
- Các xét nghiệm: Chức năng gan, thận cho đến khi các kết quả về bình thường và xét nghiệm nước tiểu.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tùy tình trạng bệnh nhân.
- Bù nước, điện giải sớm trong giai đoạn tiền sốc.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Co giật: Giữ an toàn cho bệnh nhân.
- Có sốt cao: Lau mát.
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.

- Vệ sinh mắt: nhỏ collyre mỗi ngày.
- Vệ sinh da, xoa trở mình tránh loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết.
- Dùng kim và ống tiêm nhựa mỗi lần tiêm.
- Các cơ đau nhức cần đắp ấm để giảm đau.
- Theo dõi vàng da.
- Nuôi dưỡng:
 - + Bệnh nhân còn sốt cho ăn lỏng, dễ tiêu.
 - + Bệnh nhân suy thận cho ăn ít đạm.
 - + Thời kỳ phục hồi cho ăn đủ dinh dưỡng nhất là sinh tố để nâng cao thể trạng.
 - + Nặng cho ăn qua thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Tránh tắm và sử dụng nước ở nơi nghi ngờ bị nhiễm *Leptospira*.
- Vấn đề an toàn lao động phải được quan tâm.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.
- Mang găng tay và đi giày cao cổ.

9.4. Nhận định quá trình chăm sóc

Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kết hợp chăm sóc toàn diện bệnh nhân sẽ chóng hồi phục ở thể vàng da nặng.

Tự lượng giá

Phân biệt đúng – sai các câu 1-3 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B:

1. Nhiễm *Leptospira* là một bệnh của động vật như chuột, heo, chó, trâu, bò... lây lan sang người.

A. Đúng

B. Sai.

2. Vi khuẩn xuất hiện ở nước tiểu bệnh nhân trong giai đoạn I:

A. Đúng.

B. Sai.

3. Từ tuần lễ thứ 2 trở đi, ta có thể chẩn đoán bằng cách tìm vi khuẩn trong nước tiểu:

A. Đúng

B. Sai.

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 4 đến 8 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu:

4. Để quan sát sự chuyển động của *Leptospira* người ta thường dùng:

A. Kính hiển vi quang học thông thường.

B. Kính hiển vi nền đen.

C. Kính hiển vi huỳnh quang.

D. Kính hiển vi nổi.

5. Dịch chất nào của động vật lây truyền *Leptospira* cho người:

A. Máu.

B. Đờm.

C. Nước tiểu.

D. Phân.

6. Dấu hiệu không có trong hội chứng nhiễm khuẩn:

A. Sốt cao 39-40°C.

B. Đau nhức lan toả.

C. Tử ban.

D. Da ửng đỏ.

7. Chẩn đoán vi sinh học trong 10 ngày đầu tốt nhất là:

A. Cấy máu.

B. Thử nghiệm vi ngưng kết (MAT).

C. Cấy dịch não tủy.

D. A và C đúng.

8. Những người sau đây có nguy cơ nhiễm *Leptospira* cao hơn người khác, trừ:

A. Người hay bơi lội.

B. Người nạo vét cống rãnh.

C. Nhân viên các nhà hàng ăn uống.

D. Công nhân ở các lò sát sinh.

9. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân nhiễm *Leptospira*.

UỐN VÁN VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị, dự phòng bệnh uốn ván.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân uốn ván.

1. ĐỊNH NGHĨA

Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do *Clostridium Tetani* gây nên. Vi khuẩn sinh sản tại nơi xâm nhập, độc tố tiết ra tác động vào dây thần kinh vận động gây co cứng cơ vân và co giật toàn thân. Bệnh diễn biến khó lường trước được, tử vong cao.

2. MẦM BỆNH

Clostridium Tetani là một trực khuẩn Gram (+) yếm khí, bào tử sống nhiều năm trong đất, nhất là những nơi có lẫn phân động vật, chịu được nước sôi 1-3 giờ, đề kháng tốt với dung dịch phenol 5%, formalin 3%.

Bào tử còn được tìm thấy trong đất bụi, trong ruột các động vật có vú, nhất là ngựa, cừu.

3. DỊCH TỄ

Clostridium Tetani xâm nhập qua đường da, niêm mạc do tai nạn giao thông, vết thương chiến tranh, thủ thuật không vô khuẩn (phá thai...).

Trẻ dưới 5 tuổi và người lớn thường bị bệnh nặng. Tỷ lệ tử vong 30-50%, nam nhiều hơn nữ.

4. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập vào vết thương, bào tử chuyển thành dạng hoạt động, sinh sản tại đây và tiết ra ngoại độc tố. Ngoại độc tố gồm có 3 thành phần nhưng chính Tetanospasmin tác động lên điểm cuối của thần kinh cơ và sợi cơ gây co cứng cơ. Ngoài ra, độc tố còn tác động lên tuỷ sống làm tăng hoạt động của các cung phản xạ...

Các vết thương giáp nát, sâu, có nhiều mô hoại tử, nhiều đất bụi, thiếu oxy chính là nơi vi khuẩn phát triển tốt.

5. LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ lúc bắt đầu bị thương đến lúc cứng hàm, trung bình 7-14 ngày. Thời gian ủ bệnh càng ngắn thì bệnh càng nặng.

5.2. Thời kỳ khởi phát

Bệnh nhân hơi mệt, nhức đầu, mồm quai hàm, nói khó, nuốt vướng, uống nước sặc. Khi thăm khám thấy cơ nhai cơ cứng, không có điểm đau rõ rệt, không thể dè lưỡi để làm rộng miệng được.

5.3. Thời kỳ toàn phát

Triệu chứng có thể tại chỗ (cứng hàm, cứng gáy) hay triệu chứng toàn thân.

5.3.1. Co cứng, đau cơ:

Co cứng bắt đầu là cơ nhai (cứng hàm) rồi đến cơ mặt (cười nhăn mặt), cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cơ chi dưới (đuối), cuối cùng là cơ chi trên (co quắp).

Sự co cứng liên tục các cơ toàn thân làm cho bệnh nhân có cảm giác đau nhức.

5.3.2. Co giật cứng toàn thân:

Xảy ra sau một kích thích (đụng chạm, ánh sáng, tiếng ồn...), khi co thắt các cơ hầu họng bệnh nhân khó nuốt, co thắt thành quản gây nghẹt thở, tím tái, ngừng thở.

5.3.3. Rối loạn cơ năng:

Khó nuốt, khó nói, cơ hô hấp, tăng tiết đờm nhớt, bí tiểu, bí đại tiện.

5.3.4. Tổng trạng:

- Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo.
- Sốt 38-38.5°C
- Mạch hơi nhanh 90-120 lần/ phút.
- Vã mồ hôi sau các cơn giật.
- Khi bệnh diễn biến nặng sẽ có sốt cao trên 39°C, mạch nhanh trên 140 lần/ phút, tăng tiết đờm nhớt, lơ mơ hoặc hôn mê vì thiếu oxy não.

5.4. Tiến triển

5.4.1. Thuận lợi:

Từ ngày thứ 10, các cơn co giật thưa dần, mạch, nhiệt độ trở lại bình thường, miệng há được, rộng dần. Thời kỳ lại sức kéo dài.

5.4.2. Xấu:

- Bệnh càng ngày càng nguy kịch, bệnh nhân đi vào hôn mê và tử vong trong vòng vài ngày.
- Bệnh đang thuyên giảm thì đột nhiên nguy kịch dẫn đến tử vong.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào dịch tễ học và lâm sàng.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị đặc hiệu

- Trung hoà độc tố: Huyết thanh chống uốn ván SAT (Serum Anti Tetanique), phải dùng sớm khi độc tố còn lưu hành trong máu, chưa gắn vào tế bào thần kinh. 1/2 tiêm bắp, 1/2 tiêm dưới da liều duy nhất: 500 - 10.000 đv/kg (30.000-50.000) nặng 100.000 đv (làm test trước - giải miễn cảm).
- Huyết thanh chống uốn ván tùy từng người: 400- 1.000 đv tiêm bắp.

Tác dụng tốt, ít phản ứng.

- + Vaccin giảm độc tố VAT (Vaccin Anti Tetanique): 0,1 ml trong da x 3 lần cách 1 tuần.
- + Kháng sinh penicillin 50.000-100.000 đv/kg/ ngày.

7.2. Săn sóc quan trọng

- Bảo đảm thông đường hô hấp: Thở Oxy, hút đờm nhớt, mở khí quản.
- Kiểm soát cơn co giật: An thần nhanh kèm giãn cơ.
 - + Điều trị nền: 2-4 mg/ kg/ngày chia 4 lần.
 - + Dùng diazepam uống hay nhỏ giọt tĩnh mạch.
 - + Điều trị cắt cơn: 0,5mg/kg/lần. Tim mạch chậm có thể dùng thêm phenobarbital, giải quyết nguyên nhân.
- Xử lý vết thương: Cắt lọc, làm sạch, rửa nước oxy già, dùng kháng sinh diệt khuẩn.
- Điều chỉnh rối loạn nước - điện giải, cung cấp năng lượng bằng glucose.
- Chống tái phát.

8. DỰ PHÒNG

- Xử lý vết thương có nguy cơ bị uốn ván.
- Rửa sạch bằng nước oxy già.

- Cắt lọc, lấy dị vật.
- Không băng quá kín, quá chặt.
- Dùng ampicillin 2g/ ngày.
- Chích VAT hay SAT:
VAT 0,1 ml trong da x 3 lần cách 1-2 tuần.
- Vô khuẩn dụng cụ.
- Vệ sinh môi trường.
- Chích VAT cho trẻ em - sản phụ.

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH UỐN VÁN

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Bệnh nhân có thất thanh quản khó thở nặng phải mở khí quản, cho thở Oxy.
- Hoặc co giật liên tục có cơn ngừng thở hoặc ứ đọng đờm nhớt đưa đến suy hô hấp.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch
- HA.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút /lần, 1 giờ/ lần, 3 giờ/ lần. Bệnh nhân có biến chứng tim mạch làm rối loạn nhịp tim và ngừng tim.
- Mạch nhanh yếu, thở yếu, huyết áp dao động là tình trạng nặng.
- Có dụng cụ để hồi sức cấp cứu.

9.1.3. Tình trạng thần kinh:

- Co cứng cơ và đau liên tục.
- Co cứng toàn thân.
- Rối loạn cơ năng.
- Bệnh nhân tỉnh và đau nhiều .

9.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ: không cao lắm. Nếu sốt cao xem lại có nhiễm khuẩn phổi, đường tiểu hay nhiễm khuẩn ở vết thương hay không .

- Vã mồ hôi nhiều sau cơn co giật.
- Hôn mê hay lơ mơ do thiếu Oxy não.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác, yêu cầu dinh dưỡng; có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không ?
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan.
- Nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy.
- Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Đặt canuyn Mayor.
- Bóp bóng ambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để trợ thủ bác sĩ mở khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm rãi đúng kỹ thuật.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Cho bệnh nhân có cơn co thắt hầu, thanh quản, khó thở nặng.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp, 30 phút/1 lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/ lần.

9.3.3. Theo dõi các biến chứng :

- Hô hấp.
- Tim mạch.
- Bội nhiễm.
- Xuất huyết tiêu hoá.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh: Chính xác kịp thời, đúng giờ.

- | | |
|--|--|
| - Thuốc | - Từ lúc cứng hàm đến co giật dưới 48 giờ là bệnh nặng. |
| + SAT. | |
| + An thần. | |
| - Theo dõi cơn co giật (nhịp độ, cường độ, đáp ứng thuốc an thần), độ mở miệng, nuốt sặc/ngày. | - Có cơn co giật tím tái hoặc ngừng thở phải hồi sức cấp cứu ngay. |
| - Giữ an toàn cho bệnh nhân. | - Bảo đảm yên tĩnh, không tiếng động, ánh sáng dịu. |
| - Lấy nhiệt độ. | |
| - Hạn chế các yếu tố gây co giật. | |
| - Săn sóc vết thương (nếu có). | - Thay băng hàng ngày. |
| - Giai đoạn hồi phục còn cứng cơ, cứng khớp nên tập luyện và làm vật lý trị liệu. | |
| - Xét nghiệm. | |
| - Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn tùy tình trạng bệnh nhân. | |

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Nhiệt độ cao: Lau mát.
- Vệ sinh răng miệng.
- Vệ sinh mắt, tai, mũi.
- Vệ sinh da: chăm sóc ngừa loét, giữ cho khăn trải giường khô và thoáng.

- Săn sóc mở khí quản hàng ngày và chuẩn bị rút mở khí quản khi bệnh nhân hết khó thở.
- Chăm tập trung công tác chăm sóc.
- Nuôi dưỡng:
 - + Cho ăn lỏng và sệt để tránh sặc.
 - + Nặng thì cho ăn qua thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương.
 - + Dinh dưỡng đầy đủ và thích hợp
- Làm loãng đờm để dễ hút.
- Để hạn chế cơn co giật.
- Bơm thuốc qua ống thông dạ dày.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Tiêm chủng DTC khi chưa có vết thương cho trẻ em
 - + Có vết thương : Chú ý các vết thương bẩn, dập nát nhiều
 - + SAT 1.500 - 3.000 đv/ tiêm bắp và tiêm vaccin.
- Dự phòng uốn ván rốn:
 - + Quản lý thai.
 - + Đỡ đẻ vô khuẩn.
 - + Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ khi mang thai.
 - + Sát khuẩn đầu cuống rốn bằng cồn iod.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Vì tỷ lệ chết rất cao

9.4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:
 - + Từ ngày thứ 10 trở đi các cơn giật giảm dần.
 - + Mạch, nhiệt độ trở lại bình thường.
 - + Miệng há to dần.
 - + Ngủ được.
 - + Thời kỳ lại sức kéo dài hàng tháng.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1 đến 7 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu.

1. Bào tử của Clostridium Tetani:
 - A. Sống nhiều ở ngoại cảnh.
 - B. Đề kháng với nước sôi, dung dịch formalin 3%, dung dịch phenol 5%.
 - C. Có trong phân ngựa, cừu.
 - D. Tất cả A,B,C đều đúng.
2. Các tình huống sau đây có thể dẫn tới uốn ván, trừ:
 - A. Bị tai nạn giao thông làm trầy da.
 - B. Bị đinh sắt gỉ đâm vào chân.
 - C. Phá thai lén lút.
 - D. Uống nước không đun sôi.
3. Nuốt vướng, uống nước sặc xuất hiện từ:
 - A. Thời kỳ nung bệnh.
 - B. Thời kỳ khởi phát.
 - C. Thời kỳ toàn phát.
 - D. Thời kỳ lui bệnh.
4. Co cứng toàn thân trong uốn ván có thể xảy ra khi:
 - A. Đụng chạm.
 - B. Tiếng ồn.
 - C. Ánh sáng chói quá.
 - D. Cả A,B,C.
5. Trong điều trị đặc hiệu ta sử dụng:
 - A. SAT.
 - B. VAT.
 - C. Penicillin.
 - D. Cả A,B và C.
6. Trong bước nhận định bệnh nhân uốn ván cần chú ý đến tình trạng:
 - A. Hô hấp.
 - B. Tuần hoàn.
 - C. Thần kinh.
 - D. Cả A,B và C.
7. Các biện pháp sau đây nhằm dự phòng uốn ván rốn, trừ:
 - A. Đờ dẻ vô khuẩn.

B. Tiêm VAT cho bà mẹ.

C. Sát khuẩn đầu cuống rốn bằng cồn iod.

D. Dội nước sôi dao, kéo 15 phút trước khi kẹp và cắt cuống rốn.

Phân biệt đúng sai các câu 8,9,10 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

8. Các thương tổn, triệu chứng của bệnh uốn ván là do ngoại độc tố Clostridium Tetani tác động lên hệ thần kinh.

A. Đúng.

B. Sai.

9. Diễn biến của bệnh uốn ván khó mà lường trước được, có khi đã thuyên giảm lại đột nhiên nguy kịch dẫn đến tử vong.

A. Đúng.

B. Sai.

10. Ánh sáng dịu trong bệnh phòng nhằm hạn chế cơn co giật.

A. Đúng.

B. Sai.

11. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân uốn ván rốn.

ĐẠI CƯƠNG VỀ VIRUS

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được cấu trúc rất đơn giản của virus.
2. Trình bày những điều cơ bản của một số virus gây bệnh thường gặp.
3. Nêu các phương pháp đơn giản để phòng bệnh do những virus gây bệnh thường gặp.
4. Nêu cách sử dụng các vaccin virus thường dùng hiện nay.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ VIRUS

1.1. virus là gì: Virus là những đơn vị sinh học nhỏ nhất có khả năng gây nhiễm khuẩn cho người, động vật và cả thực vật (đường kính trung bình từ 20 tới 300nm). Các virus không thể sống hay nuôi cấy được trong các môi trường nhân tạo mà bắt buộc phải ký sinh trong các tế bào của người hoặc động vật, thực vật thích hợp với chúng.

1.2. Cấu trúc: Virus bắt buộc phải ký sinh trên tế bào sống, bởi vì chúng có cấu trúc đơn giản không có các men giúp cho sự hô hấp hoặc chuyển hoá các chất dinh dưỡng như vi khuẩn.

- Cấu trúc cơ bản nhất của virus là acid nucleic: Mỗi một virus có mang một trong hai loại acid nucleic (AN) hoặc acid ribonucleic (ARN) hoặc acid desoxy ribonucleic (ADN) sợi đơn, hoặc sợi kép. Người ta nhận thấy các virus chứa ARN hầu hết là sợi đơn, còn virus chứa ADN hầu hết là sợi kép.

Các AN của virus mang mọi thông tin di truyền đặc trưng cho virus và quyết định khả năng gây nhiễm trùng của virus trên tế bào.

- Phủ ngoài AN là các protein được cấu tạo thành từng đơn vị nhỏ (capsomer), tập hợp các đơn vị đó tạo thành lớp vỏ protein (capsid) để bảo vệ AN của virus và cùng với các thành phần khác tham gia cấu trúc kháng nguyên của virus.

Ngoài hai thành phần cơ bản trên, một số virus còn có vỏ bao ngoài (peplon) phục vụ cho cấu trúc kháng nguyên, tham gia vào sự bám của virus trên mặt tế bào và xâm nhập vào tế bào để gây bệnh. Một số virus khác lại có thêm các men cũng để giúp cho virus xâm nhập vào tế bào và phục vụ cho cấu trúc kháng nguyên. Trên đây là cấu trúc của các virus hoàn chỉnh, với phần lõi AN, phần vỏ protein (capsid) và có thể thêm vỏ bao ngoài hoặc không có (peplon).

Bên cạnh các hạt virus hoàn chỉnh, cũng có thể có những hạt virus không hoàn chỉnh. Đó là những hạt virus chỉ có vỏ, mà không có AN nhân. Những hạt virus này không xâm nhập được vào tế bào do vậy không sinh trưởng phát triển được (không nhân lên được) và không gây bệnh được cho tế bào người và động vật. Tuy vậy chúng có thể tồn tại trong cơ thể chờ cho các virus hoàn chỉnh xâm nhập rồi cũng chiếm AN của virus hoàn chỉnh để gây bệnh. Những người mang virus không hoàn chỉnh là những người mang mầm bệnh tiềm tàng.

Các hạt virus sau khi cho AN xâm nhập vào tế bào thực hiện quá trình nhân lên (sinh trưởng) và phá huỷ tế bào.

2. MỘT SỐ VIRUS GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP

2.1. Virus gây bệnh bại liệt (Poliovirus)

2.1.1. Đặc điểm sinh vật học:

Đây là virus mang ARN một sợi cỡ nhỏ: Đường kính khoảng 20-30nm. Virus bại liệt là thành viên của họ virus đường ruột với những đặc điểm sinh học như: Thành phần AN là ARN một sợi có vỏ capsid tạo bởi 32 đơn vị capsomer. Không có vỏ bao ngoài. Hạt virus cấu trúc hình khối.

- Virus đề kháng được với ether, cồn và một số hoá chất.
- Vững bền ở pH từ 2 tới 10.

- Có thể diệt được ở 50°C sau vài phút, ánh sáng mặt trời và tia cực tím cũng diệt virus dễ dàng.
- Các chất sát trùng như thuốc tím (KMnO_4), oxy già (H_2O_2) diệt được virus.

2.1.2. Thể lâm sàng và dịch tễ học:

Virus bại liệt cũng như các virus đường ruột khác lây lan qua đường ăn uống các chất nhiễm khuẩn do nhiễm virus từ phân hoặc nước tiểu bệnh nhân. Sau khi ăn phải các chất nhiễm khuẩn thì thời gian nung bệnh từ 5 tới 10 ngày.

Trong giai đoạn này người nhiễm virus (thường trẻ em) không có triệu chứng gì.

Tới giai đoạn khởi phát: thường xảy ra trong 2 đến 3 ngày với sốt từ 38°- 40° C, không kèm theo co giật và rét run. Có thể đau vùng bắp cơ sắp liệt.

Giai đoạn toàn phát: Thường chỉ xảy ra ở một phần trăm số người bị nhiễm virus. Với dấu hiệu liệt một chi hay một nhóm cơ: liệt mềm, xuất hiện liệt hoàn toàn sau 48 giờ.

Giai đoạn di chứng: Sau liệt, cơ thoái hoá teo cơ, xương không phát triển. Do vậy bệnh nhân tàn tật vĩnh viễn.

Những bệnh nhân không xuất hiện liệt (chiếm 99%) thường chỉ có sốt nhẹ với dấu hiệu đường hô hấp hay tiêu hoá dễ bỏ qua. Đây là nguồn lây nguy hiểm vì ta thường không biết để cách ly.

2.1.3. Chẩn đoán vi sinh:

Với những bệnh nhân đang sốt cần lấy máu, sau đó lấy phân (khi hết sốt) gửi tới phòng nghiệm để nuôi cấy trong các tế bào cảm thụ tìm những tổn thương đặc hiệu do virus gây ra.

Ghi nhớ: bệnh phẩm phải bảo quản trong lạnh và trong các hộp chứa chắc chắn, tránh lây lan.

Nếu bệnh nhân qua giai đoạn thải trừ virus ra phân thì lấy máu tìm kháng thể virus bại liệt. Kháng thể này tăng nhanh trong thời kỳ mới bị bệnh bằng phản ứng kết hợp bổ thể ELISA.

2.1.4. Phòng và điều trị

- Cách ly bệnh nhân và tẩy uế chất thải như phân, nước tiểu, chất nôn của bệnh nhân.
- Dùng vaccin Sabin phòng bệnh là vaccin sống giảm độc cho trẻ em uống. Mỗi lần uống 2 giọt. Trẻ em trong năm đầu uống vaccin 3 lần vào các tháng thứ 1,2,3. Vaccin khi cho trẻ uống cần được bảo quản trong dây truyền lạnh và chống ánh nắng chiếu vào vaccin. Một số nước khác dùng vaccin virus chết tiêm cho trẻ.
- Chưa có thuốc điều trị virus nhưng cần chăm sóc phục hồi chức năng khi đã qua thời kỳ cấp tính của bệnh.

2.2. Virus Rota

Đây là virus có vai trò gây ỉa chảy rất lớn ở trẻ nhỏ và trẻ nhũ nhi. Rota virus nằm trong họ Reoviridae.

2.2.1. Đặc điểm sinh vật học:

- Virus Rota chứa ARN hai sợi. Có hình khối tròn, đường kính 70nm.
- Vỏ capsid 2 lớp: các capsomer lớp trong xếp theo hình nan hoa và kéo nối với capsomer lớp ngoài có hình vòng tròn.
- Hiện nay người ta biết có 3 typ Rota virus gây bệnh cho người.

2.2.2. Lâm sàng và dịch tế:

Virus xâm nhập vào cơ thể qua đường ăn, uống. Virus nhân lên chủ yếu ở tế bào trụ ruột non, làm giảm chức năng hấp thụ của ruột, do vậy làm ứ đọng các chất carbon hydrat bên ngoài thành ruột, do đó kéo nước ra gây nên dấu hiệu ỉa chảy, phân nhiều nước rất hiếm kèm máu. Thường bệnh nhân ỉa chảy nhiều lần trong ngày. Có kèm sốt nhẹ, ít nôn. Bệnh thường xảy ra vào mùa thu – đông ở trẻ em dưới 2 tuổi, nhiều nhất ở trẻ dưới 12 tháng.

2.2.3. Chẩn đoán vi sinh:

- Phân của bệnh nhân được gửi tới phòng xét nghiệm để soi dưới kính hiển vi điện tử tìm virus.
- Có thể lấy máu tìm kháng thể kháng virus bằng phản ứng ELISA hay huỳnh quang.

2.2.4. Phòng bệnh và điều trị:

- Chưa có vaccin phòng bệnh, do vậy chủ yếu giữ chế độ ăn sạch sẽ cho trẻ em. Người mẹ phải giữ vú sạch sẽ khi cho con bú. Nếu đã có bệnh nhân phải khử trùng các chất thải như phân, chất nôn của bệnh nhân.
- Điều trị: Chỉ cần cho bệnh nhân ăn uống đủ, bú sữa mẹ. Đặc biệt cho uống oresol để bồi phụ nước và điện giải. Nếu bệnh nhân không uống được phải truyền dịch. Kháng sinh không có tác dụng điều trị ỉa chảy do Rota virus, có khi còn làm mất thăng bằng sinh thái trong ruột, gây ỉa chảy kéo dài hơn.

2.3. Virus gây viêm gan A

- Đây là virus thuộc họ virus đường ruột với những đặc điểm sinh học giống như virus đường ruột. Có sức đề kháng khá bền vững.
- Đề kháng với ether, ở 56°C một giờ không bị bất hoạt. Ở 100°C 5 phút mới diệt được virus.

2.3.1. Lâm sàng và dịch tế:

Virus viêm gan A cũng lây lan qua đường tiêu hoá, thường gặp ở trẻ em và thiếu niên. Virus xâm nhập vào cơ thể sẽ nhân lên (xâm nhập và sinh trưởng) ở

tế bào biểu mô ống tiêu hoá. Khi đã có số lượng lớn virus thì một phần thải được trừ ra phân, còn phần lớn lan tràn vào máu gây nhiễm virus huyết. Virus theo máu tới gan, thận, lách làm huỷ hoại tế bào, đặc biệt là tế bào gan.

Lâm sàng: Bệnh nhân nhiễm virus có thời kỳ ủ bệnh 15 tới 40 ngày, không biểu hiện dấu hiệu gì. Sau đó sang giai đoạn khởi phát với sốt nhẹ 38°C có khi không. Rồi sang giai đoạn toàn phát với dấu hiệu mệt mỏi, chán ăn, đi ngoài vài lần trong ngày phân hơi bạc màu. Đi giải ít, nước tiểu vàng xẫm.

Thời gian toàn phát có thể từ một tới vài tuần. Thường giai đoạn cấp tính qua đi, bệnh nhân dần dần bình phục.

Trong giai đoạn toàn phát virus có thể thải trừ ra phân, nước tiểu và cũng có thể tìm được ở máu. Khi khỏi bệnh virus không còn tồn tại trong cơ thể.

2.3.2. Phòng và điều trị:

- Chưa áp dụng vaccin đặc hiệu phòng viêm gan A, nhưng khi có vụ dịch có thể tiêm huyết thanh kháng virus để bảo vệ cơ thể trong thời gian vài tuần.
- Chủ yếu phải ăn chín, uống sôi; tránh những nơi có thể tiếp xúc với phân, nước tiểu bệnh nhân.
- Điều trị: Chủ yếu chăm sóc chế độ ăn hợp lý, giảm mỡ, tăng đạm và hoa quả. Cho bệnh nhân nghỉ ngơi. Các chất thải của bệnh nhân phải khử trùng.

2.4. Virus viêm gan B

2.4.1. Đặc điểm sinh học:

- Khác với viêm gan A, virus viêm gan B thuộc họ Hepad - naviridae, mang ADN hai sợi. Kích thước khoảng 45nm, ngoài protein capsid viêm gan B còn có vỏ bao ngoài.
- Viêm gan B dễ bất hoại bởi tia tím, formol, ở 100°C trong năm phút diệt được virus.

2.4.2. Lâm sàng và dịch tễ:

Virus viêm gan B có các đường lây lan sau.

- Chủ yếu qua đường máu: Truyền máu, tiêm chích, mẹ truyền cho con qua rau thai...
- Có thể lây lan qua đường tình dục.
- Ít gặp lây qua đường tiêu hoá.

Khi nhiễm virus giai đoạn ủ bệnh khá dài: 60 tới 180 ngày rất ít triệu chứng.

Rối các triệu chứng tới âm ỉ với mệt mỏi, vàng da, rối loạn tiêu hoá nhẹ....

Bệnh thường xảy ra quanh năm với mọi lứa tuổi. Sau khi bị bệnh virus có thể tồn tại trong máu nhiều năm liền và có thể dẫn tới những bệnh mạn tính về gan (xơ, ung thư).

2.4.3. Phòng và điều trị:

- Ngăn ngừa sự xâm nhập của virus bằng kiểm tra người cho máu. Khử trùng mọi chất có liên quan đến máu ở bệnh nhân. Cách ly bệnh nhân. Khử trùng các chất thải của bệnh nhân.
- Không tiêm chích thiếu vệ sinh. Quan hệ tình dục chung thủy và khi cần thì dùng bao cao su.
- Có vaccin phòng bệnh tiêm cho trẻ em dưới 10 tuổi và người lớn có nguy cơ tiếp xúc.
- Điều trị: Chủ yếu chăm sóc, cho chế độ ăn giàu đạm, nhiều hoa quả, nghỉ ngơi.

2.5. Virus gây sốt xuất huyết

Virus gây sốt xuất huyết thành dịch hàng năm thường gặp ở nhiều miền trên đất nước ta là virus Dengue, thuộc họ Arbo virus.

2.5.1. Đặc điểm sinh vật học:

- Virus chứa ARN một sợi, loại nhỏ.
- Có vỏ capsid và vỏ bao ngoài, chia làm 4 typ: D1, D2, D3, D4.
- Dễ bị bất hoại bởi ether và nhiệt độ, tia tím.
- Đây là virus có ổ chứa tự nhiên là các động vật linh trưởng (khỉ, tinh tinh), chỉ lây lan từ động vật sang người hoặc từ người bệnh sang người lành qua đường muỗi hút máu rồi truyền bệnh. Muỗi truyền virus Dengue là muỗi Aedes. Muỗi này sinh trưởng phát triển ở những nguồn nước sạch (nước mưa, nước suối...).

2.5.2. Lâm sàng và dịch tễ:

- Muỗi sau khi đốt người không gây triệu chứng gì sau 2 tới 15 ngày.
- Sau đó bệnh nhân sốt, rét run, đau mình và có kèm nhức đầu.
- Đại bộ phận bệnh nhân có xuất hiện phát ban xuất huyết đỏ ở cánh tay, chân, đùi, ngực.. Sau 4,5 ngày. Rồi bệnh nhân hạ sốt và ban mất đi sau 5 đến 7 ngày.
- Một tỷ lệ nhỏ sau khi phát ban hay đồng thời với phát ban có xuất huyết đường tiêu hoá, xuất huyết còn biểu hiện ở rong kinh, chảy máu cam, chảy máu lợi...

Nếu không có tai biến dẫn tới choáng thì bệnh nhân dần bình phục.

Trong giai đoạn có sốt, người bệnh có thể làm lây cho người lành (ở mọi lứa tuổi) qua đường muỗi đốt. Bệnh nhân không lây trực tiếp cho người lành. Muỗi đốt người hay động vật bệnh có thể truyền bệnh cho người hay động vật lành trong suốt đời của muỗi, nhưng không truyền qua trứng muỗi sang thế hệ sau.

2.5.3. Chẩn đoán:

- Giai đoạn bệnh nhân sốt có thể lấy máu để tìm virus bằng nuôi cấy trên tế bào, trên não chuột sơ sinh hoặc ở muỗi.
- Tìm kháng thể gia tăng ở người mắc bệnh bằng các phản ứng huyết thanh đặc hiệu.

2.5.4. Phòng và điều trị:

- Chủ yếu là diệt muỗi và làm sạch các nguồn nước muỗi có thể sinh đẻ, và có thể nuôi cá diệt bọ gậy.
- Nằm màn để tránh muỗi đốt truyền bệnh.
- Phun thuốc diệt muỗi, hiện chưa có vaccin phòng sốt xuất huyết Dengue.
- Chưa có thuốc điều trị sốt xuất huyết nhưng khi bệnh nhân mắc bệnh cần theo dõi để phòng tai biến xuất huyết nặng dẫn tới choáng. Khi bị choáng phải cấp cứu, ủ ấm, xử trí kịp thời ở các tuyến có điều kiện (truyền dịch, trợ tim...).

2.6. Virus gây viêm não

Virus gây viêm não được tìm thấy đầu tiên ở Nhật, do vậy còn gọi là virus viêm não Nhật Bản. Nó cũng thuộc nhóm Arbo virus, có kích thước và cấu trúc gần giống virus Dengue. Chúng cũng bị bất hoại bởi nhiệt độ 56°C/ 30 phút, hoặc formol 0,2% hoặc tia tím.

2.6.1. Lâm sàng và dịch tễ:

Virus viêm não Nhật Bản cũng lây qua đường muỗi. Muỗi truyền bệnh chủ yếu là các muỗi Culex, chúng sinh trưởng phát triển ở ao, hồ, nước ở ruộng lúa.

Ổ chứa virus là nhiều loại động vật: lợn, chó, ngựa, bò, chim, cò, diệc v.v...

Từ động vật bệnh muỗi đốt có thể truyền virus sang người hay động vật lành. Virus có thể sinh trưởng và phát triển trong ống tiêu hoá của muỗi, nhưng không gây bệnh cho muỗi, muỗi chỉ tạo điều kiện truyền bệnh cho người và động vật lành.

Sau khi bị nhiễm virus phần lớn người mắc bệnh thể ẩn với triệu chứng lâm sàng nhẹ dễ nhầm với cúm, hoặc cảm lạnh. Bệnh viêm não có quá trình tiến triển sau: Sau 6 ngày tới 16 ngày ủ bệnh, rồi nhức đầu, sốt cao đột ngột, cứng cổ, rối loạn cảm giác. Bệnh thường gặp ở trẻ em. Bệnh dẫn tới hôn mê co giật. Thường để lại di chứng về tinh thần suốt đời nếu bệnh nhân không bị tử vong.

2.6.2. Chẩn đoán:

- Bệnh phẩm là máu của bệnh nhân trong giai đoạn sốt, được nuôi trong tế bào, hoặc não chuột nhắt trắng để tìm virus.
- Lấy máu bệnh nhân để tìm sự gia tăng của kháng thể khi bệnh nhân mới mắc bệnh bằng các phản ứng đặc hiệu: ức chế ngưng kết hồng cầu, kết hợp bổ thể hay ELISA.

2.6.3. Phòng và điều trị:

- Diệt muỗi để phòng bệnh bằng phát quang bụi rậm, phun thuốc diệt muỗi. Rời chuồng gia súc xa nhà, có màn che tắm thuốc diệt muỗi ở cửa nhà.
- Nằm màn tránh muỗi đốt truyền bệnh.
- Có vaccin phòng bệnh tiêm cho trẻ em dưới 10 tuổi.
- Điều trị: Chỉ điều trị các triệu chứng giảm sốt, chống co giật...không có thuốc đặc trị.

2.7. Virus sởi

Sởi là một trong những bệnh thường gặp gây sốt và phát ban ở trẻ em. Sởi thường có tai biến đường hô hấp, đường tiêu hoá, đường thần kinh dẫn tới tử vong hay di chứng cho trẻ em. Do vậy bệnh sởi được Tổ chức y tế thế giới đưa vào một trong sáu bệnh của chương trình tiêm chủng cho trẻ em.

2.7.1. Đặc điểm sinh vật học:

- Virus sởi nằm trong họ Myxovirus, bao gồm các loại virus cúm, quai bị, sởi và RS gây bệnh viêm đường hô hấp thường gặp ở trẻ em.
- Virus sởi chứa ARN một sợi, có vỏ capsid và vỏ bao ngoài, chứa các kháng nguyên ngưng kết hồng cầu khi.
- Virus sởi đặc biệt nhạy cảm với nhiệt độ ($50^{\circ}\text{C}/30'$) và ánh sáng mặt trời, tia tím diệt virus dễ dàng.
- Virus sởi cũng như các thành viên khác trong họ Myxo là virus hình cầu. Kích thước từ 80 tới 120nm đường kính.
- Virus sởi và các Myxo khác đều nhân lên tốt trong các tế bào niêm mạc đường hô hấp trên gây nên đa tiết dịch đường hô hấp và các hạt virus sẽ được thải trừ trong nước tiết này. Do vậy virus Myxo còn được gọi là virus gây bệnh đường hô hấp.
- Virus sởi cảm ứng tốt trên tế bào thận chó, thận lợn và tế bào vero. Khi xâm nhập vào tế bào virus sởi nhân lên gây tổn thương tế bào tạo cho các tế bào liên kết thành một tế bào khổng lồ.

2.7.2. Lâm sàng và dịch tễ:

Sau khi hít phải các hạt nước mũi hoặc nước bọt có nhiễm virus thì cơ thể trẻ em có thời gian ủ bệnh từ 9 đến 11 ngày, không có triệu chứng gì rồi chuyển

sang giai đoạn tiền chứng với các dấu hiệu ho, hắt hơi, chảy nước mắt, mũi. Sau đó bệnh nhân sốt vì có nhiễm virus huyết trong thời gian 3,4 ngày. Rồi các nốt ban xuất hiện theo thứ tự từ trên xuống dưới cơ thể. Ban màu hồng, không có ở gan bàn chân và lòng bàn tay. Phần lớn bệnh nhân trong những ngày đầu thường có ban ở phía trong má, còn gọi là nốt Koplix.

Khi phát ban bệnh nhân hạ sốt dần dần. Sau khi ban đã lan khắp cơ thể thì sẽ mất dần cũng theo thứ tự từ trên xuống giống như khi ban mọc.

Đại bộ phận bệnh nhân sỏi khỏi hẳn và có miễn dịch vĩnh viễn suốt đời. Tuy vậy cũng có một số biến chứng đường tiêu hoá, hô hấp và thần kinh gây tử vong.

2.7.3. Chẩn đoán:

Virus sỏi có thể tìm thấy trong máu, trong nước tiểu khi bệnh nhân sốt cao và 30 giờ sau khi có nốt ban đầu tiên vẫn tìm được virus trong nước tiểu. Bệnh phẩm cũng có thể là nước tiết mũi họng ở giai đoạn tiền chứng và giai đoạn có sốt. Bệnh phẩm được nuôi trong các tế bào cảm thụ virus gây tổn thương tạo tế bào khổng lồ.

Ngoài ra cũng có thể tìm kháng thể trong huyết thanh bệnh nhân và tìm sự gia tăng của kháng thể bằng phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu, kết hợp bổ thể, ELISA...

2.7.4. Phòng và điều trị:

Phòng không đặc hiệu: bằng cách cách ly bệnh nhân, khử trùng chất thải bằng thuốc sát trùng hoặc nhiệt độ.

Tự lượng giá

1. Chọn 1 câu trả lời đúng nhất:

Có những thành phần nào có thể tìm được trong tế bào khi có virus xâm nhập:

- A. Các acid nucleic ADN và ARN.
- B. Các kháng nguyên virus.
- C. Tìm được hoặc ARN hoặc ADN của virus.

2. Trong các bệnh dưới đây, bệnh nào có thể truyền qua muỗi Culex và muỗi Aedes.

- A. Sốt rét.
- B. Sốt xuất huyết.
- C. Ía chảy ro Rotavirus.
- D. Viêm não do virus viêm não Nhật Bản.

3. Trong các bệnh dưới đây bệnh nào truyền qua đường tiêu hoá:

- A. Viêm gan A.
- B. Viêm gan B.

- C. Bại liệt.
 - D. Sởi.
4. Phòng bệnh bại liệt đặc hiệu dùng phương pháp nào đúng được áp dụng ở Việt Nam .
- A. Cho trẻ em 1,2,3 tháng tuổi uống mỗi lần 2 giọt vaccin Sabin được bảo quản lạnh và tối.
 - B. Cho trẻ một năm tuổi uống vaccin Sabin.
 - C. Tiêm vaccin cho trẻ em.
 - D. Để vaccin ra nắng ấm rồi cho uống
5. Phòng bệnh viêm gan B có thể dùng cách nào đúng:
- A. Kiểm tra máu của người cho máu.
 - B. Chống tiêm chích không vô trùng.
 - C. Dùng bao cao su trong quan hệ tình dục.
 - D. Dùng thuốc uống phòng bệnh.
 - E. Chống muỗi đốt.
6. Đối với bệnh sởi cần chăm sóc đúng:
- A. Vệ sinh răng, miệng, mắt và da.
 - B. Kiêng tắm, kiêng nước.
 - C. Không cho ăn thịt gà, cá.
 - D. Tăng cường ăn đạm và vitamin.
7. Vaccin virus dùng trong tiêm chủng mở rộng là những vaccin nào?
- A. Sởi.
 - B. Bại liệt.
 - C. Viêm gan B.
 - D. Viêm não.
8. Phương pháp đúng để trị bệnh ỉa chảy do Rota virus:
- A. Uống kháng sinh đường ruột.
 - B. Uống Oresol.
 - C. Truyền dịch.
 - D. Cho trẻ ăn kiêng
 - E. Cho trẻ bú mẹ.
9. Trong các bệnh dưới đây bệnh nào lây lan khi hít phải các hạt nước mũi, họng nhiễm virus.
- A. Bại liệt.
 - B. Sởi.
 - C. Viêm não.

- D. Sốt xuất huyết.
E. Cúm.
10. Trong các bệnh dưới đây bệnh nào mẹ có thể truyền cho con qua rau thai:
A. Viêm gan B.
B. Viêm não.
C. Bại liệt.
D. Sốt xuất huyết.
E. lậu.
11. Lấy bệnh phẩm là phân có thể tìm được các virus nào:
A. Viêm gan A.
B. Bại liệt.
C. Rotavirus.
D. Sốt xuất huyết.
E. Cúm, sởi.
12. Trong các bệnh dưới đây bệnh nào có thể lây qua đường hô hấp?
A. Sởi.
B. Cúm.
C. Bạch hầu.
D. Ho gà.
E. Liên cầu nhóm A.

HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI (AIDS) (ACQUIRED IMMUNO DEFICIENCY SYNDROM)

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa AIDS.
2. Kể được 3 phương thức lây truyền chủ yếu của HIV.
3. Mô tả được các hình ảnh lâm sàng chủ yếu của AIDS.
4. Trình bày được các biện pháp phòng lây nhiễm HIV và bảo đảm an toàn cho nhân viên y tế.
5. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân AIDS.

1. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải là do tác động của virus gây suy giảm miễn dịch (viết tắt là HIV = Human Immunodeficiency Virus) làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật mà bình thường không gây bệnh nay trở thành gây bệnh tạo ra nhiễm trùng cơ hội, cũng như làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính HIV gây ra.

2. CĂN NGUYÊN

Virus gây suy giảm miễn dịch người (HIV) typ 1 được phân lập đầu tiên vào năm 1983 và HIV typ 2 được phân lập đầu tiên vào năm 1985.

HIV thuộc họ Letivirus và mang tất cả các đặc điểm cấu trúc của nhóm này. Dưới kính hiển vi điện tử nó là một phần tử có đường kính 110 nm, có vỏ bọc với một nhân chứa ARN và các protein bên trong.

Virus HIV vào cơ thể sẽ xâm nhập vào tế bào lympho T, đại thực bào đơn nhân và một số tế bào khác sau đó phát triển trong các tế bào này. Tùy thuộc từng loại tế bào mà các tế bào bị nhiễm HIV có thể bị tiêu huỷ hoặc có tổn thương ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau. Sức đề kháng của virus HIV: là virus dễ chết, bị bất hoạt nhanh bởi các tác nhân lý hoá chẳng hạn như nước Javen/chết trong 1 phút; cồn 70°C/ chết trong 1 phút; formaldehyt 0,1%/30 phút - 1 giờ; 56°C trong 30 phút; 100 °C trong 1 phút. Tia cực tím không diệt được virus.

3. CÁC ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN

Cho đến nay người ta đã khẳng định HIV có trong:

- Tinh dịch, chất nhầy âm đạo.
- Máu và các sản phẩm của máu.
- Nước bọt, nước mắt, nước não tủy, nước tiểu.
- Sữa mẹ.

Nhưng chỉ có 3 đường lây:

3.1. Lây truyền qua đường tình dục

Nguy cơ cao ở các nhóm tình dục đồng giới nam, người có bệnh truyền virus qua đường sinh dục khác (STD). Khả năng truyền từ nữ sang nam cũng khác. Tính chung trên thế giới thì: Tình dục khác giới 71%, tình dục đồng giới 15%.

3.2. Lây truyền qua máu

- Truyền máu không kiểm soát HIV và các chế phẩm của máu tính chung trên thế giới chiếm 5-10%.

- Lây qua tiêm chích ma túy trong cộng đồng người nghiện ma túy rất cao, và nó liên quan với số lần tiêm chích trong 1 tháng, sử dụng dụng cụ tiêm chích cho nhiều người, dùng lại và dùng chung kim tiêm và tiền sử chích trước đó.

3.3. Lây truyền từ mẹ sang con

HIV có thể lây truyền qua nhau thai trong thời kỳ bào thai, chuyển dạ đẻ và sau khi sinh qua sữa mẹ.

Không có bằng chứng về lây truyền qua nước mắt, nước bọt, tiếp xúc bình thường, côn trùng đốt.

4. LÂM SÀNG

HIV là một trong năm Retrovirus gây bệnh ở người. Virus HIV thuộc nhóm Leutivirus gồm những virus gây bệnh kinh điển từ từ với giai đoạn tiềm tàng không triệu chứng kéo dài. AIDS là giai đoạn cuối cùng của một quá trình xói mòn hệ thống miễn dịch kéo dài do HIV gây ra. Đa số những người nhiễm HIV hiện nay chưa có AIDS. Tỷ lệ phát triển tới AIDS ở những người nhiễm HIV dao động từ 4-10% là 1 năm. Một số đông sẽ có các triệu chứng lâm sàng trong vòng 10 đến 15 năm sau khi có phản ứng huyết thanh dương tính.

4.1. Giai đoạn nhiễm HIV

Nhiễm HIV ban đầu thường không có triệu chứng. Trong vòng vài ngày đến vài tuần khi virus nhân lên thì có thể có những 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, rối loạn tiêu hoá, dễ nhầm với cảm cúm hoặc nhầm với bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng.

Về xét nghiệm:

- Kháng nguyên P₂₄ có trong máu giai đoạn sớm.
- Phát hiện được kháng thể HIV sau vài tuần.

4.2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng

Người nhiễm HIV (+) có một giai đoạn không có triệu chứng lâm sàng kéo dài từ 2 đến 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:

Hạch biểu hiện ngoài 2 bên bẹn còn có ở 2 vị trí khác nữa, đường kính hạch trên 1cm.

Dấu hiệu kèm theo là sốt, sút cân, ra mồ hôi đêm, bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường.

4.3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: Thời kỳ đầu (nhẹ).

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.
- Các biểu hiện nhẹ ngoài da và niêm mạc (viêm da tuyến bã, ngứa, nấm vùng, chốc mép, loét miệng tái diễn).
- Zona trong vòng 5 năm cuối.
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn (như viêm xoang).

4.3.3. Giai đoạn lâm sàng 3: Thời kỳ trung gian (vừa phải).

- Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể.
- Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân trên 1 tháng.
- Nhiễm Candida ở miệng (tưa)
- Bạch sản dạng lông ở miệng.
- Lao phổi trong năm cuối.
- Các nhiễm khuẩn nặng (như viêm phổi, viêm cơ mủ. Thường ở giai đoạn này bệnh nhân nằm 50% thời gian trong ngày ở những tháng cuối).

4.3.4. Giai đoạn lâm sàng 4: Thời kỳ muộn (nặng, thực chất là ngang với AIDS).

- Hội chứng gây mòn HIV: Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể cộng với hoặc ỉa chảy không rõ nguyên nhân kéo dài trên 1 tháng hoặc mệt mỏi kéo dài và sốt kéo dài không rõ căn nguyên.
- Viêm phổi do *Pneumocystis carinii*.
- Bệnh do *Toxoplasma* ở não.
- Bệnh do Cytomegalovirus ở ngoài gan, lách hoặc các hạch lympho.
- Nhiễm herpes simplex virus ở da, niêm mạc trên 1 tháng hoặc ở nội tạng.
- Bệnh lý não trắng đa ổ tiến triển.
- Nhiễm Candida thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi.
- Nhiễm *Mycobacteria* không điển hình toàn thân.
- Nhiễm trùng huyết do salmonella không phải thương hàn.
- Lao ngoài phổi.
- Các u lympho.
- Sarcoma Kaposi.
- Bệnh lý não do HIV: Rối loạn chức năng nhận biết hoặc rối loạn chức năng vận động (làm ảnh hưởng tới hoạt động hàng ngày, tiến triển hàng tuần tới hàng tháng mà không có một bệnh tật hoặc trạng thái nào ngoài HIV đang diễn ra có thể giải thích được).

5. CÁC XÉT NGHIỆM

5.1. Tìm kháng thể với HIV bằng các xét nghiệm

- ELISA (thăm dò miễn dịch men).
- Ngưng kết Latex.
- Kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp.
- Thăm dò miễn dịch hạt nhân.

5.2. Các xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng nguyên P₂₄.

5.3. Nuôi cấy HIV.

5.4. Phản ứng chuỗi polymerase khuếch đại gen (PCR).

Hiện chưa sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Ngoài các xét nghiệm trên, tùy tình trạng lâm sàng của từng bệnh nhân mà có thêm các xét nghiệm bổ sung khẳng định các bệnh chỉ điểm hoặc nhiễm trùng cơ hội; ví dụ tìm P. Carinii trong đờm, Cryptococcus neoformance trong dịch não tủy...

5.5. Xét nghiệm về miễn dịch

Đếm tế bào CD₄: Bình thường là 450- 1280 TB/mm³.

CD₈: Bình thường là 258-800 TB/ mm³.

Tỷ lệ CD₄/CD₈: Bình thường là 1,4- 2,2.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị trực tiếp trên HIV

Zidomdin: 200 mg x 6 lần/ ngày.

Hoặc Didanoime 0,5 mg/kg/ngày.

6.2. Điều trị phục hồi miễn dịch

- Dùng các cytokin .
- Dùng chất kích thích sinh trưởng bạch cầu hạt và đại thực bào (GM-CSF).

6.3. Điều trị nhiễm trùng cơ hội

- Viêm phổi do P. Carinii: Bactrim hoặc Pentamidin.
- Nấm Candida ở miệng: Nystatin.
- Nấm Cryptococcus : Amphotericin B +Flucytocin.
- Cytomegalovirus: Dùng Ganciclovir hoặc Foxanet...

6.4. Điều trị sớm bằng thuốc ức chế HIV phát triển

Ở người có huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính, tuy không có triệu chứng mà $CD_4 < 200/mm^3$, dùng Zidrudin 600mg/ ngày.

7. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG

7.1. Phòng chống lây 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 thủy chung.
- Giáo dục tình dục an toàn, vận động dùng bao cao su.
- Khống chế nạn mại dâm, xử lý nghiêm khắc chủ chứa.
- Có chương trình điều trị và dự phòng bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục kết hợp với chương trình lây lan HIV.

7.2. Phòng chống lây lan qua đường máu

- Qua máu:
 - Kiểm tra HIV tất cả các mẫu máu truyền.
 - Hiến máu tự nguyện.
 - Phát hiện HIV ở các mẫu máu bằng kỹ thuật tin cậy nhất.
- Qua 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 sản phẩm đã được 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, ngăn chặn các ổ tiêm chích và đặc biệt quan tâm tới những người dùng bơm, kim tiêm chung trong tiêm chích ma túy.
- Cai nghiện và tạo việc làm cho người nghiện ma túy.
- Tuân thủ nguyên tắc tiệt trùng thực hành y học.
- Tiến tới chỉ dùng bơm, kim tiêm 1 lần.
- Giáo dục và quy định nguyên tắc tiệt trùng các dụng cụ chuyên gia như xăm mình, bấm lỗ tai.

7.4. Phòng chống lây lan qua việc cho tinh dịch và ghép cơ quan.

7.5. Ngăn chặn lây nhiễm chu sinh từ mẹ sang con.

7.6. Làm giảm tác động tiêu cực của nhiễm HIV trên cá nhân và cộng đồng.

Cần có tổ chức đồng viên người nhiễm HIV biết giữ gìn sức khoẻ, đừng làm lây lan sang người khác và hỗ trợ vào cộng đồng. Đây là vấn đề lớn vì số người nhiễm HIV trong xã hội ngày càng tăng.

7.7. Phòng nhiễm HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay xà phòng trước khi và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân, nếu da bị tổn thương hoặc viêm da xuất tiết thì không trực tiếp sờ bệnh nhân.
- Đeo găng tay khi tiếp xúc với bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
- Kim tiêm, dao mổ nhỏ và những thiết bị sắc nhọn khác phải được cầm cẩn thận để tránh làm bị thương.
- Mặc quần áo, tạp dề bảo vệ khi làm các phẫu thuật, thủ thuật và phải thay đổi sau mỗi lần dùng.
- Dùng kính bảo vệ mặt, khẩu trang.
- Tránh hồi sức miệng miệng mà thay bằng các phương tiện hồi sức khác.
- Tất cả tử thi phải được coi như có khả năng lây nhiễm ở tất cả bề mặt và thiết bị lây nhiễm trong quá trình mổ xác.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

Chủ yếu là công tác tư vấn đối với người nhiễm HIV/AIDS, cán bộ y tế phải biết mình ở vị trí săn sóc nên phải tôn trọng phẩm cách cá nhân và có thái độ đúng mức giữa nhân viên y tế và người bệnh.

Y tế phải hiểu là có nhiều người tham gia săn sóc và hỗ trợ bệnh nhân (như gia đình, bạn bè, tổ chức tôn giáo, câu lạc bộ...) để giúp bệnh nhân duy trì cuộc sống của họ trong cộng đồng.

9. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG

1. Ỉa chảy: Do Sarcoma Kaposi, cryptosporidium, Cytomegalovirus, do thuốc.

- Bệnh ngoài da quanh hậu môn: Sau mỗi lần đi ngoài rửa hậu môn bằng nước ấm, xà phòng, bôi thuốc.

- Khuyến khích ăn lỏng, bồi phụ nước và điện giải.

- Cứ 2 giờ cho ăn 1 lượng thức ăn ít chất thô.

- Sử dụng thuốc chống ỉa chảy theo đơn.

2. Buồn nôn và nôn: Có thể do các nguyên nhân trên và thêm P. carinii.

+ Nếu nôn thì không được ăn gì trong 2 giờ đầu, sau đó ăn lỏng.

3. Sốt: Do nhiễm trùng

4. Khó thở: Do viêm phổi bởi P. carinii, Sarcoma Kaposi, Lao.

5. Rối loạn tri thức do

- Trầm cảm.
- Nhiễm HIV.
- Các nhiễm trùng khác.
- Thuốc.

6. Mệt mỏi do

- Nhiễm HIV.
- Thay đổi tình trạng dinh dưỡng.

7. Các tổn thương ngoài da

- Do Zona.

+ Vệ sinh răng miệng, tránh nhiễm trùng.

+ Sử dụng thuốc chống nôn theo đơn trước bữa ăn 30 phút.

+ Nếu nôn kéo dài gây rối loạn toan-kiềm thì bù dịch bằng Oresol.

- Kẹp nhiệt độ 4 giờ 1 lần.

- Dùng thuốc hạ sốt theo đơn.

- Khuyến khích uống các chất dịch nếu hấp thu được.

- Tắm cho bệnh nhân bằng nước ấm, chườm lạnh bằng túi nước đá.

+ Đánh giá tình trạng hô hấp cứ 2 giờ 1 lần: ho, tím tái, nhịp thở.

+ Giúp cải thiện hô hấp: nằm đầu cao, thở oxy nếu cần.

- Đánh giá tình trạng tinh thần cơ bản.

- Tránh làm cho bệnh nhân phật ý vì có thể làm cho họ lo lắng.

- Sử dụng các biện pháp để phục hồi trí nhớ như: sử dụng các vật dụng gia đình, lịch...

- Khuyến khích nghỉ ngơi đều đặn xen kẽ với hoạt động.

- Giúp đỡ bệnh nhân vệ sinh, vận động, ăn uống và trợ giúp tinh thần.

- Thay đổi tư thế 2 giờ/ 1 lần.

- Sarcoma Kaposi.
- Rửa và lau khô da hàng ngày.
- Do nấm.
- Để hở thương tổn.
- Vệ sinh răng miệng 3 lần/ ngày.

Tự lượng giá

1. AIDS là một bệnh do HIV gây nên:
 - A. Đúng
 - B. Sai
2. AIDS là hậu quả của một quá trình suy giảm miễn dịch do virus HIV làm mất sức đề kháng của cơ thể dẫn đến dễ mắc bệnh nhiễm trùng cũng như ung thư:
 - A. Đúng
 - B. Sai.
3. Các đường lây truyền chủ yếu của HIV là (nêu 3 đường chính):
 - A. Nước bọt.
 - B. Máu và sản phẩm máu.
 - C. Nước mắt.
 - D. Tình dục.
 - E. Tiêm chích.
 - F. Côn trùng đốt.
4. Test phát hiện kháng thể HIV (+) có nghĩa là:
 - A. Bị AIDS.
 - B. Bị nhiễm virus HIV.
5. Nhiễm HIV trong thời kỳ đầu thường:
 - A. Không có biểu hiện lâm sàng.
 - B. Có biểu hiện lâm sàng điển hình.
6. AIDS là:
 - A. Một bệnh.
 - B. Một hội chứng gồm nhiều bệnh khác nhau do hậu quả của suy giảm miễn dịch.
7. Phải xét nghiệm HIV cho:
 - A. Tất cả dân chúng.
 - B. Nhóm người có nguy cơ cao (tình dục đồng giới, tiêm chích, mại dâm).
8. Nêu 5 biện pháp phòng chống nhiễm HIV chủ yếu:
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....

4.....

5.....

9. Nhân viên y tế có thể lây nhiễm HIV từ bệnh nhân nhiễm HIV do:

A. Tiếp xúc thông thường.

B. Kim đâm, tiếp xúc với dịch tiết của bệnh nhân qua da bị tổn thương.

BỆNH CÚM VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh cúm.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cúm.

1. ĐỊNH NGHĨA

Cúm là bệnh truyền nhiễm cấp tính ở đường hô hấp do virus Influenzae, dễ phát thành dịch lớn Bệnh thường lành tính, tự giới hạn nhưng vẫn có thể bị biến chứng nặng. Nên phân biệt bệnh cúm với một tình trạng cảm lạnh thông thường (Common cold) do nhiễm lạnh (tắm, đi mưa..) và nhiễm một số virus khác.

2. MẦM BỆNH

Virus gây bệnh cúm thuộc họ Orthomyxovirus hình cầu, có 3 nhóm A, B và C, giống nhau về tính chất sinh học (gây nhiễm ở phổi gà, ngưng kết hồng cầu invitro, có ái tính với tế bào thượng bì hô hấp của động vật hữu nhũ...) nhưng khác nhau về tính chất kháng nguyên, không có hiện tượng miễn dịch chéo.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh và người lành mang virus là nguồn nhiễm duy nhất. Virus có mặt trong các hạt chất tiết đường hô hấp khi người bệnh hắt hơi, ho... Virus có mặt rất sớm, đạt số cao nhất sau 48 giờ, sau đó giảm nhanh.

3.2. Đường truyền nhiễm

Đường hô hấp, virus bám lên tế bào thượng bì phế quản.

3.3. Dịch cúm

Xảy ra nhiều vào mùa đông - xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.

Virus A gây các vụ dịch nhỏ, dịch lưu hành địa phương hay đại dịch toàn thế giới, trong khi đó các virus B và C chỉ gây bệnh lẻ tẻ hoặc thành các dịch nhỏ trong trường học, trại lính...

Thường dịch cúm kéo dài 15 ngày đến 1 tháng.

4. BỆNH SINH

Virus bám trên tế bào thượng bì hô hấp để tăng trưởng và gây hoại tử tế bào. Mức độ nặng, nhẹ của bệnh tùy thuộc vào số lượng virus nhiễm.

Miễn dịch với virus xuất hiện nhanh nhưng không bền vững, chỉ miễn dịch được 1-2 năm.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

24-48 giờ, có trường hợp 3 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát

- Sốt cao đột ngột 39-40°C kèm ớn lạnh hoặc lạnh run.
- Mệt mỏi, cảm giác kiệt sức
- Nhức đầu, đau mình.
- Ho khan.

5.3. Thời kỳ toàn phát

5.3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn:

- Sốt 39-40 °C liên tục.
- Mặt đỏ bừng.
- Biếng ăn, lưỡi trắng.
- Tiểu ít.
- Mệt lả.
- Chảy máu cam: Nếu có thì là dấu chứng quan trọng.

5.3.2. Hội chứng đau:

- Nhức đầu dữ dội và liên tục gia tăng khi sốt cao hoặc ho gắng sức, thường đau ở vùng trán, vùng trên hốc mắt.

- Đau cơ toàn thân, nhất là ở ngực, thắt lưng, chi dưới.
- Bệnh nhân cảm thấy nóng, đau vùng trên xương ức (do tổn thương thượng bì khí quản).

5.3.3. Hội chứng hô hấp: Xuất hiện sớm, từ những ngày đầu.

- Hắt hơi, sổ mũi, đỏ mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác khô và rát họng.
- Ho khan, khàn tiếng.
- Triệu chứng viêm phế quản cấp, viêm phổi: Ho, khó thở, khạc đờm.

5.3.4. Các rối loạn tiêu hoá và thần kinh:

Ít gặp, có thể tiêu chảy, có dấu màng não, liệt nhẹ.

5.4. Lui bệnh

Sau 2 -5 ngày sốt giảm.

Ho và đau ngực giảm chậm hơn.

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Bội nhiễm

Gặp ở người già, suy dinh dưỡng.

- Viêm xoang trán, viêm tai giữa, viêm thanh quản, viêm xương chũm...
- Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi.
- Viêm màng não mủ.
- Nhiễm trùng huyết.

6.2. Tim mạch

- Viêm cơ tim.
- Viêm màng ngoài tim.

6.3. Thần kinh

- Viêm não.
- Viêm tuỷ cắt ngang.

6.4. Viêm cơ

7. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

7.1. Dịch tễ học

7.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Hội chứng hô hấp.

7.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu bình thường hoặc hơi tăng, khi tăng trên $15.000/\text{mm}^3$ phải để phòng bội nhiễm.
- Phân lập virus từ phết họng.
- Phản ứng huyết thanh (ức chế ngưng kết hồng cầu cố định bổ thể, ELISA): Làm 2 lần cách nhau 10-14 ngày, hiệu giá kháng thể tăng gấp 4 lần có giá trị chẩn đoán.

8. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ ngơi.
- Giảm đau, hạ nhiệt bằng acetaminophen, salicylat.
- Kháng histamin.
- Giảm ho.
- Cung cấp nước và điện giải.
- Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Gần đây, có Amantadin là thuốc đặc trị, có hiệu quả với virus Influenzae A.

9. DỰ PHÒNG

- Phát hiện và cách ly bệnh nhân.
- Tránh tiếp xúc, tránh tụ tập đông người.
- Vệ sinh hàng ngày.
- Tăng sức đề kháng cơ thể.
- Chủng ngừa bằng vaccin chế tạo từ virus Influenzae A và B.
- Uống ngừa bằng Amantadin.

10. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH CÚM

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí cho thở oxy.
- Bệnh cúm nặng: Cúm ác tính hoặc cúm ngạt. Bệnh nhân khó thở tăng nhanh, tím tái và ho ra máu liên tục.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch – huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Có biến chứng tim mạch.

10.1.3. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Hội chứng hô hấp.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Đo nước tiểu 24 giờ.
- Xem bệnh án để biết:
- + Chẩn đoán.
- + Chỉ định thuốc.
- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- + Yêu cầu dinh dưỡng.
- Cúm ác tính dẫn đến mê sảng.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

10.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu chi.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân.

10.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Cúm ác tính dùng thuốc nâng huyết áp khi bệnh nhân có tụt huyết áp mặc dù đã truyền đủ dịch.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

10.3.3. Theo dõi các biến chứng:

- Biến chứng do bội nhiễm: Tai, mũi, họng, phổi, màng phổi, viêm màng não mủ, nhiễm trùng huyết.
- Biến chứng tim mạch.
- Biến chứng thần kinh, viêm cơ.

10.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

10.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng:

- Cho nghỉ ngơi đến khi hết sốt.
- Giữ ấm cho bệnh nhân.
- Lau mát nếu có sốt cao.
- Chườm đá ở trán nếu có nhức đầu.
- Súc miệng nước muối sinh lý hàng ngày.

- Vệ sinh mắt, mũi.
- Vệ sinh da: Tắm với nước ấm.
- Tẩy uế các chất bài tiết.
- Nuôi dưỡng:
 - + Sốt cao cho thức ăn lỏng, dễ tiêu.
 - + Thức ăn có nhiều vitamin C để nâng cao sức đề kháng.
 - + Nặng cho ăn qua đường thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương qua đường tĩnh mạch.
- Để tránh lây lan.

10.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Hạn chế sinh hoạt, tụ họp đông người trong thời gian dịch bùng phát.
- Rửa tay thường xuyên bằng nước muối.
- Tránh để bị nhiễm lạnh, lao động quá sức.
- Chủng ngừa bằng vaccin đa giá.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.

10.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

- Sốt giảm (sốt kéo dài từ 2-5 ngày rồi giảm đột ngột). Bệnh nhân vã mồ hôi nhiều, tiểu nhiều, các dấu hiệu đau nhức, viêm họng đỡ dần rồi hết hẳn sau 7-10 ngày (cảm thông thường).
- Bệnh nhân hết mệt mỏi, ăn ngon và ngủ được.

Tự lượng giá

Phân biệt đúng sai các câu từ 1 đến 3 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

1. Các virus *influenzae* A, B và C giống nhau về tính chất sinh học, nhưng khác nhau về tính chất kháng nguyên, không có hiện tượng miễn dịch chéo.

A. (Đúng).

B. (Sai).

2. Chảy máu cam (nếu có) là dấu chứng quan trọng trong thời kỳ toàn phát.

A. Đúng

B. Sai

3. Trong thời kỳ lui bệnh, ho và đau giảm trước, sốt giảm sau:

A. Đúng.

B. Sai.

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 5 đến 7 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu.

4. Điều trị đặc hiệu bệnh cúm do virus Influenzae A bằng thuốc Amantadin.

A. Đúng .

B. Sai.

5. Khi xâm nhập ký chủ, virus Influenzae bám lên:

A. Hồng cầu.

B. Tế bào gan.

C. Bạch cầu.

D. Tế bào thượng bì phế quản.

6. Bội nhiễm có thể xảy ra ở các cơ quan:

A. Tai, mũi, họng

B. Phổi, màng phổi.

C. Màng não.

D. Cả A,B và C.

7. Khoanh tròn câu đúng nhất: Amantadin có hiệu quả với:

A. Virus Influenzae A

B. Virus Influenzae B

C. Virus Influenzae C

D. Cả A,B và C.

8. Trong bệnh cúm thường bạch cầu không tăng cao, khi tăng lên $15.000/\text{mm}^3$ phải nghĩ đến...

9. Liệt kê 4 hội chứng lâm sàng chính của bệnh cúm thời kỳ toàn phát.

A.....

B.....

C.....

D.....

10. Kể 4 biến chứng của bệnh cúm:

A.....

B.....

C.....

D.....

11. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cúm.

SỐT BẠI LIỆT VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh sốt bại liệt.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt bại liệt.

1. ĐỊNH NGHĨA

Sốt bại liệt là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do Poliovirus lây truyền theo đường tiêu hoá. Virus cùng một lúc gây tổn thương ở nhiều cơ quan, đặc biệt ở hệ thần kinh vận động đưa đến liệt ngoại biên thường ở chi dưới, còn gọi là bệnh viêm tuỷ xám sừng trước cấp tính (PAA).

2. MÂM BỆNH

Poliovirus là một loại ARN virus đường ruột, rất nhỏ, mọc dễ dàng trong tế bào thận người, thận khỉ, tế bào Kela và tế bào màng nhau người. Virus sống được nhiều ngày ở môi trường bên ngoài, nó dễ mất hoạt tính ở 56°C, bởi dung dịch formalin, clor và tia cực tím.

Có 3 typ huyết thanh:

- Typ I: Brunhild.
- Typ II: Lansing
- Typ III: Leon.

Không có miễn dịch chéo giữa các typ.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh và người mang virus. Ở giai đoạn đầu, có virus ở trong họng, ở giai đoạn sau, có virus trong phân. Số người mang virus cao là nguồn nhiễm quan trọng nhất.

3.2. Đường truyền nhiễm

Lây nhiễm chủ yếu qua đường tiêu hoá, nuốt thức ăn, uống nước... có ô nhiễm phân bệnh nhân.

3.3. Khối cảm thụ

Bệnh thường gặp ở trẻ em. Các yếu tố thuận lợi cho bệnh xảy ra là:

- Nguồn nước bị ô nhiễm phân bệnh nhân.
- Trẻ dưới 5 tuổi.
- Trẻ chưa được tiêm chủng hoặc tiêm chủng chưa đầy đủ.

Sốt bại liệt xảy ra ở khắp thế giới, tập trung nhiều ở những nước đang phát triển. Bệnh xảy ra quanh năm ở vùng nhiệt đới.

4. BỆNH SINH

Quá trình bệnh sinh lần lượt qua 3 giai đoạn:

4.1. Giai đoạn xâm nhập và tăng sinh: 2 ngày đầu

Sau khi xâm nhập qua miệng hoặc đường hô hấp virus đến họng và đường tiêu hoá dưới. Từ đây, chúng lan đến các hạch bạch huyết khu vực và tăng sinh. Người ta tìm thấy virus trong dịch nhót cổ họng và trong phân.

4.2. Giai đoạn nội tạng

Từ ngày thứ 3, virus vào máu rồi đến hệ thần kinh trung ương, các cơ quan nội tạng, da và niêm mạc. Người ta có thể tìm thấy virus trong phân, dịch nhót cổ họng và máu.

4.3. Giai đoạn xâm nhập, tăng sinh ở hệ thần kinh trung ương

Virus từ các cơ quan nội tạng vào máu lần thứ hai để đến hệ thần kinh trung ương lần nữa. Kháng thể bắt đầu xuất hiện và virus biến mất dần ở cơ quan nội tạng.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Nhiễm Poliovirus không triệu chứng

Chiếm 90-95% các trường hợp. Chẩn đoán dựa vào việc phân lập virus trong phân hoặc sự có mặt của kháng thể trong máu.

5.2. Sốt bại liệt thể tuỷ sống

5.2.1. Ủ bệnh: 8-10 ngày.

5.2.2. Khởi phát (giai đoạn tiền liệt): 3-5 ngày.

a. Hội chứng nhiễm khuẩn:

- Sốt 39-40°C, không lạnh run, không co giật, kéo dài vài ngày; các triệu chứng giảm khi xuất hiện liệt.
- Viêm họng.
- Táo bón hay tiêu chảy.

b. Dấu hiệu thần kinh:

- Đau xương sống thắt lưng, đau chi, đau ở các cơ sấp liệt.
- Hội chứng màng não: nhức đầu, nôn, sợ ánh sáng, tăng cảm giác...
- Mất phản xạ, bí tiểu, rối loạn thần kinh thực vật.

5.2.3. Toàn phát (giai đoạn liệt):

- Sốt giảm.
- Đau giảm.
- Liệt xuất hiện đột ngột, và nhanh ở nhiều nơi:
 - + Chi dưới liệt ngọn chi.
 - + Chi trên liệt ở gốc chi.
- Đặc điểm của liệt:
 - + Liệt mềm ngoại biên.
 - + Liệt không đồng đều.
 - + Teo cơ nhanh và nhiều.
 - + Không có kèm rối loạn cảm giác, không rối loạn cơ tròn.
 - + Không có dấu hiệu tổn thương bó tháp.

5.2.4. Hồi phục:

- Từ tuần lễ thứ 2: Liệt giảm, cơ phục hồi dần.
- Sau 1-2 năm, nếu còn liệt thì mới kết luận liệt vĩnh viễn.

5.3. Sốt bại liệt thể hành tuỷ

- Thường phối hợp với thể tuỷ sống.
- Tổn thương các trung khu sinh tồn, như: Trung khu hô hấp làm bệnh nhân nấc, khó thở, thở không đều; trung khu tuần hoàn tổn thương gây giảm huyết áp, mạch không đều, tím tái, trụy tim mạch, tổn thương trung khu điều hoà thân nhiệt gây sốt cao, lơ mơ...
- Tổn thương nhân các dây thần kinh sọ IX, X, XII... gây khó thở, nói ngọng, nói giọng mũi, khó nuốt...

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Dịch tễ học.

6.2. Lâm sàng

Dựa vào

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Tính chất liệt.

6.3. Xét nghiệm

- Tìm virus trong máu, trong phân.
- Dịch não tủy biến đổi.
- Huyết thanh chẩn đoán.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc

- Dùng mọi biện pháp để cứu sống bệnh nhân.
- Giảm thiểu những bất lợi do bệnh gây ra.
- Giúp bệnh nhân phục hồi tốt.

7.2. Điều trị cụ thể như sau

* Ở giai đoạn khởi phát (chưa liệt).

- Để bệnh nhân nằm nghỉ thoải mái, hạn chế đi lại, hạn chế gắng sức.
- Cho vitamin B, acid folic, thuốc giảm đau.

* Trong giai đoạn toàn phát (liệt):

- Hồi sức hô hấp: Tư thế dẫn lưu, tích cực hút đờm nhớt, thở oxy, mở khí quản, bồi hoàn nước - điện giải, hô hấp nhân tạo.
- Hồi sức tuần hoàn: Bồi hoàn nước - điện giải đầy đủ, dùng dopamin, Isoproterenol.
- Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm:
 - + Hút đờm nhớt.
 - + Thông tiểu.
 - + Kháng sinh.
- Vật lý trị liệu: Cần tiến hành ngay sau khi hết sốt 3-4 ngày hoặc ngay sau khi ngừng liệt 2-3 ngày.
- Điều trị những rối loạn cảm xúc, tránh mặc cảm, tự ti.

8. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Chủng ngừa bằng:
 - + Vaccin Salk (khử hoạt): Tiêm.
 - + Vaccin Sabin (giảm độc lực): Uống.

Vaccin uống có ưu điểm: rẻ tiền, đạt hiệu quả cao (90-100%), tạo cả miễn dịch dịch thể và miễn dịch tại ruột.

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BẠI LIỆT

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi cách thông khí, cho thở oxy.
- Sốt bại liệt thể hành tuỷ gây khó thở không đều.
- Cần phân biệt suy hô hấp do liệt cơ hô hấp, liệt cơ hoành, do ứ đọng đờm nhớt...

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch – huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.
- Sốt bại liệt thể hành tuỷ làm tổn thương trung khu tuần hoàn gây hạ huyết áp, mạch không đều, đầu chi lạnh, tím tái, trụy mạch.

9.1.3. Tình trạng liệt: Tuỳ theo từng thể.

- Sốt bại liệt thể bệnh nhẹ.
- Sốt bại liệt thể không liệt.
- Sốt bại liệt thể liệt.
- Theo dõi tiến triển của thể liệt

9.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Đo lượng nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động, chú ý đau cơ.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng.
- Phân biệt các thể bại liệt.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp, để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí.

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

9.2.3. Theo dõi sự diễn tiến của bệnh.

9.2.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.

9.2.6. Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khoẻ.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Đặt canuyn Mayo (có thể cho nằm tư thế dẫn lưu: đầu thấp, chân cao, đầu nghiêng sang một bên).
- Hút đờm nhớt tích cực.
- Cho thở oxy.
- Có thể mở khí quản nếu bệnh nhân không còn khả năng tổng xuất đờm nhớt ra ngoài, chuẩn bị dụng cụ, canuyn, thuốc tê để mở khí quản và trợ thủ cho bác sĩ trong khi mở khí quản.
- Bệnh nhân không tự thở được phải bóp bóng ambu, nếu có cơn ngừng thở dùng hô hấp nhân tạo dưới áp lực dương.
- Theo dõi sát nhịp thở và tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Sốt bại liệt cao dễ gây liệt cơ hô hấp, liệt hành tủy gây suy hô hấp nặng.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.

- Chuẩn bị ngay dịch truyền, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi mạch - huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Chỉ dùng thuốc nâng huyết áp khi có tụt huyết áp mà đã bù đủ dịch.
- Bệnh nhân có dấu hiệu suy tuần hoàn do tổn thương hành tuỷ, do thiếu nước, điện giải, do nhiễm trùng.

9.3.3. Theo dõi diễn tiến của bệnh:

Tuỳ theo vị trí tổn thương, sốt bại liệt thể liệt có các thể lâm sàng là:

- Sốt bại liệt thể tuỷ sống.
- Sốt bại liệt thể hành tuỷ.
- Sốt bại liệt thể tuỷ sống - hành tuỷ.
- Sốt bại liệt thể não.
- Tuỳ theo thể lâm sàng có sự diễn tiến khác nhau. Thường khi có liệt thì nhiệt độ giảm dần. Nếu nhiệt độ vẫn cao tình trạng xấu.
- Đặc biệt là liệt hầu họng sẽ có các dấu hiệu nhiễm trùng phổi.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác, kịp thời:

- Thuốc.
- Các xét nghiệm:
 - + Ngoáy họng, dịch não tuỷ.
 - + Thử phân.
 - + Huyết thanh chẩn đoán.
 - + Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ, thuốc men, trợ thủ bác sĩ chọc dò tuỷ sống.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Nghỉ ngơi trên giường phẳng cứng, chân tay để ở tư thế cơ năng.
- Đắp ấm các chi đầu 2-4 giờ/1 lần, mỗi lần từ 15 đến 30 phút.
- Lau mát nếu nhiệt độ cao.
- Bí tiểu: Xoa nhẹ bằng quang hoặc đắp ấm.
- Vệ sinh răng miệng, tai, mắt, mũi.
- Vệ sinh da: tắm nước ấm, giữ da tránh loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết, đồ dùng cá nhân.
- Nuôi dưỡng:
 - + Cho ăn lỏng, dễ tiêu trong giai đoạn sốt.
 - + Liệt hầu họng cho ăn sệt hoặc cho ăn qua thông dạ dày.
 - + Khẩu phần ăn đủ chất dinh dưỡng giúp cho bệnh nhân có đủ sức đề kháng bệnh.

- + Tập vận động: bắt đầu tập khi bệnh nhân hết sốt 3-4 ngày hoặc khi ngừng liệt, mặc dù có một số trường hợp còn đau cơ kéo dài. Thời gian tập vận động thường là 2 năm, sau 2 năm còn di chứng mới làm phẫu thuật chỉnh hình.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân và gia đình của bệnh nhân.
- Cách ly bệnh nhân ở bệnh viện khoảng 2 tuần, khi có dịch xảy ra tránh tụ tập những đám đông hoặc hạn chế sinh hoạt tập thể.
- Bệnh nhân trong vùng dịch tế cần cân nhắc khi nạo VA và cắt amydal.
- Tiêm chủng: Vaccin Salk.
- Uống chủng: Vaccin Sabin, là loại thuốc chủng được làm bằng virus sống giảm độc lực, có ưu điểm:
 - + Sau khi uống virus tăng sinh tại ruột và tạo được miễn dịch dịch thể và miễn dịch tại ruột.
 - + Đạt hiệu quả cao 90-100%.
 - + Rẻ tiền.
 - + Chống chỉ định: Khi trẻ bị tiêu chảy.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.

9.4. Đánh giá

Hiện không có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là hồi sức trong thể nặng và điều trị triệu chứng trong thể nhẹ. Điều dưỡng cần theo dõi sát trong hai tuần lễ để phát hiện dấu hiệu liệt và sau hai tháng để phát hiện những tổn tại có thể có.

Tự lượng giá

Phân biệt đúng sai các câu 1,2 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

1. Vì không có miễn dịch chéo giữa 3 typ I, II, III nên một người có thể bị sốt bại liệt 3 lần trong đời.

A. Đúng.

B. Sai.

2. Nhiễm Poliovirus không triệu chứng rất phổ biến, chiếm 90-95% các trường hợp:

A. Đúng.

B. Sai.

Khoanh tròn đầu câu trả lời đúng nhất cho câu hỏi từ 3 đến 5.

3. Đường truyền nhiễm chủ yếu của sốt bại liệt là:

A. Máu.

B. Tiêu hoá.

C. Hô hấp.

D. Tiết niệu.

4. Các triệu chứng sau là đặc trưng cho liệt do Poliovirus, trừ:

A. Liệt mềm, không đồng đều.

B. Teo cơ nhanh và nhiều.

C. Có rối loạn cảm giác.

D. Không có dấu hiệu bó tháp.

5. Vaccin Sabin có đặc điểm sau, trừ:

A. Rẻ tiền.

B. Hiệu quả 90-100%.

C. Chủng ngừa bằng cách tiêm dưới da.

D. Tạo miễn dịch dịch thể và miễn dịch tại ruột.

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi 6,7,8.

6. Để gây sốt bại liệt, Poliovirus từ khi xâm nhập cơ thể đến lúc gây bệnh đã qua máu (A)... lần và đến hệ thần kinh trung ương (B)... lần.

7. Trong sốt bại liệt thể tuỷ sống, liệt xuất hiện khi đau...A, sốt...B.

8. Vật lý trị liệu nên tiến hành sớm, ngay sau khi ngừng liệt... ngày.

9. Ghép yếu tố bên trái với yếu tố bên phải: trong sốt bại liệt thể hành tuỷ:

Tổn thương trung khu.

Triệu chứng.

A. Hô hấp.

a, Giảm huyết áp, tím tái.

B. Tuần hoàn.

b, Sốt cao, lơ mơ.

C. Điều hoà thân nhiệt.

c, Nói ngọng, khó nói.

D. Nhân thần kinh sọ.

d, Nấc, thở không đều.

10. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bại liệt.

BỆNH SỞI VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, các biến chứng, phương pháp điều trị và phòng bệnh sởi.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sởi.

1. ĐỊNH NGHĨA

Sởi là bệnh nhiễm virus, rất dễ lây, thường gặp ở trẻ em, đặc điểm là viêm long ở kết mạc mắt, niêm mạc đường hô hấp và tiêu hoá, sau đó phát ban đặc hiệu ngoài da. Bệnh thường lưu lại những biến chứng nặng ở trẻ em.

2. MẦM BỆNH

Mầm bệnh thuộc nhóm ARN Paramyxovirus, người là ký chủ tự nhiên. Virus được tìm thấy trong dịch ở họng và máu bệnh nhân ở cuối thời kỳ ủ bệnh và một thời gian ngắn sau khi phát ban. Nó có thể sống ít nhất 34 giờ trong không khí, không chịu được sự khô ráo. Có thể cấy virus trên tế bào thận người và nhau người.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh

Trẻ bị bệnh, đặc biệt là trong giai đoạn đầu trước khi phát ban.

3.2. Đường lây truyền

Khi bệnh nhân hắt hơi, ho, nói chuyện, các hạt dịch nhầy trong chứa đầy virus bắn ra ngoài, lơ lửng trong không khí và bám vào đường hô hấp trên của người khác.

3.3. Khối cảm thụ

Tất cả trẻ em chưa có miễn dịch đều có thể nhiễm virus, lứa tuổi bị nhiều nhất là 2-6 tuổi.

Bệnh dễ phát thành dịch theo chu kỳ 2-4 năm một lần. Tuy nhiên, người ta vẫn gặp bệnh ở khắp nơi và quanh năm, mùa mưa nhiều hơn mùa nắng.

4. BỆNH SINH

Virus xâm nhập tế bào niêm mạc của đường hô hấp trên, sau đó thoát vào máu và tăng sinh trong tế bào hệ lưới mô bào. Virus lan truyền qua đường máu đến da, ban đỏ chính là viêm vách huyết quản, nơi có sự lắng đọng kháng nguyên - kháng thể. Sự hoại tử tế bào thượng bì và sự có mặt các tế bào khổng lồ có nhiều nhân là đặc trưng của các thương tổn.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh: 10-12 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát: (Thời kỳ viêm long) 4-5 ngày.

5.2.1. Hội chứng nhiễm khuẩn:

Xuất hiện sốt 38,5-40°C, kèm theo mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp.

5.2.2. Xuất tiết niêm mạc:

- Triệu chứng luôn có ở mắt: Đỏ kết mạc, chảy nước mắt, phù mi mắt, sợ ánh sáng.
- Ở mũi: Sổ mũi, hắt hơi, hiếm khi chảy máu cam.
- Ở thanh, phế quản: Khàn tiếng, ho khan, hay có đờm, khô khè.
- Ở hệ tiêu hoá: Tiêu chảy, đôi khi đau bụng nhẹ.

5.2.3. Dấu Koplik:

Rất đặc thù cho bệnh sởi: Ở niêm mạc má ngang với răng hàm 1, niêm mạc màu đỏ hồng, trên có những chấm trắng nhỏ. Dấu koplik tồn tại 24-48 giờ và mất đi 1 ngày sau khi phát ban ở da.

5.3. Thời kỳ toàn phát: (Thời kỳ phát ban). Từ 5-7 ngày.

Trước khi nổi ban, nhiệt độ tăng vọt lên cao.

Ban có đặc điểm:

- Ban hồng, tròn, 3-6 mm, rải rác hay từng đám.
- Bắt đầu ở chân tóc, sau tai, rồi lan dần đến nơi khác theo thứ tự: mặt, cổ, lưng, bụng và các chi, sau khi lan khắp cơ thể, ban có thể tồn tại 2-3 ngày rồi lặn đi theo thứ tự như khi lên ban, để lại các vết thâm như các vết da hổ.
- Khi ban xuất hiện, các dấu hiệu lâm sàng khác giảm dần.

5.4. Hồi phục

Bệnh nhân ăn uống khá hơn, tổng trạng hồi phục lại dần.

Về lâm sàng có thể có:

- Sởi lành tính.
- Sởi ác tính: Phát ban ít, có hội chứng ác tính (sốt cao, mê sảng, xuất huyết, tiểu ít...), dễ đi đến tử vong.

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Viêm phổi

- Hoặc do chính virus sởi, hoặc do bội nhiễm phế cầu, liên cầu, tụ cầu vàng, Haemophilus Influenzae...
- Bệnh nhân vẫn tiếp tục sốt sau khi phát ban, ho, phổi có ran.

6.2. Viêm tai giữa

Xảy ra trong thời kỳ phát ban hay hồi phục. Bệnh nhân sốt cao, tai chảy mủ vàng, nếu can thiệp trễ màng nhĩ có thể bị thủng.

6.3. Viêm thanh quản

Có thể xuất hiện sớm trong thời kỳ viêm long hoặc trễ trong thời kỳ hồi phục. Bệnh nhân bị phù nề thanh quản, khàn tiếng, khó thở.

6.4. Viêm não tuỷ

Hiếm gặp nhưng biến chứng trầm trọng vì có thể dẫn đến tử vong.

6.5. Một số biến chứng khác

- Cam tẩu mã.
- Hoại tử môi, miệng, má.
- Loét giác mạc do thiếu vitamin A.
- Suy dinh dưỡng do kiêng ăn không đúng cách.

7. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố.

7.1. Dịch tễ học: Tiếp xúc (+), không tiêm chủng ngừa.

7.2. Lâm sàng

- Sốt.
- Xuất tiết.
- Dấu Koplik.
- Tính chất ban.

7.3. Xét nghiệm

- Tìm tế bào Warthin - Pinkeldey (tế bào khổng lồ đa nhân) ở dịch xuất tiết.
- Phản ứng huyết thanh học: Gia tăng hiệu giá 4 lần ở 2 lần thử có ý nghĩa chẩn đoán.
- Phân lập virus trong chất tiết.

8. ĐIỀU TRỊ

- Chưa có thuốc đặc trị.
- Điều trị ở đây chủ yếu là chữa triệu chứng, săn sóc, ngăn ngừa và điều trị biến chứng.

8.1. Dinh dưỡng: Thức ăn đầy đủ, dễ tiêu, chú ý cung cấp vitamin A.

8.2. Vệ sinh răng miệng, da, mắt để tránh nhiễm khuẩn, lở loét

8.3. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt: Acetaminophen.
- Cho uống nhiều nước.
- Giảm ho: Dextromethophan, Codein...
- Không dùng thuốc kháng sinh khi chưa có chỉ định.

8.4. Điều trị các biến chứng

- Bội nhiễm: Kháng sinh.
- Viêm thanh quản: cho thở oxy.

9. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh cá nhân và vệ sinh hoàn cảnh sống.
- Cách ly trẻ bệnh.
- Chủng ngừa theo lịch.

10. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH SỞI

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, chân, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí cho thở oxy.
- Bệnh sỏi có biến chứng viêm phổi, viêm não tuỷ

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

10.1.3. Tình trạng phát ban:

Đặc biệt là thời kỳ toàn phát.

- Trước khi phát ban có dấu hiệu Koplik.
- Đầu tiên ban mọc sau tai, sau lan dần ra hai bên má, cổ, ngực, bụng và ở phần chi trên.
- 24 giờ sau ban lan ra sau lưng, hông và chi dưới.
- Sau 2 – 3 ngày ban lan toàn thân.
- Ban màu hồng nhạt, ấn vào mất đi.
- Xen kẽ là những chỗ da lành.

10.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Viêm long:
 - + Ở mắt.
 - + Ở mũi.
 - + Ở đường hô hấp.
- Khám họng: Tìm dấu Koplik.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Đo nước tiểu 24 giờ.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp, để thực hiện kịp thời chính xác đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc

10.2.1. Bảo đảm thông khí.

10.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

10.2.3. Theo dõi các biến chứng.

10.2.4. Thực hiện các y lệnh:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

10.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.

10.2.6. Giáo dục sức khỏe.

10.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Cho thở o₂.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm nhớt.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân.

10.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dịch truyền qua đường tĩnh mạch, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Chỉ dùng thuốc nâng huyết áp khi bệnh nhân có tụt huyết áp mặc dù đã truyền dịch đủ.
- Tuỳ tình trạng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

10.3.3. Theo dõi, ngừa biến chứng:

- Viêm phổi.
- Viêm tai giữa.
- Viêm thanh quản.
- Viêm não tuỷ.
- Cam tẩu mã.
- Viêm ruột kéo dài.
- Loét giác mạc mắt.
- Suy dinh dưỡng nặng.
- Để phát hiện kịp thời và báo cáo bác sĩ điều trị các biến chứng

10.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác, kịp thời:

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

10.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng:

- Lau mát nếu có sốt cao.
- Co giật: Giữ an toàn bệnh nhân, cho thuốc chống co giật theo chỉ định.
- Giữ ấm cho bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi: Trẻ thường quấy khóc, bứt rứt.
- Vệ sinh răng, miệng, da, mắt: Súc miệng chà răng, rửa tay sạch, dùng kháng sinh nhỏ mắt, tắm rửa sạch sẽ để tránh những trường hợp nhiễm khuẩn lở loét như nhọt ở da, loét ép.
- Theo dõi đau nhức vùng tai, vùng xương chũm, có chảy nước mắt hôi không ? Chăm sóc tai nếu có viêm tai giữa.
- Theo dõi phân và dấu hiệu mất nước nếu tiêu chảy kéo dài.
- Tẩy uế phân, nước tiểu.
- Nuôi dưỡng:
 - + Không nên kiêng cử thái quá, dùng thức ăn có nhiều đạm, dễ tiêu để tăng mức độ dinh dưỡng, đặc biệt là vitamin A; nên cho uống vitamin A để tránh cho trẻ bị mù mắt.
 - + Không cho ăn được phải nuôi bằng truyền dịch hoặc cho ăn qua thông dạ dày để bệnh nhân có đủ chất dinh dưỡng.
- Biết được diễn tiến của bệnh.
- Sốt cao là có bội nhiễm và cần lau mát.
- Đặc biệt là vi khuẩn yếm khí tấn công gây cam tẩu mã.
- Bù nước, điện giải.

10.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân.
- Tránh tiếp xúc với trẻ lên sởi.
- Cách ly trẻ bệnh tại bệnh viện.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.

- **Chủng ngừa sởi:** khi 9 tháng tuổi. Thuốc chủng là **virus sởi sống giảm độc lực**. Cần chú ý đối với trẻ có bệnh cấp tính hoặc trẻ bị suy giảm miễn dịch. Hiện nay, thuốc chủng sởi có thể phối hợp với các loại thuốc chủng ngừa khác như sốt bại liệt, ho gà, uốn ván, bạch hầu; Hiệu lực các loại thuốc này không bị giảm đi.

10.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Thông thường sởi bay theo trình tự như khi xuất hiện, để lại những vết thâm trên mặt da.
- Bệnh nhân ăn uống khá hơn, tổng trạng hồi phục lại dần.

Tự lượng giá

Khoanh tròn đầu câu đúng nhất cho câu hỏi 1 và 2:

1. Virus gây bệnh sởi có mặt nhiều nhất ở cổ họng bệnh nhân trong thời kỳ:

- A. Ủ bệnh.
- B. Khởi phát.
- C. Toàn phát.
- D. Hồi phục.

2. Lứa tuổi bị bệnh sởi nhiều nhất là:

- A. 0-2 tuổi.
- B. 2-6 tuổi.
- C. 6-10 tuổi.
- D. 10-16 tuổi.

3. Nêu 3 triệu chứng lâm sàng chính của bệnh sởi:

3.1.....

3.2.....

3.3.....

4. Khoanh tròn đầu câu sai: Biến chứng sau đây không có trong bệnh sởi :

- A. Viêm phổi.
- B. Viêm tai giữa.
- C. Viêm tinh hoàn.
- D. Viêm não tuỷ.

5. **Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh sởi.**

QUAI BỊ VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, sinh bệnh học, phương pháp điều trị và phòng bệnh quai bị.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân quai bị.

1. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, do virus gây ra, bệnh thường lành tính với tổn thương chính là viêm tuyến nước bọt.

2. MẦM BỆNH

Mầm bệnh là một virus ARN thuộc họ Paramyxovirus. Người là ký chủ tự nhiên, virus được thải qua đường hô hấp, chúng dễ dàng cấy được trên tế bào thận khỉ, phôi gà.

3. DỊCH TỄ

Quai bị xảy ra ở khắp thế giới, nhiều nhất là vào mùa đông. Khoảng 30% trẻ em mang virus mà không có triệu chứng.

3.1. Nguồn nhiễm

Trẻ bệnh, lây nhiều nhất là 6 ngày trước và 2 đến 3 tuần sau khi sưng tuyến nước bọt.

3.2. Đường truyền nhiễm

Virus có trong nước bọt, rời bệnh nhân khi ho, hắt hơi.

3.3. Khối miễn cảm

- Trẻ em 4-16 tuổi hay bị bệnh nhất.
- Bệnh xảy ra quanh năm.
- Sau khi nhiễm, người bệnh có miễn dịch suốt đời.

4. BỆNH SINH

Virus xâm nhập đường hô hấp trên, sau đó theo đường máu đến tuyến nước bọt, tinh hoàn, buồng trứng, tụy tạng và trong một số trường hợp lên cả màng não.

Virus cũng có thể từ niêm mạc đi ngược ống Stensen (Stenon) để lên tuyến mang tai.

5. LÂM SÀNG

5.1. Ủ bệnh: 18 – 21 ngày.

5.2. Khởi phát: 24 – 48 giờ.

- Xảy ra đột ngột với sốt nhẹ, đau cổ họng, chán ăn, mệt mỏi, đau tai, nhai khó và đau, ấn vùng tuyến mang tai đau.

5.3. Toàn phát

5.3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn:

Sốt 39°C, mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn, khó chịu, đau mang tai khi nhai.

5.3.2. Viêm tuyến mang tai:

- 24 – 36 giờ đầu: Viêm một bên, sau đó lan sang bên kia, sưng nhiều nhất sau 1 tuần. Tuyến sưng to ở vùng trước tai, lan xuống hàm, da hơi đỏ nhưng không nóng, ấn vào có cảm giác đàn hồi.
- Khám họng: Lỗ ống Stensen viêm đỏ.
- Vùng hạch trước tai và góc hàm cũng to và đau.

5.4. Hồi phục

Sau 1 tuần, tuyến nhỏ dần và bớt đau.

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Viêm tinh hoàn

- Thường gặp ở thanh niên, sau tuổi dậy thì, xuất hiện vào ngày 7-10 sau khi viêm tuyến mang tai, đa số ở một bên.
- Triệu chứng báo hiệu: Sốt cao, ớn lạnh, đau bụng, nhức đầu.... Sau đó bừu và tinh hoàn sưng to (nóng đỏ, sưng đau).
- Bệnh khỏi sau 8-10 ngày, 30-40% bị teo tinh hoàn, nhưng chỉ có một số rất ít bị vô sinh.

6.2. Viêm màng não

- Thường gặp ở trẻ em, xuất hiện vào ngày 3-10 sau khi viêm tuyến mang tai.
- Bệnh nhân sốt cao, có đủ các triệu chứng của hội chứng màng não, nhưng cũng có khi giống viêm tuỷ cấp, sốt bán liệt.
- Dịch não tủy: Tế bào tăng nhẹ.

6.3. Ngoài ra còn có một số biến chứng khác ít gặp hơn

- Viêm tụy cấp.
- Viêm buồng trứng.
- Viêm cơ tim.
- Viêm tuyến giáp.
-

7. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

7.1. Dịch tễ học

- Chưa mắc bệnh lần nào.
- Có tiếp xúc với bệnh nhân.

7.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Viêm đau tuyến mang tai.

7.3. Xét nghiệm: (không cần thiết).

- Phân lập virus trong nước bọt, dịch não tủy, dịch cổ họng.
- Tìm kháng thể bằng các phương pháp huyết thanh học.
- Định lượng amylase máu.

8. ĐIỀU TRỊ

Không có thuốc đặc trị, chỉ điều trị triệu chứng.

- Nghỉ ngơi, nhất là khi bệnh nhân ở tuổi dậy thì, đắp ấm vùng tuyến mang tai. Cho thuốc hạ nhiệt.
- Thuốc giảm đau.
- Cách ly bệnh nhân.
- Chế độ ăn dễ nuốt.

Khi có viêm tinh hoàn:

- Dùng corticoid.
- Mặc quần lót nâng tinh hoàn.

9. DỰ PHÒNG

Chủng ngừa: Vaccin có khả năng bảo vệ cao, trong thời gian ít nhất 10 năm.

10. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH QUAI BỊ

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Nếu có suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch - huyết áp: Theo dõi mạch - huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Bệnh quai bị có biến chứng.
- Phát hiện tiền shock khi có biến chứng viêm tuyến cấp.

10.1.3. Tình trạng viêm tuyến nước bọt:

- Sốt nhẹ không làm lạnh run.
- Mạch nhỏ, huyết áp hạ dễ dẫn đến tình trạng shock, truy tìm mạch.
- Đau bụng.
- Biến chứng viêm cơ tim hay xảy ra từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 10.
- Đau góc hàm, sau đó tuyến mang tai to dần và đau nhức.
- Thường sưng cả hai bên.
- Tuyến mang tai lớn dần từ 1-3 ngày, sưng 1 tuần thì từ từ nhỏ lại.
- Da vùng tuyến đỏ, không nóng.
- Khó nuốt.

10.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Trường hợp nặng tuyến dưới hàm và dưới cằm sưng to.
- Theo dõi nước tiểu/ 24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Biến chứng viêm cầu thận cấp.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.

- Duy trì tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

10.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Có suy hô hấp cho thở o xy.
- Theo dõi nhịp thở.

10.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- + Mạch.
- + Huyết áp.
- + Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- + Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch, thuốc nâng huyết áp (khi cần) để thực hiện chỉ định của bác sĩ.
- + Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- + Tùy tình trạng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

10.3.3. Theo dõi các biến chứng:

Có thể gây các tổn thương ngoài tuyến nước bọt: - Theo dõi diễn biến của bệnh.

- Tổn thương thần kinh:
 - + Viêm màng não.
 - + Viêm não.
 - + Tổn thương thần kinh sọ não.
- Viêm tinh hoàn, mào tinh.
- Viêm tụy cấp.
- Biểu hiện ở các cơ quan khác:

- + Quai bị trong thai nghén.
- + Viêm buồng trứng.
- + Viêm cơ tim.
- + Viêm tuyến giáp.

10.3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

10.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Nằm nghỉ.
- Lau mát nếu có sốt cao.
- Đắp ấm vùng tuyến mang tai để giảm đau.
- Mặc quần lót nâng tinh hoàn, giảm căng và đau nhức.
- Săn sóc răng miệng: Tránh bội nhiễm và giúp bệnh nhân ăn ngon miệng.
- Tắm hàng ngày.
- Săn sóc mắt.
- Dinh dưỡng.
- + Cho ăn thức ăn dễ nuốt.
- + Tránh thức ăn lạnh, nóng, chua quá làm cho bệnh nhân đau và khó chịu.
- + Thức ăn dễ tiêu và giàu năng lượng.
- Tuỳ tình trạng từng bệnh nhân.
- Có thể dùng thuốc hạ nhiệt.
- Trong viêm tinh hoàn.

10.3.6. Giáo dục sức khoẻ:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân bệnh nhân.
- Khi chưa bị bệnh tránh tiếp xúc với bệnh nhân.
- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.
- Chủng ngừa:
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.

- + Chủng ngừa bằng vaccin sống giảm độc lực, có hiệu quả 90-98% các trường hợp tiếp xúc. Không tiêm chủng cho phụ nữ có thai, bệnh nhân bị dị ứng, đang sốt hay bệnh ung thư, bệnh về máu, đang dùng thuốc giảm miễn dịch, chất phóng xạ trị liệu.
- + Globulin miễn dịch chuyên biệt đối với quai bị: Tiêm bắp 10-20 ml trong 2-3 ngày sau khi tiếp xúc bệnh nhân. Chỉ phòng viêm tinh hoàn nhưng không ngăn chặn được viêm tuyến mang tai.

10.4. Đánh giá quá trình chăm sóc

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

Sau 1 tuần, tuyến mang tai nhỏ dần, bớt đau, các triệu chứng đau, khó nuốt giảm dần và từ từ khỏi bệnh.

Tự lượng giá

Khoanh tròn câu đúng nhất (từ câu 1-3):

1. Virus gây quai bị là:
 - A. Virus ADN.
 - B. Virus ARN.
 - C. Poliovirus.
 - D. Virus Influenzae.
 - E. Paramyxovirus.
2. Sau khi bị quai bị người bệnh có miễn dịch:
 - A. Suốt đời.
 - B. 1 tháng.
 - C. 3 năm.
3. Virus có thể từ đường hô hấp trên đến tuyến mang tai bằng cách:
 - A. Vào máu rồi đến tuyến nước bọt.
 - B. Đi ngược ống Stensen (Stenon) lên tuyến.
 - C. Xuống ruột non rồi vào máu đến tuyến.
 - D. A và B đúng.

Khoanh tròn đầu câu sai. (Cho các câu hỏi 4 và 5):
4. Các triệu chứng sau đây gặp trong giai đoạn toàn phát, trừ:
 - A. Sốt 39°C.
 - B. Nổi hạch trước tai và góc hàm.
 - C. Tuyến mang tai sưng to.
 - D. Sờ da ở mang tai thấy nóng.
5. Các điều sau đây có ở biến chứng viêm tinh hoàn, trừ:
 - A. Thường gặp ở thanh niên sau tuổi dậy thì.
 - B. Sốt cao, ớn lạnh.

- C. Nóng đỏ, sưng đau 2 tinh hoàn.
 - D. Rất ít bệnh nhân bị vô sinh.
6. Liệt kê các biến chứng của quai bị.
7. Khoanh tròn đầu câu đúng nhất:
Vaccin quai bị tạo khả năng bảo vệ ít nhất:
- A. 6 tháng.
 - B. 1 năm.
 - C. 5 năm.
 - D. 10 năm.
8. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc quai bị.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và dự phòng bệnh sốt xuất huyết.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt xuất huyết.

1. ĐỊNH NGHĨA

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra, bệnh có đặc điểm là xuất huyết và truy tìm mạch, bệnh nhân nếu không được điều trị kịp thời và đúng mức, dễ đi đến tử vong.

2. MẦM BỆNH

Virus Dengue thuộc nhóm Arbovirus, truyền qua vết đốt của muỗi. Có 4 typ gây bệnh cho người, có miễn dịch chéo. Virus Dengue rất mong manh, không sống được ở nhiệt độ bình thường; nhưng lại tồn tại khá lâu trong trạng thái đông lạnh hay đông khô. Virus cũng bị bất hoạt nhanh chóng bởi desoxycholat , các dung môi hữu cơ, các chất tẩy...

3. DỊCH TỄ

Sốt xuất huyết Dengue đang là vấn đề hàng đầu ở các nước Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Ngoài ra, theo ghi nhận của Tổ chức Y tế Thế giới thì một số nước châu Mỹ, châu Phi nhiệt đới, một số nước ôn đới Bắc Mỹ, Địa Trung Hải, Ấn Độ, Srilanka, một số đảo ở vịnh Caribe cũng có nguy cơ sốt xuất huyết.

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh là nguồn nhiễm, trong suốt thời gian bệnh có virus trong máu.

Phần lớn bệnh nhân là trẻ em. Nhưng trẻ đã nhiễm virus một lần, nếu nhiễm lần nữa thì dễ bị rơi vào tình trạng shock.

3.2. Trung gian truyền nhiễm

Muỗi Aedes Aegypti cái đi hút máu bệnh nhân là có thể truyền bệnh ngay. Loại muỗi này sống quanh nhà, đẻ trứng ở những nguồn nước sạch, hút máu người vào ban ngày. Chỉ số muỗi Bretau hoặc chỉ số nhà có bọ gây thường được dùng để theo dõi sự phát triển của sốt xuất huyết Dengue.

Vào mùa mưa, muỗi phát triển nhiều, các trường hợp bệnh cũng tăng.

3.3. Ở Việt Nam

Cứ mỗi 3 - 5 năm, sốt xuất huyết Dengue lại phát thành dịch lớn vào khoảng tháng 6 đến tháng 10, mùa mưa. Bệnh thường xảy ra ở nơi đông dân cư, vệ sinh môi trường kém, trẻ bị bệnh thường trong lứa tuổi 2 - 9, các trẻ bị bệnh, khỏe mạnh lại có khuynh hướng diễn tiến nặng, dễ rơi vào tình trạng shock.

4. BỆNH SINH

Bệnh nhân nhiễm 1 trong 4 typ Dengue sau khi hồi phục, cơ thể sẽ tạo kháng thể chống typ đó. Nếu bệnh nhân bị nhiễm một typ Dengue khác, sự gia tăng ào ạt kháng thể theo kiểu nhắc lại xảy ra, kháng thể phản ứng chéo với typ Dengue lần này tạo ra phức hợp kháng nguyên - kháng thể. Hệ thống bổ thể được hoạt hoá làm tổn thương tính thấm của vách huyết quản và gây giảm tiểu cầu. Do đó, shock và xuất huyết xảy ra.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời gian ủ bệnh: 5-7 ngày, sau đó xuất hiện các hội chứng.

5.2. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt cao liên tục 39 - 40°C, không kèm lạnh run, kéo dài 2-4 giờ.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Bỏ ăn, nôn ói, đau bụng, táo bón.
- Gan to.
- Ban có ngứa (ít gặp).

5.3. Hội chứng đau

- Đau mình mẩy, đau khớp, đau sau hốc mắt, đau tăng khi đi lại.

- Trẻ mệt, quấy khóc vật vã.

5.4. Hội chứng tim mạch

Xuất hiện từ ngày 2-6 của bệnh.

- Mạch nhanh, tăng theo nhiệt độ.
- Huyết áp giảm nhẹ sau đó hồi phục.
- Tiểu ít.

Trong một số trường hợp, shock xuất hiện (ngày 3-6 của bệnh).

Các dấu hiệu báo động (tiền shock);

- Bứt rứt, hốt hoảng, li bì hơn, nhiệt độ hạ nhanh.
- Đau bụng tăng, nhất là ở hạ sườn phải, nôn nhiều.
- Tay chân lạnh, tím tái quanh môi.
- Tiểu ít mặc dù uống nhiều nước, bụng chướng.
- Da nổi bông.

Khi shock xuất hiện:

- Huyết áp hạ, kẹt huyết áp.
- Mạch nhanh, yếu, không bắt được.
- Mệt lả, da tím lạnh, lơ mơ.

Shock thường ngắn (24 giờ) nếu điều trị đúng, qua được.

5.5. Hội chứng xuất huyết

- Có thể xảy ra trong giai đoạn sốt hay hết sốt.
- Xuất huyết nhẹ (Lacet (+), chấm xuất huyết).
- Có các dạng xuất huyết khác nhau: Chảy máu cam, chảy máu chân răng, nôn hay đi cầu ra máu.
- Dưới da: Chấm xuất huyết ở mặt trước cẳng chân, mặt trong cánh tay, lòng bàn tay, bàn chân.

Giai đoạn nguy hiểm từ 3-6 ngày dễ xảy ra shock. Sau 7 ngày bệnh từ từ hồi phục.

Phân loại:

SXH độ I: Sốt, đau nhức, mạch –huyết áp bình thường. Lacet (+).

SXH độ II: Độ I kèm xuất huyết nhẹ.

SXH độ III: Truy mạch, xuất huyết vừa, tiền shock.

SXH độ IV: Shock thực sự.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tể học

Mùa dịch, tuổi.

6.2. Lâm sàng

- Sốt.
- Xuất huyết, tối thiểu là Lacet (+).
- Truy mạch: Giá lạnh, huyết áp hạ.

6.3. Xét nghiệm

- Tiểu cầu giảm.
- Protid máu: 5,5g%.
- Huyết thanh chẩn đoán dương tính.

Phải có ít nhất 2 tiêu chuẩn lâm sàng và 2 tiêu chuẩn xét nghiệm.

7. ĐIỀU TRỊ

Cần phân loại sốt xuất huyết để có các biện pháp xử trí thích hợp.

7.1. Sốt xuất huyết độ I

- Hạ sốt bằng paracetamol 30-50mg/kg/ ngày.
- Oresol, uống nước chanh, cam.
- Theo dõi sát.

7.2. Sốt xuất huyết độ II

- Như độ I: Thêm 100ml nước/kg/ ngày.
- Theo dõi: Nếu có sự suy sụp tuần hoàn, tiền shock, truyền dịch ngay.
- Dung dịch lactat Ringer, Alkelact, 100ml/kg/24 giờ.
- Theo dõi chuyển độ: 30 phút 1 lần.

7.3. Sốt xuất huyết độ III và IV

- Điều trị chống shock, bằng truyền dung dịch điện giải, dung dịch cao phân tử, máu, plasma (Dextran).
- Theo dõi mạch, huyết áp, hematocrit để đánh giá tình trạng bệnh.
- Chống toan.
- Trợ tim mạch, thuốc vận mạch (Dopamin).
- Thở o xy, chống xuất huyết tiêu hoá.

Chú ý lượng dịch truyền để đủ mà không quá tải.

8. DỰ PHÒNG

- Theo dõi các trường hợp có sốt.
- Theo dõi và diệt *Aedes Aegypti*:
 - + Diệt bọ gậy.
 - + Diệt muỗi trưởng thành.
 - + Đánh giá chỉ số Bretau, chỉ số nhà có bọ gậy.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp thông khí, cho thở oxy.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch - huyết áp. Cần theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/ 1 lần, 30 phút/1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.

9.1.3. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ, có khuynh hướng giảm, giai đoạn hạ sốt có thể rơi vào shock.
- Theo dõi xuất huyết: Nhiều dạng khác nhau:
 - + Xảy ra tự nhiên, sau thủ thuật.
 - + Xuất huyết ngoài da.
 - + Xuất huyết não, màng não.
- Giai đoạn hạ nhiệt từ ngày thứ 3 đến thứ 5, thường bị shock.
 - + Mạch nhanh yếu, thường không bắt được.
 - + Huyết áp thấp, kẹt.
 - + Chi mát lạnh, kèm tím đầu chi.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt dễ dẫn đến tình trạng shock, trụy mạch.
- Điều trị đúng mức trong 24-48 giờ sẽ qua tình trạng shock, bệnh nhân phục hồi.

- Theo dõi nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi tri giác: li bì, vật vã, lơ mơ, co giật.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không .
- Nếu bệnh nhân mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi xuất huyết.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp; thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ xét nghiệm cơ bản.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Đặt canuyn Mayo.
- Bóp bóng ambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tạng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm nhớt.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Tùy tình trạng từng bệnh nhân, cho thở oxy để hạn chế sự hủy hoại tế bào do shock gây nên.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dịch truyền, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Bệnh nhân tỉnh cho uống oresol, uống càng nhiều càng tốt.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/ 1 lần, 30 phút/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Bù nước, điện giải theo chỉ định. Kiểm tra vận tốc truyền tránh truyền quá nhanh gây phù phổi cấp, huyết áp hạ dùng dung dịch có phân tử lượng lớn và thuốc vận mạch để nâng huyết áp.
- Có dấu hiệu tiền shock vào ngày thứ 3,4, hoặc thứ 5.

9.3.3. Theo dõi xuất huyết:

- Dấu hiệu dây thắt (+).
- Vết bầm tím, chảy máu nơi chích.
- Nốt tử ban hay có ở mặt trước cẳng tay, chân, gan bàn tay, gan bàn chân.
- Theo dõi dấu hiệu xuất huyết nội tạng, đau bụng, bụng chướng nôn ra máu, phân đen.
- Số lượng máu mất, tính chất máu. Nếu cần phải bù máu vì dễ đưa đến truy mạch, tử vong, khó thở cho truyền dung dịch kiềm 8,4% để chống toan huyết.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:

- Thuốc.
 - + Không được dùng aspirin để hạ sốt.
- Xét nghiệm:
 - + Lấy máu để theo dõi hồng cầu, tiểu cầu, máu chảy máu đông.
 - Theo dõi tình trạng cô đặc máu, quan trọng để hướng dẫn điều trị, phản ánh mức độ thoát huyết lượng.

- + Làm phản ứng huyết thanh chẩn đoán.
- + Thử dung tích hồng cầu để theo dõi diễn biến bệnh.
- Theo dõi các chất bài tiết: Chất nôn, nước tiểu, lượng máu mất...
- Theo dõi lượng nước tiểu trong 1 giờ và 24 giờ.
- Theo dõi tình trạng tri giác:
 - + Sốt xuất huyết không shock: chưa có các rối loạn tri giác.
 - + Sốt xuất huyết có shock: Đánh giá diễn tiến của bệnh; bệnh nhân có shock, hôn mê là tiên lượng nặng.
- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn.
- Gây xuất huyết và toan huyết.
- Nếu có choáng.
- Shock giảm thể tích xảy ra đưa đến thiếu oxy ở các mô mà đặc biệt là não nên bệnh nhân hôn mê.
- Tùy từng tình trạng của bệnh nhân.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi trong phòng thoáng, hạn chế vận động để đảm bảo an toàn.
- Lau mát nếu có sốt.
- Co giật: Giữ an toàn, cho thuốc an thần.
- Hạn chế thủ thuật gây chảy máu.
- Chọc dò thoát dịch: nếu có tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng lượng lớn để giải quyết tạm thời tình trạng suy hô hấp.
- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu báo động: Bứt rứt hoặc thờ ơ, đau bụng cấp, lạnh tay chân, da đỏ ửng, tiểu ít.
- Vệ sinh răng miệng, mắt, tai.
- Vệ sinh da và ngừa loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết.
- Dấu hiệu tiền shock.

- Nuôi dưỡng: uống sữa, ăn súp, nước trái cây. coca...; Cho ăn nhiều bữa, mỗi lần một ít để nâng cao thể trạng.
- Nặng: Nuôi bằng dịch truyền và cho ăn qua thông dạ dày.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Cách ly trẻ tại bệnh viện.
- Các dấu hiệu cần theo dõi để báo cáo bác sĩ, để được xử trí ngay trong giai đoạn đầu để đề phòng shock.
- Hướng dẫn phòng bệnh ngay trong mùa mưa. Cho trẻ ngủ màn (đặc biệt là ngủ trưa), diệt muỗi, diệt bọ gậy.
- Xuất viện vẫn phải theo dõi trẻ, có dấu hiệu bất thường phải cho nhập viện ngay.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.

9.4. Đánh giá

- Được đánh giá chăm sóc tốt nếu: Nhiệt độ giảm, bớt nhức đầu, ăn uống được, tiểu nhiều, không có xuất huyết tiêu hoá. Phần lớn nhờ chẩn đoán sớm tình trạng shock và điều trị đúng mức.
- Xét nghiệm tiểu cầu và dung tích hồng cầu.

Tự lượng giá

Bạn hãy khoanh tròn vào chữ A nếu câu trả lời đúng và chữ B nếu trả lời sai cho các câu từ 1-4 sau.

1. Virus Dengue được truyền qua trung gian muỗi Aedes Aegypti.
A. Đúng B. Sai
2. Có miễn dịch chéo giữa 4 typ:
A. Đúng B. Sai
3. Muỗi Aedes Aegypti đốt người vào ban đêm.
A. Đúng B. Sai.
4. Ở Việt Nam sốt xuất huyết Dengue thường xảy ra nhiều vào mùa mưa.
A. Đúng B. Sai.
5. Điền vào chỗ trống ở câu sau, cho đủ và đúng nghĩa:
Ở Việt Nam, sốt xuất huyết Dengue thường phát thành dịch lớn mỗi... năm.
Khoanh tròn đầu câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi 6 và 7.
6. Các dấu hiệu sau đây báo động shock (tiền shock) trừ:
A. Bứt rứt, li bì hơn.
B. Tay chân lạnh, tím tái quanh môi.
C. Tiểu nhiều, ít uống nước.
D. Da nổi mẩn.
7. Bệnh nhân sốt, đau nhức; mạch, huyết áp bình thường, lacet (+). Theo phân loại thì là:
A. Sốt xuất huyết độ I.
B. Sốt xuất huyết độ II.
C. Sốt xuất huyết độ III.
D. Sốt xuất huyết độ IV.
8. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt xuất huyết.

VIÊM GAN VIRUS VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh viêm gan virus.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus.

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm do nhiều loại virus gây ra với hai biểu hiện chính là hoại tử và viêm nhiễm ở gan. Hiện nay ngoài 2 loại virus cổ điển là virus viêm gan A (gây viêm gan nhiễm khuẩn), và virus viêm gan B (gây viêm gan huyết thanh) còn có các virus C, D và E; năm loại virus này có cấu tạo vi thể khác nhau nhưng lại gây bệnh cảnh lâm sàng tương tự nhau.

2. MẦM BỆNH

Virus A (HAV) là một ARN virus không có vỏ bọc.

Virus B (HBV) là một virus có vỏ bọc, có một phần ADN đôi.

Virus C (HCV) là virus có vỏ bọc và là một trong số virus không A, không B (NANB virus).

Virus viêm gan A dễ mất hoạt tính trong nước sôi và bị diệt bởi các chất sát khuẩn.

Virus viêm gan B có thể đề kháng ở 100% trong 10 phút. Cấu tạo hoàn chỉnh là các hạt dane, hình cầu gồm có 3 loại kháng nguyên.

- Kháng nguyên bề mặt: HBsAg (còn gọi là kháng nguyên Australia).
- Kháng nguyên lõi: HBcAg.
- Kháng nguyên E: HBeAg.

HBsAg có trong máu, có sớm và trong suốt thời gian bị bệnh, biến mất trong giai đoạn hồi phục, HBsAb tồn tại suốt đời.

HBcAg kích thích cơ thể bệnh nhân sinh kháng thể kháng nó: HBcAb, kháng thể này có mặt rất sớm, tồn lưu suốt đời.

HBeAg chứng tỏ bệnh còn đang phát triển dai dẳng. Khi bệnh ngừng phát triển HBeAg biến mất, chỉ còn kháng thể HBe (BHeAb).

3. DỊCH TỄ

3.1. Viêm gan A

Đường lây quan trọng là đường tiêu hoá, virus viêm gan A theo phân người bệnh ra ngoài nhiễm vào nước, thức ăn. Bệnh phát triển ở những nơi có điều kiện sống thấp kém, thiếu vệ sinh, nước bị ô nhiễm phân.

3.2. Viêm gan B

Nguồn bệnh là người bệnh và người mang virus B; HBsAg được tìm thấy trong máu và các dịch sinh học (nước bọt, nước mắt, tinh dịch, sữa mẹ, nước tiểu...). Bệnh lây truyền qua các đường sau.

- Máu: Truyền máu, các thủ thuật y khoa không đảm bảo vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm...).
- Qua đường tình dục.
- Sữa mẹ.

Bệnh phát triển ở các nhóm có nguy cơ và các nơi có điều kiện sống thấp kém, tập quán sống thiếu vệ sinh.

3.3. Viêm gan C

Gặp ở những người được truyền máu (viêm gan không A không B).

3.4. Viêm gan D

- Virus viêm gan D cần virus viêm gan B để phát triển nên luôn luôn người ta thấy nó trong huyết thanh bệnh nhân có HBsAg.
- Viêm gan D gặp ở những người chích ma tuý, truyền máu nhiều lần...

3.5. Viêm gan E

Xảy ra thành những vụ dịch viêm gan không A, không B có liên quan đến nguồn nước bị ô nhiễm. Bệnh phổ biến ở những nước đang phát triển.

4. BỆNH SINH

Đây là vấn đề y học còn đang tìm hiểu. Có lẽ virus tăng sinh ở ruột và chuyển lên gan qua đường máu. Virus có xâm nhập tế bào gan, nhưng cơ chế gây tổn thương thì chưa rõ. Hình ảnh viêm gan do các loại virus đều giống nhau. IgM xuất hiện sớm, 1-3 tuần sau khi có IgM và kháng thể này bảo vệ bệnh nhân suốt đời.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Ủ bệnh

- Thay đổi tùy loại virus:

- + 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: Luôn luôn liên kết với viêm gan A nên thời gian ủ bệnh xem như tương tự.

5.2. Khởi phát: (Thời kỳ trước vàng da) 3-5 ngày.

5.2.1. Hội chứng nhiễm:

- Sốt 38-38^o5, khoảng 2-3 ngày.
- Mệt mỏi, uể oải.

5.2.2. Hội chứng đau:

- Đau nhức đầu, cổ, thái dương, có thể có dấu hiệu màng não, cổ cứng và biến đổi dịch não tủy.
- Đau khớp: hết đau khi vàng da xuất hiện.

5.2.3. Hội chứng tiêu hoá:

- Chán ăn: Là dấu hiệu quan trọng.
- Nôn, đắng miệng, bụng chướng.
- Đau hạ sườn phải, cảm giác căng, nước tiểu ít, nước tiểu sẫm màu.

5.2.4. Ít gặp: Ngứa, có ban đỏ, sưng hạch.

5.3. Toàn phát: Thời kỳ vàng da từ 2-3 tuần.

- Các triệu chứng cơ năng giảm đi.
- Vàng da xuất hiện, chỉ trong một hai ngày, da và niêm mạc bị nhuộm vàng sẫm.
- Ngứa không kéo dài.
- Gan to: Đau tức tăng lên khi gõ, ấn vào; có thể gặp lách to.
- Phân trắng hạt.
- Nước tiểu sẫm màu, ít.

5.4. Hồi phục (sau vàng da 10 ngày).

- Triệu chứng tiêu hoá giảm nhanh.
- Triệu chứng vàng da giảm chậm hơn.

Sau 6 tháng hoàn toàn bình phục.

Diễn biến:

- Đa số tốt, diễn biến sau 1 tháng, không di chứng.

- Một số trường hợp đưa đến thể nặng.
- Suy gan, rối loạn đông máu - xuất huyết.
- Hôn mê gan do suy gan cấp.
- Vàng da kéo dài - viêm gan mạn tính đưa đến tử vong.

6. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

6.1. Dịch tễ học (+).

6.2. Lâm sàng

- Trước vàng da: mệt mỏi uể oải, chán ăn...
- Vàng da, gan to.

6.3. Xét nghiệm

6.3.1. Chức năng gan:

- Bilirubin huyết thanh tăng từ 2-> 2,5 mg%.
- Transaminase tăng cao từ cuối thời kỳ ủ bệnh.
- Phosphatase kiềm tăng ít.
- Thời gian prothombin thường không thay đổi, kéo dài trong các thể nặng.
- Stercobilinogen trong phân âm tính trong giai đoạn toàn phát, dương tính trong giai đoạn hồi phục.

6.3.2. Đặc hiệu:

- Tìm virus trong phân.
- Tìm kháng thể trong máu.

7. ĐIỀU TRỊ

- Chưa có thuốc đặc trị, tất cả mọi biện pháp điều trị chỉ nhằm giải quyết triệu chứng, nâng cao thể trạng và tránh các biến chứng.
- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng đầy đủ (nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ).
- Tránh những thuốc có hại cho gan.
- Theo dõi các dấu hiệu suy gan.

8. DỰ PHÒNG

- Kiểm tra kỹ khâu cho máu, tiệt trùng y cụ.
- Cho bệnh nhân nằm phòng riêng, chú ý khi tiếp xúc với các dịch sinh học của họ.

- Tiêm vaccin cho người có nguy cơ nhiễm cao.
- Vệ sinh dinh dưỡng.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Giáo dục sức khỏe.

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM GAN VIRUS

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

Quan sát da, móng tay chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.

Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp thông khí, cho thở o₂.

- Trường hợp viêm gan nặng diễn tiến tới cấp gây suy hô hấp.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.

- Viêm gan nặng tới cấp gây suy tuần hoàn trong trường hợp xuất huyết tiêu hoá.
- Theo dõi biến chứng cơ tim.

9.1.3. Tình trạng vàng da:

- Thời kỳ tiền vàng da.
 - + Triệu chứng nhiễm trùng.
 - + Triệu chứng tiêu hoá.
 - + Triệu chứng suy nhược.
- Thời kỳ vàng da:
 - + Các triệu chứng trên giảm dần nhưng vàng da tăng lên.
 - + Gan to.
 - + Trẻ em gan to hơn và có thể có lách to.

Tùy từng loại viêm gan:

- Viêm gan A.
- Viêm gan B.
- Viêm gan C.
- Viêm gan D.
- Viêm gan E.
- Đánh giá mức độ vàng da và sự tổn thương của gan.

9.1.4. Tình trạng chung:

- Nhiệt độ (sốt nhẹ).
- Nước tiểu sẫm màu, lượng nước tiểu / 24 giờ.

- Ý thức, vận động: Có biểu hiện tiền hôn mê gan không?
- Dấu hiệu xuất huyết da, niêm mạc.
- Xét nghiệm.
- Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng không?
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc các hệ thống cơ quan.
- Nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa đầu nghiêng một bên.
- Cho thở Oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết.
- Để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Tuỳ từng tình trạng bệnh nhân.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân.
- Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch, thuốc nâng huyết áp (nếu cần để thực hiện y lệnh bác sĩ).
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.

9.3.3. Theo dõi các biến chứng:

- Viêm gan tối cấp.
- Viêm gan mạn tính.
- Các biến chứng khác.
- Viêm cơ tim.
- Viêm tụy.
- Theo dõi màu sắc da, nốt xuất huyết trên da.
- Theo dõi giấc ngủ.

- Viêm tủy cắt ngang.
- Liệt dây thần kinh ngoại biên.
- Theo dõi mức độ vàng da, màu sắc phân, nước tiểu và lượng nước tiểu 24 giờ.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác đầy đủ:

- Thuốc: lợi gan, mật.
- Các xét nghiệm máu:
 - + Transaminase.
 - + Bilirubin.
 - + Thời gian prothrombin cho đến khi khỏi bệnh có HBsAg (+) kiểm tra định kỳ 1-2 tháng cho đến khi (-).
 - + Xét nghiệm nước tiểu.

9.3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan:

- Chăm sóc bệnh nhân chán ăn, có nôn nhiều : Vệ sinh răng miệng.
- Chăm sóc bệnh nhân có ngứa phải vệ sinh da: Tắm nước ấm, giữ cho da không loét.
- Cho nằm phòng riêng, có phòng vệ sinh riêng. Dụng cụ tiêm chích nên dùng đồ nhựa và bỏ đi sau mỗi lần tiêm.
- Tẩy uế các chất bài tiết: Nước tiểu, phân, đờm...
- Nuôi dưỡng:
 - + Hạn chế khẩu phần dinh dưỡng không cần thiết trong viêm gan virus cấp.
 - + Giai đoạn có triệu chứng cho ăn nhiều lần, mỗi lần một ít.
 - + Ăn nhiều đạm nhiều đường, ít mỡ.
 - + Cần ăn trái cây tươi để cung cấp vitamin liều cao và đủ năng lượng như chuối.
 - + Không rượu 6 tháng.
- Sáng cho ăn nhiều, chiều cho ăn ít.
- Vì gan bị tổn thương.

- + Viêm gan tối cấp có phù sử dụng thuốc lợi tiểu phải chú ý bổ sung kali, tốt nhất là sử dụng lợi tiểu giữ kali. Bệnh nhân nặng không ăn uống được phải nuôi dưỡng bằng dịch truyền ưu trương, đặc biệt các bệnh nhân bị nôn nhiều mất nước hoặc bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua thông dạ dày.
- Vì rối loạn điện giải dễ đưa đến hôn mê gan.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Ngay khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Thức ăn uống còn thừa phải đổ đi.
- Các đồ dùng cá nhân phải được tiệt trùng trước khi dùng lại.
- Thuốc có chuyển hoá ở gan không được sử dụng như: thuốc ngừa thai, erythromycin, tetracyclin, an thần.
- Dẫn thân nhân theo dõi bệnh nhân có dấu hiệu nặng: Phù nhanh, rối loạn nhịp độ giấc ngủ hoặc ngủ gà, lơ mơ tới mê, hơi thở bệnh nhân có mùi aceton, phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Xuất viện cho làm việc nhẹ đến khi xét nghiệm máu trở về bình thường.
- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.
- Giai đoạn tiền hôn mê gan còn có thể điều trị được, để bệnh nhân rơi vào hôn mê gan rất khó hy vọng.

9.4. Đánh giá

- Ăn ngủ được nhưng mệt mỏi kéo dài.
- Vàng da giảm dần.
- Bệnh nhân không được điều trị tích cực và không khám lại theo lời dặn bác sĩ, các triệu chứng lâm sàng vẫn tồn tại, có rối loạn về sinh học sẽ dễ thành viêm gan mạn tính.

Tự lượng giá

Khoanh tròn đầu câu đúng nhất cho các câu từ 1 đến 5.

1. Trong các virus gây viêm gan sau đây loại nào có ADN:

- A. Virus A.
- B. Virus B.
- C. Virus D.
- D. Virus không A không B.

2. Đau khớp gặp trong thời kỳ:

- A. Ủ bệnh.
- B. Khởi phát.
- C. Toàn phát.
- D. Hồi phục.

3. Gan to gặp trong thời kỳ:

- A. Ủ bệnh
- B. Khởi phát.
- C. Toàn phát.
- D. Hồi phục.

4. Diễn tiến xấu của viêm gan virus có thể có các triệu chứng nặng sau (trừ):

- A. Rối loạn đông máu.
- B. Hôn mê gan.
- C. Suy thận.
- D. Vàng da kéo dài.

5. Chẩn đoán đặc hiệu viêm gan virus gồm:

- A. Tìm virus trong phân.
- B. Tìm kháng thể trong máu.
- C. Lượng transaminase.
- D. Cả A và B.

Trả lời ngắn gọn các câu 6 và 7.

6. Trong giai đoạn toàn phát của bệnh viêm gan virus, da và niêm mạc bệnh nhân vàng, trong khi đó phân có màu...

7. Không có thuốc đặc trị viêm gan virus, như vậy điều trị chỉ nhằm:

- (1).....
- (2).....
- (3).....

8. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus.

BỆNH ĐẠI VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh đại.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đại lên cơn.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do Rhabdovirus từ động vật có máu nóng truyền sang người, gây tổn thương thần kinh và chắc chắn gây tử vong khi phát bệnh.

2. MẦM BỆNH

Virus đại rất nhỏ, có một chuỗi ARN, hình trụ, một đầu phẳng, một đầu dạng nón, virus có thể ký sinh ở nhiều loại ký chủ, gặp ở tất cả các động vật hữu nhũ, có tính hướng thần kinh, người ta gặp nó trong mô thần kinh và nước bọt của các động vật bị đại.

Virus phân lập từ các động vật mắc bệnh đại được gọi là virus "đường phố", có thời gian ủ bệnh dài và độc lực cao. Virus đại cấy truyền nhiều lần qua não động vật phòng thí nghiệm (thỏ) được gọi là virus cố định, có thời gian ủ bệnh ngắn, gây bại liệt cho động vật nên mất khả năng gây bệnh cho người. Loại virus này được dùng để sản xuất vaccin đại.

Virus đại bị bất hoạt bởi ánh sáng mặt trời, tia cực tím, tia X, sự khô ráo, nhiệt độ 56°C trong 1 giờ, hầu hết các dung môi hữu cơ, chất tẩy rửa, chất oxy hoá và xà phòng đặc 20%.

3. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh thiên nhiên

Các thú hoang như chồn, gấu trúc (Raccoons), dơi truyền virus khi chúng cắn người. Dơi có thể truyền virus trong khi nó vẫn khỏe mạnh, nhưng thú khác truyền khi đã bị viêm não. Ngoài chó mèo, bệnh đại còn có thể lây truyền từ những động vật nuôi như lừa, ngựa, bò, cừu, heo. Loại thỏ và gặm nhấm lại không truyền bệnh đại.

3.2. Đường truyền nhiễm

Qua vết cắn, vết cào xước ở da, niêm mạc.

Trong những trường hợp hiếm, virus dại có thể lây qua đường hô hấp khi người ta vào hang động có dơi trú ẩn.

3.3. Bệnh dại trên thế giới

Bệnh dại vẫn còn gặp trên thế giới.

Tại các nước châu Phi, châu Á, 90% số trường hợp dại là do chó, mèo cắn.

4. BỆNH SINH

Virus dại tăng sinh tại vết cắn, rồi theo dây thần kinh cảm giác tiến dần về tủy sống và hệ thần kinh trung ương. Nó lại tăng sinh ở hệ thần kinh rồi theo các dây thần kinh đến tuyến nước bọt và các cơ quan khác. Từ tuyến nước bọt xâm nhập vào vết cắn. Không có giai đoạn virus vào máu.

Ở hệ thần kinh trung ương, virus gây viêm não và làm mất myelin, chết tế bào thần kinh. những tế bào thần kinh có virus chứa một thể vùi ưa acid gọi là thể Negri, thể này có nhiều ở sừng Ammon, vỏ não, cuống não, tế bào Purkinje của tiểu não... và là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh dại.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Bệnh dại ở động vật

Virus có ở động vật nhiều ngày trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

Chó bị bệnh dại, có thời gian ủ bệnh 3-12 tuần, có khi đến 14 tháng. Trong thể hung dữ, chó thay đổi tính nết, bạ đâu cắn đó, sủa như rú, mồm chảy nước dãi, chết trong cơn điên cuồng.

Trong thể bại liệt, các cơ hàm dưới, chân sau, chân trước... bị liệt, chó không sủa, chết trong yên lặng.

Chó thường chết sau 3 đến 7 ngày từ khi phát bệnh.

5.2. Bệnh dại ở người

5.2.1. Ủ bệnh:

20 đến 60 ngày, có thể chỉ 4 ngày, có khi đến nhiều năm. Vết cắn càng gần vùng mặt, thời kỳ ủ bệnh càng ngắn.

5.2.2. Khởi phát:

Triệu chứng phức tạp, không rõ rệt.

- Vết cắn: Có cảm giác ngứa, như kiến bò, đau.
- Tính tình thay đổi: Buồn bã hoặc dễ bị kích động.

- Ít gặp: Ho, ớn lạnh, nôn mửa, tiêu chảy, tiểu khó...

5.2.3. Toàn phát: có hai thể.

a. Thể hung dữ:

- Kích thích hành tủy: Nhịp thở hỗn hển, dồn dập; sợ nước, sợ gió (co thắt họng thực quản khi uống nước...), không nuốt thức ăn được.
- Kích thích toàn bộ thần kinh: ảo giác, dễ bị kích động, xuất tinh liên tục, tăng tiết nước bọt (nhổ liên tục), giận dữ với xung quanh, tử vong do suy tim hay liệt dần.
- Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo cho đến khi chết.

b. Thể bại liệt:

- Thường gặp ở người chích ngừa vaccin sau khi bị thú dại cắn.
- Dị cảm ngay vết cắn, đau chi bị cắn, đau cột sống.
- Liệt tiến triển, lan toả lên các chi và cơ khác, mất phản xạ gân - cơ.
- Bệnh nhân bí tiểu tiện, liệt cơ lưỡi gây sặc, liệt cơ hô hấp. Tử vong sau 20-30 ngày.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Dịch tễ học: Bị chó dại cắn không chịu chích ngừa.

6.2. lâm sàng: Sợ nước, sợ gió, liệt.

6.3. Xét nghiệm: Có thể Negri ở não.

7. ĐIỀU TRỊ - DỰ PHÒNG

7.1. Thời kỳ ủ bệnh

- Rửa sạch vết thương bằng xà phòng, đốt vết thương khi có nguy cơ dại.
- Theo dõi con chó ít nhất 15 ngày, nếu chó chết hoặc mất tích phải tiêm vaccin Fuenzalida.
- 6 mũi đầu: Cách nhau 1 ngày.
- 3 mũi sau: Cách khoảng 1-2 tháng.
- Nghỉ ngơi, bỏ rượu, ngủ sớm.

7.2. Với bệnh nhân lên cơn: Cho an thần.

7.3. Biện pháp chung

Quản lý và chích ngừa cho chó:

- Cấm thả chó rong ngoài đường.

- Chích ngừa cho chó trên 3 tháng tuổi.
- Gia súc bị chó dại cắn: Giết chết.
- Với gia súc cắn người:
 - + Nhất, theo dõi 10 ngày. Nếu thấy triệu chứng dại, cắt đầu gia súc đó gửi lên viện Pasteur xét nghiệm.
 - + Nếu gia súc đã bị đập chết: Cắt đầu gửi viện Pasteur xét nghiệm.

8. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH DẠI LÊN CƠN

8.1. Nhận định

8.1.1. Tình trạng hô hấp.

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Đánh giá tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp thông khí, cho thở oxy (nếu được).
- Khi lên cơn dại bệnh nhân ngừng tim, ngừng thở đột ngột. Tử vong trong khoảng 2-4 ngày từ khi lên cơn.

8.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Hạ huyết áp khi dùng lên cơn, loạn nhịp tim đe dọa tử vong.

8.1.3. Tình trạng sợ nước:

- Do tình trạng co thắt cơ hô hấp có thể kết hợp với cơn co thắt thanh quản xảy ra trong một cơn hốt hoảng tăng kích thích.
- Có thể thành cơn co giật toàn thân theo ngừng tim, ngừng thở.
- Ngoài ra còn sợ gió, sợ ánh sáng.
- Sẵn sàng dụng cụ và thuốc men để hỗ trợ cấp cứu.

8.1.4. Tình trạng chung:

a. Thể hung dữ:

- Lúc lên cơn dại, bệnh nhân vùng vẫy cắn xé, rú lên như chó sủa, thở dồn dập, đứt hơi.
- Đo nhiệt độ: Sốt cao trên 40°C.

- Tăng tiết nước bọt.
- Khó nuốt.
- Khạc nhỏ lung tung.
- Sùi bọt mép.
- Có thể tử vong lúc lên cơn, giữa 2 cơn bệnh nhân tỉnh táo.

b. Ở thể liệt:

- Dị cảm nơi vết cắn.
- Đau chi bị cắn, liệt tiến triển lan lên trên sau đó bí tiểu, liệt cơ vùng cổ, mặt, lưỡi, liệt các cơ hô hấp.
- Xem bệnh nhân để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.
- Có thể kéo dài từ 2 đến 20 ngày.
- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

8.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn
- Theo dõi tiến triển của bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

8.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

8.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Cho bệnh nhân thở oxy:

Vì bệnh nhân lên cơn đại vùng vẫy, cắn xé không nằm yên lại có cơn co thắt hoặc do tình trạng co giật toàn thân cũng như do liệt cơ hô hấp, liệt hành tủy ở thể đại bại liệt cho nên bệnh nhân ngạt thở, thiếu oxy.

8.3.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi dấu hiệu trên để phát hiện ngừng tim, ngừng thở đột ngột.

8.3.3. Theo dõi tiến triển bệnh:

Bệnh nhân lên cơn dại ở thể hung dữ sẽ chết sau 2-4 ngày. Còn ở thể bại liệt có thể kéo dài đến 20 ngày. Do đó cần theo dõi sát số lần lên cơn, tính chất cơn.

- Theo dõi chất bài tiết.

8.3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

- Thuốc: An thần, để khống chế bệnh nhân thể hung dữ.
- Xét nghiệm: Phân lập virus dại ở tuần lễ đầu.

8.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Cách ly tuyệt đối.
- Cho nằm phòng yên tĩnh, phòng tối, tránh gió lùa, tránh nghe tiếng nước chảy, tiếng động quá mức.
- Hướng dẫn bệnh nhân nhổ nước bọt vào ống nhổ cá nhân có chứa dung dịch sát trùng.
- Chăm sóc vết cắn hàng ngày như mọi vết thương.
- Nhân viên y tế cần mang găng tay và khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân. Nếu có vết xước ngoài da không được chăm sóc.
- Để tránh lây dại.

8.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Khi bệnh nhân vào viện phải tiếp xúc hết sức tế nhị và giải thích cho thân nhân của bệnh nhân biết đây là bệnh không chữa được.
- Hướng dẫn phòng bệnh khi bị động vật nghi bị dại cắn.
 - + Xử trí vết cắn: Rửa nước xà phòng 20% và xịt nước nhiều lần, để hở vết cắn.
 - + Cần đi chích ngừa vaccin dại.

8.4. Đánh giá

Đã lên cơn dại dù là thể hung dữ hay thể bại liệt đều chết cho nên thầy thuốc chỉ cho an thần.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu đúng nhất cho các câu hỏi 1 đến 5.

1. Virus "đường phố" có các đặc điểm sau, trừ:

A. Phân lập từ động vật mắc bệnh dại.

- B. Thời gian ủ bệnh dài.
C. Động lực cao.
D. Được dùng để sản xuất vaccin.
2. Virus “cố định” có các đặc điểm sau, trừ:
A. Được cấy truyền nhiều lần qua não thỏ.
B. Thời gian ủ bệnh ngắn.
C. Gây bại liệt cho động vật.
D. Gây bệnh dại cho người.
3. Virus dại bị bất hoại bởi:
A. Tia cực tím.
B. Dung môi hữu cơ.
C. Sự khô ráo.
D. Cả A,B và C.
4. Động vật nào sau đây không truyền bệnh dại:
A. Dơi.
B. Thỏ.
C. Chó.
D. Lừa.
5. Đường truyền nhiễm của virus dại là:
A. Da.
B. Niêm mạc.
C. Đường hô hấp.
D. Cả A,B và C.
- Phân biệt đúng sai các câu 6 đến 10 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.
6. Virus dại từ da vào máu rồi đến hệ thần kinh trung ương.
A. Đúng.
B. Sai.
7. Để có mặt ở nước bọt, virus dại đã đi theo con đường sau:
- Da.
- Dây thần kinh.
- Hệ thần kinh trung ương.
- Tuyến nước bọt.
A. Đúng.
B. Sai.

8. Thể Negri là yếu tố quan trọng trong việc chẩn đoán xác định bệnh dại.
 - A. Đúng.
 - B. Sai.
 9. Người bị bệnh dại vẫn tỉnh táo cho đến khi chết.
 - A. Đúng.
 - B. Sai.
 10. Khi con chó cắn người rồi chạy mất ta phải tiêm vaccin Fuenzalida ngay cho người bị cắn.
 - A. Đúng.
 - B. Sai.
- Trả lời ngắn gọn câu hỏi từ 11 đến 13.
11. Chó dại thường chết sau.... ngày từ khi phát bệnh.
 12. Người bị bệnh dại không dám uống nước vì...
 13. Khi con chó cắn người, ta nhốt ngay chó và theo dõi, nếu chó chết sau 4 ngày ta cần phải làm 2 việc:
 1. Đối với chó.....
 2. Đối với người bị chó cắn.....
 14. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân dại lên cơn.

CHU KỲ CỦA MỘT SỐ LOẠI KÝ SINH TRÙNG THƯỜNG GẶP Ở VIỆT NAM

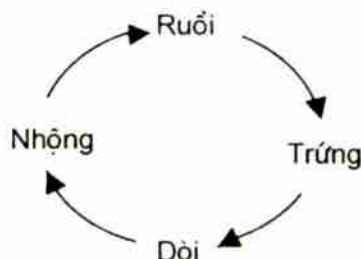
Mục tiêu học tập

1. Mô tả được chu kỳ và các kiểu chu kỳ của ký sinh trùng.
2. Áp dụng sự hiểu biết về chu kỳ để giải thích được các triệu chứng, chẩn đoán bệnh ký sinh trùng.
3. Áp dụng sự hiểu biết về chu kỳ để phòng chống bệnh ký sinh trùng như thế nào.

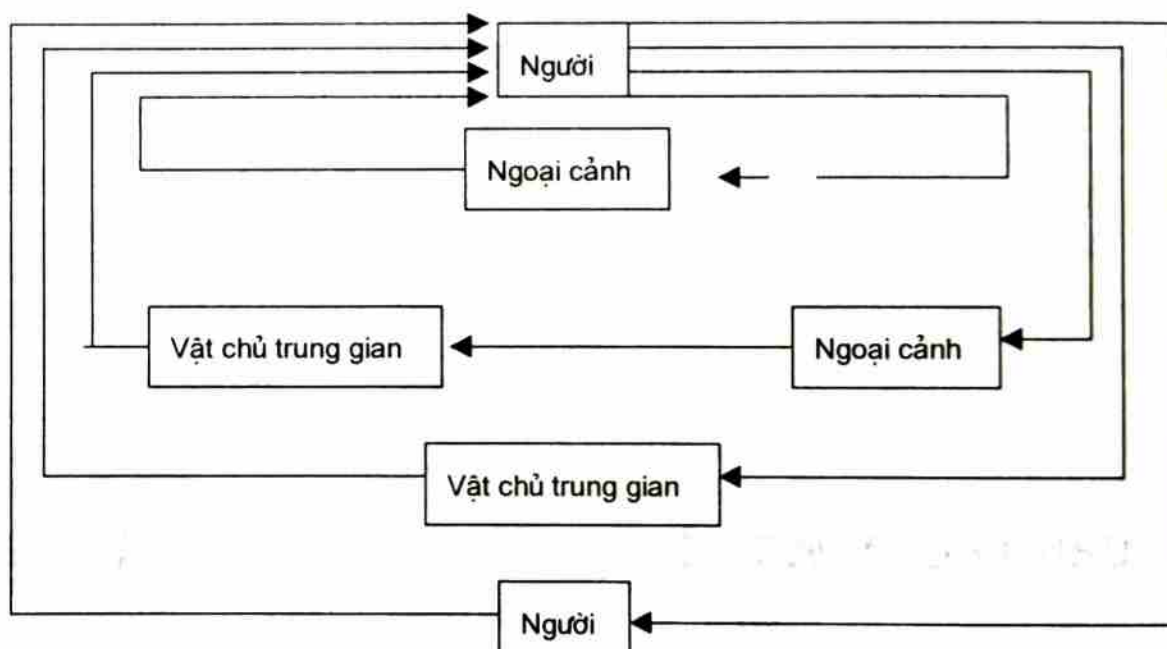
1. ĐỊNH NGHĨA CHU KỲ

Chu kỳ toàn bộ các quá trình phát triển qua những giai đoạn khác nhau của đời sống ký sinh trùng kể từ khi là mầm sinh vật đầu tiên cho tới khi lại sản

sinh ra những mầm sinh vật mới, tạo một thế hệ mới. Thí dụ: ruồi đẻ trứng, trứng nở thành giòi, giòi chuyển sang nhộng và trở thành ruồi, ruồi lớn lên, có sự giao phối giữa đực và cái, ruồi đẻ trứng.



2. PHÂN LOẠI CHU KỲ: Có 4 kiểu chu kỳ chính



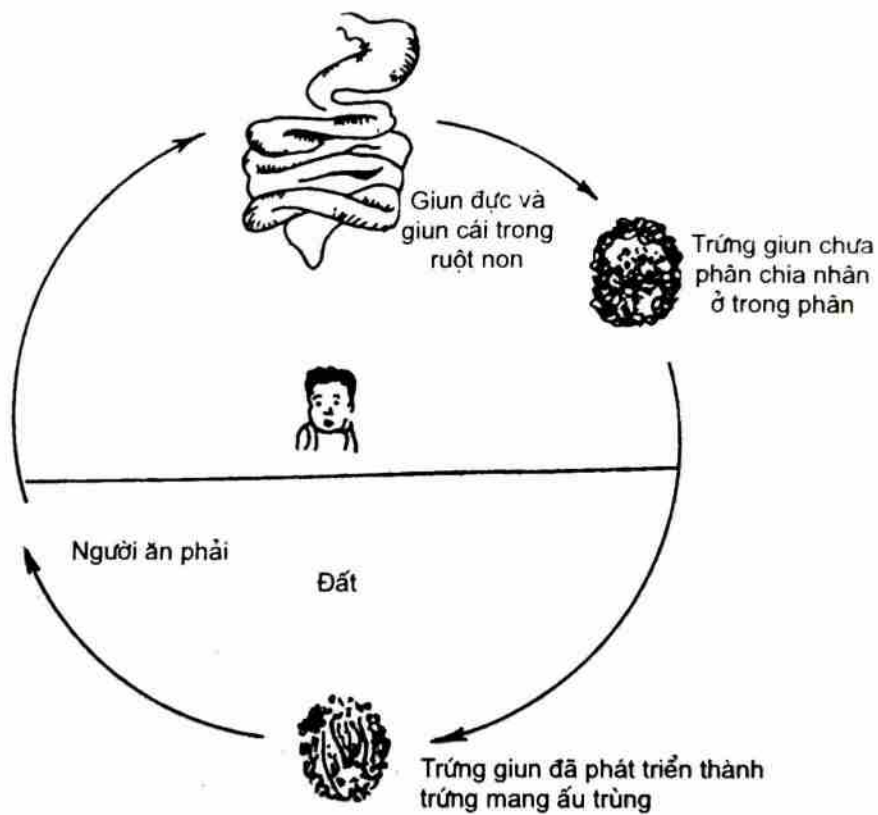
2.1. Chu kỳ 1

Mầm bệnh ký sinh trùng (trứng) rời khỏi cơ thể vật chủ, cần một thời gian phát triển ở ngoại cảnh để đạt đến giai đoạn lây nhiễm, sau đó xâm nhập vào vật chủ mới. *Chu kỳ 1 là chu kỳ đơn giản.*

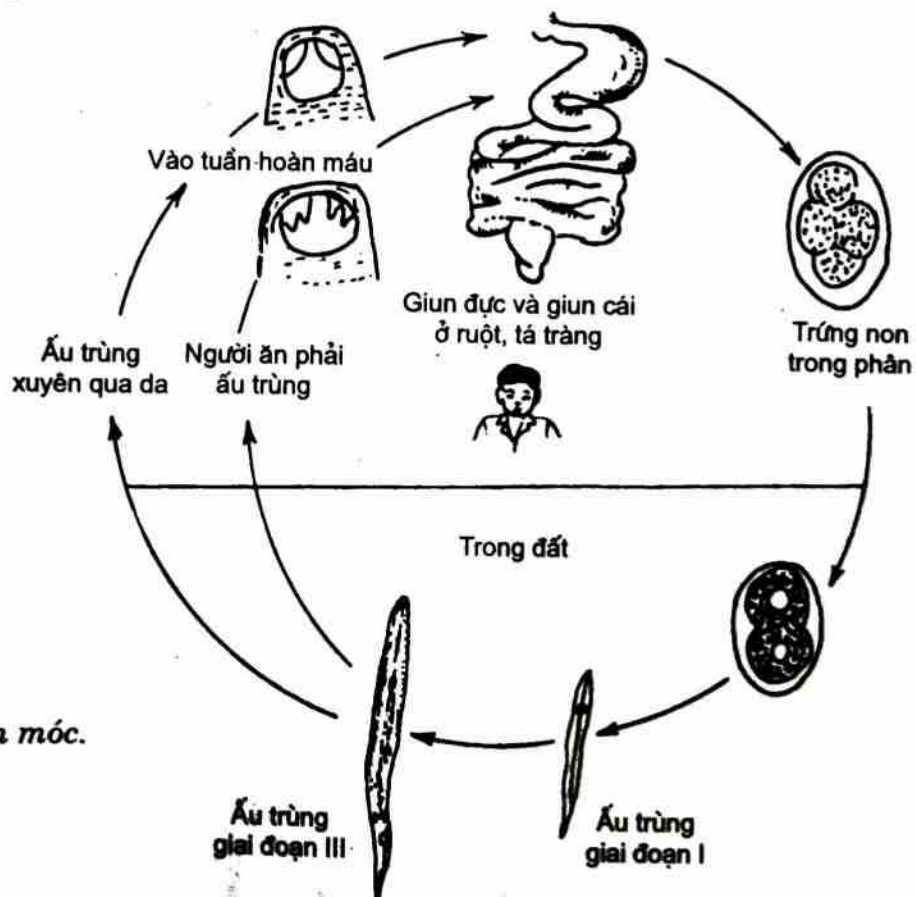
Đó là: chu kỳ của giun đũa (*Ascaris Lumbricoides*), giun tóc (*Trichuris trichiura*), giun móc (*Ancylostoma duodenale*), giun mỏ (*Necator americanus*), giun lươn (*Stroglyoides stercoralis*)...

Ví dụ cụ thể về chu kỳ của giun đũa:

Giun đũa sống trong ruột con người. Trứng giun đũa theo phân ra ngoại cảnh. Ở ngoại cảnh gặp điều kiện thích hợp (nhiệt độ, ẩm độ, oxy), trứng giun đũa sẽ phát triển thành trứng mang ấu trùng. Người ăn phải trứng giun đũa mang ấu trùng vào cơ thể người, trứng sẽ phát triển thành giun đũa trưởng thành.

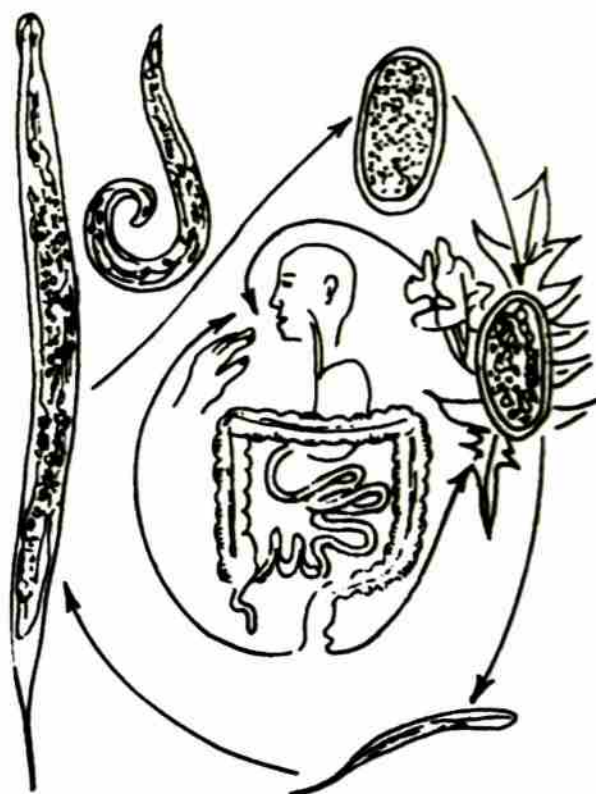


Chu kỳ của giun đũa Ascaris lumbricoides.



Chu kỳ giun móc.

Chu kỳ phát triển của giun kim
Enterobius vermicularis

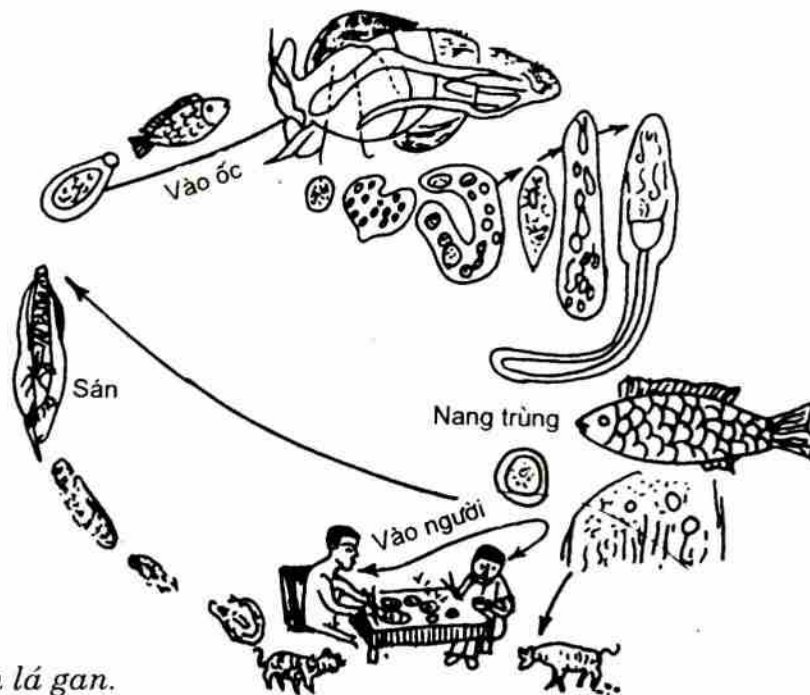


2.2. Chu kỳ II

Mầm bệnh ký sinh trùng rời vật chủ ra ngoại cảnh để phát triển rồi xâm nhập vào vật chủ trung gian. Từ vật chủ trung gian, ký sinh trùng sẽ xâm nhập vào vật chủ mới. *Chu kỳ II là chu kỳ phức tạp.*

Như chu kỳ của sán lá gan (*Clonorchis sinensis*), sán lá ruột (*fasciolopsis buski*), sán lá phổi (*paragonimus singeri*)...

Ví dụ cụ thể chu kỳ của sán lá gan: sán lá gan ký sinh ở đường dẫn mật trong gan. Trứng sán lá gan ra ngoại cảnh theo phân. Khi rơi xuống nước, trứng phát triển thành trùng lông. Trùng lông xâm nhập vào ốc để phát triển thành trùng đuôi. Trùng đuôi xâm nhập vào cá thể phát triển thành nang trùng. Người ăn cá sống (ăn gỏi cá) có nang trùng sẽ mắc bệnh sán lá gan.



Chu kỳ sán lá gan.

2.3. Chu kỳ III

Mầm bệnh ký sinh trùng từ vật chủ vào vật chủ trung gian để phát triển rồi lại xâm nhập vào vật chủ mới.

Ví dụ: Chu kỳ của ký sinh trùng sốt rét (*Plasmodium*), chu kỳ của giun chỉ.

Ví dụ cụ thể về chu kỳ của ký sinh trùng sốt rét: Trong cơ thể người, ký sinh trùng sốt rét ký sinh trong hồng cầu. Muỗi truyền sốt rét (muỗi *Anopheles*) hút máu người bệnh có ký sinh trùng sốt rét, vào cơ thể muỗi, ký sinh trùng sốt rét sinh sản hữu tính để phát triển thành nhiều thoa trùng tập trung ở tuyến nước bọt. Khi muỗi hút máu người lành, thoa trùng từ tuyến nước bọt của muỗi sẽ xâm nhập vào máu người lành.



Chu kỳ của ký sinh trùng sốt rét.

2.4. Chu kỳ IV

Mầm bệnh ký sinh trùng từ người bệnh xâm nhập vào người lành qua con đường tiếp xúc trực tiếp.

Như chu kỳ của bệnh ghẻ, chu kỳ của bệnh trùng roi đường sinh dục (*Trichomonas vaginalis*).

Ví dụ cụ thể về chu kỳ của trùng roi đường sinh dục:

Trùng roi *Trichomonas vaginalis* ký sinh ở âm đạo, cổ tử cung (đối với nữ giới); ký sinh ở đường dẫn tinh, tuyến tiền liệt (đối với nam giới). Khi quan hệ tình dục nam nữ, trùng roi sẽ từ người bệnh xâm nhập trực tiếp sang người lành.

3. ÁP DỤNG CHU KỲ CỦA KÝ SINH TRÙNG ĐỂ GIẢI THÍCH CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN BỆNH, DỰA VÀO:

- Vị trí ký sinh của KST.
- Vị trí ký sinh bất thường của KST.
- Quá trình chu du của KST ở trong cơ thể.
- Thức ăn của KST.
- Chất độc do KST tiết ra.
- Sinh sản và phát triển của KST ở trong cơ thể.

Dưới đây là một số thí dụ:

3.1. Vị trí ký sinh

- Giun đũa ký sinh ở ruột non, chiếm chất dinh dưỡng của cơ thể. Người bị giun đũa thường đau bụng vùng quanh rốn, rối loạn tiêu hoá, gầy yếu xanh xao (nhất là ở lứa tuổi nhỏ).

Trường hợp ở trẻ nhỏ nhiễm nhiều giun đũa có thể bị tắc ruột do giun; giun có thể chui lên ống mật, vào ruột thừa gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân.

Giun đũa cái đẻ trứng, trứng theo phân ra ngoài. *Do vậy để chẩn đoán bệnh giun đũa phải xét nghiệm phân tìm trứng giun đũa.*

- Giun móc ký sinh ở tá tràng. Tại nơi ký sinh giun móc dùng bao miệng có 4 răng bám chặt vào niêm mạc tá tràng để hút máu. Bệnh nhân bị giun móc thường đau bụng vùng trên rốn, đau âm ỉ, khi đói đau tăng, nếu ăn thấy đỡ đau. Ngoài ra bệnh nhân còn có triệu chứng rối loạn tiêu hoá, thiếu máu (da xanh, niêm mạc nhợt), thường xuyên mệt mỏi. *Để chẩn đoán bệnh giun móc phải xét nghiệm phân tìm trứng giun móc.*

- Kén sán lợn (*Cysticercus cellulosae*) ký sinh ở dưới da, tổ chức cơ, não... Trong trường hợp kén sán lợn ký sinh ở não có thể gây các cơn động kinh. *Để chẩn đoán kén sán lợn ở não ta phải dùng các kỹ thuật chẩn đoán miễn dịch như miễn dịch huỳnh quang...*
- Amip (*Entamoeba histolytica*) ký sinh ở đại tràng. Trường hợp bệnh nhân bị lý amip cấp sẽ có biểu hiện của hội chứng lý là đau bụng quặn từng cơn vùng đại tràng, mót rặn, đi ngoài nhiều lần phân nhày có lẫn máu. *Để chẩn đoán bệnh lý amip cấp phải xét nghiệm phân ngay sau khi lấy phân, tìm thể hoạt động ăn hồng cầu của amip.*

3.2. Quá trình chu du của ký sinh trùng

Trong chu kỳ của giun đũa có giai đoạn ấu trùng giun đũa chu du qua phổi. Tại phổi ấu trùng giun đũa có thể gây hội chứng viêm phổi không điển hình (Hội chứng Loeffler).

3.3. Sinh lý, sinh thái của ký sinh trùng

Giun móc trong quá trình hút máu tiết ra chất chống đông và chất ức chế tuỷ xương sản sinh ra hồng cầu. Khi hút máu giun móc luôn luôn đổi vị trí bám, miệng hút máu, hậu môn lại thải máu. Người bệnh bị mất máu do giun móc chiếm, cơ quan tạo máu lại bị ức chế, nên thiếu máu do giun móc thường nặng.

4. ÁP DỤNG SỰ HIỂU BIẾT VỀ CHU KỲ ĐỂ PHÒNG CHỐNG BỆNH KÝ SINH TRÙNG

Phải biết rõ giai đoạn của KST ở trong cơ thể vật chủ và giai đoạn KST ở ngoại cảnh.

4.1. Để phòng chống bệnh ký sinh trùng đường ruột cần phải:

- + Phát hiện và điều trị sớm cho người bệnh.
- + Thực hiện vệ sinh môi trường, cụ thể phải quản lý, xử lý phân tốt (không đại tiện bừa bãi, không dùng phân tươi để bón ruộng...).
- + Giữ vệ sinh cá nhân: ăn chín, uống sôi, không ăn rau sống, rửa tay trước khi ăn.... Những nông dân vùng trồng mầu, công nhân mỏ khi lao động cần có phương tiện bảo hộ lao động để ngăn chặn ấu trùng giun móc xâm nhập qua da.

4.2. Để phòng chống bệnh do tiết túc truyền (sốt rét, giun chỉ...) cần phải:

- + Phát hiện, điều trị sớm cho người bệnh để họ không trở thành nguồn lây.
- + Phải diệt muỗi truyền bệnh bằng các biện pháp lý học, hoá học, sinh học...

4.3. Để phòng chống bệnh ký sinh trùng truyền từ người này sang người khác cần phải:

- + Phát hiện điều trị sớm cho người bệnh.
- + Tăng cường vệ sinh cá nhân.
- + Thực hiện lối sống lành mạnh.

Tự lượng giá

1. Điền vào chỗ trống ở cuối mỗi câu sau:

- 1.1. Ký sinh trùng sốt rét có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...
- 1.2. Giun đũa có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...
- 1.3. Giun móc có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...
- 1.4. Sán lá gan có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...
- 1.5. Giun chỉ có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...
- 1.6. Cái ghẻ có chu kỳ thuộc kiểu chu kỳ...

2. Chọn 1 hoặc những câu trả lời đúng:

2.1. Muốn phòng giun đũa phải:

- + Cải tạo vệ sinh môi trường.
- + Không ăn rau sống, không uống nước lã.
- + Giữ vệ sinh cá nhân; rửa tay trước khi ăn.
- + Diệt muỗi.

2.2. Muốn phòng bệnh sán lá gan phải:

- + Không ăn gỏi cá (cá sống).
- + Nằm màn chống muỗi đốt.

2.3. Muốn phòng bệnh giun chỉ phải:

- + Nằm màn chống muỗi đốt.
- + Diệt muỗi bằng các biện pháp khác nhau.
- + Vệ sinh ăn uống.

3. Xóa phần không thích hợp ở trong ngoặc:

- 3.1. Giun đũa có chu kỳ (đơn giản, phức tạp) nên số người mắc (nhiều, ít).
- 3.2. Sán lá gan có chu kỳ (đơn giản, phức tạp) nên số người mắc (nhiều, ít).

SỐT RÉT VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh sốt rét.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt rét.

1. ĐỊNH NGHĨA

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do Plasmodium sp gây ra, bệnh được truyền từ người này sang người khác qua trung gian muỗi Anopheles. Đây là một bệnh toàn thân, ngoài cơn sốt rét điển hình còn có thể có các bệnh cảnh rất nặng gây tử vong.

2. MẦM BỆNH

Plasmodium sp thuộc nhóm huyết trùng bào tử, có 4 loại gây bệnh cho người là Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae và Plasmodium ovale. Hai loại đầu chiếm ưu thế trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Trong cơ thể người, các Plasmodium sp xâm nhập hồng cầu và đi qua các giai đoạn tự dưỡng, phân liệt. Thể phân liệt vỡ ra phóng thích các mảnh trùng. Mảnh trùng vào hồng cầu và tiếp tục chu trình hồng cầu theo lối sinh sản vô tính. Một số mảnh trùng phát triển thành giao bào.

Khi muỗi Anopheles sp hút máu bệnh nhân, các thể tự dưỡng, phân liệt sẽ chết đi. Giao bào sẽ phát triển thành giao tử. Giao tử được phối hợp với giao tử cái thành hợp tử; hợp tử chuyển động, được gọi là trứng di động, tiến về vách dạ dày muỗi và chui vào đó thành trứng nang, trứng nang lớn dần và chứa đầy thoa trùng. Khi trứng nang vỡ, thoa trùng di chuyển đến tuyến nước bọt.

Muỗi Anopheles sp đốt người và tiêm thoa trùng vào da. Thoa trùng xâm nhập máu rồi tới gan, lớn dần lên thành thể phân liệt ngoại hồng cầu. Thể này vỡ ra phóng thích mảnh trùng. Mảnh trùng xâm nhập hồng cầu và tiếp tục chu trình hồng cầu; với Plasmodium vivax, Plasmodium malariae và Plasmodium ovale, một số mảnh trùng tái xâm nhập tế bào gan tạo thành chu trình ngoại hồng cầu.

Thời gian hoàn thành chu trình vô tính trong hồng cầu thì cố định: 4 giờ với *Plasmodium vivax*, 24-36 giờ với *Plasmodium falciparum*, 72 giờ với *Plasmodium malariae*.

Thời gian hoàn thành chu trình hữu tính ở muỗi thì tùy thuộc nhiệt độ ngoại cảnh: Khi nhiệt độ thấp hơn 14°C chu trình ngưng lại, khi nhiệt độ tăng thì chu trình sẽ rút ngắn đi.

3. DỊCH TỄ

Sốt rét là bệnh xã hội rất phổ biến ở nhiều quốc gia vùng nhiệt đới, châu Phi, châu Á, Trung Mỹ và Nam Mỹ. Môi trường thuận lợi về sinh địa cảnh cũng như ý thức của người dân kém làm tăng sự tiếp xúc giữa người và muỗi *Anopheles* sp do đó gia tăng số người mắc bệnh. Hiện có khoảng 100 quốc gia nằm trong vùng sốt rét, số người bị nhiễm sốt rét ước lượng là 270 triệu người. Bệnh sốt rét phổ biến ở Việt Nam, tập trung ở vùng núi cao, đầm lầy, vùng nước lợ ven biển...

Người ta thường dựa vào tỷ lệ lách to và ký sinh trùng ở trẻ em 2-9 tuổi để phân vùng sốt rét.

Từ thập kỷ 1960 đến nay, lần lượt xuất hiện các chủng *Plasmodium falciparum* kháng thuốc, khiến cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn.

Sự xuất hiện các dòng *Anopheles* kháng DDT khiến người ta phải sử dụng các loại thuốc lân hữu cơ hoặc carbamat thay thế.

Ngoài phương thức truyền tự nhiên qua muỗi *Anopheles*, các ký sinh trùng sốt rét còn có 2 phương thức lan truyền khác:

1. Qua kim chích, truyền máu: gặp ở các thành phố.
2. Qua lá nhau: gặp ở phụ nữ có thai sống trong vùng dịch tễ sốt rét.

4. BỆNH SINH

Sự vỡ hồng cầu, phóng thích sắc tố sốt rét mang tính chu kỳ đều đặn. Sắc tố sốt rét tác động lên trung khu điều hoà nhiệt độ ở hành tuỷ gây sốt. Như vậy, các cơn sốt cũng có tính chu kỳ.

Sốt rét nặng, ác tính là hệ quả của những cơ chế sau:

- Tăng tính thấm thấu của màng não, dẫn đến thoát dịch não tủy và phù não.
- Hiện tượng đông máu rải rác nội mạch.
- Miễn dịch bệnh lý với sự lắng đọng phức hợp miễn dịch.
- Cơ chế nhiễm độc liên quan đến cytokin như TNF (yếu tố gây hoại tử bướu).
- Sự tuần hoàn trong mao mạch não chậm lại đưa đến thiếu oxy và để lâu gây những thương tổn não.

5. TRIỆU CHỨNG

Thời gian ủ bệnh: Khoảng 1-3 tuần.

5.1. Cơ sốt rét thông thường, điển hình

* Giai đoạn rét run:

Khoảng 30-60 phút, thân nhiệt tăng nhưng bệnh nhân lạnh dữ dội, run, nổi da gà.

* Giai đoạn sốt:

Khoảng 60-120 phút, nóng tăng, kèm nhức đầu, nôn mửa.

* Giai đoạn đổ mồ hôi:

- Mồ hôi ra nhiều, khát nước, sốt hạ dần.
- Giữa hai cơn sốt bệnh nhân có khi mệt, buồn ngủ, bỏ ăn nhưng đôi khi vẫn sinh hoạt bình thường.
- Khoảng cách giữa hai cơn sốt rét 24-36 giờ (với *Plasmodium falciparum*); 48 giờ (với *Plasmodium vivax*).
- Một số trường hợp cơn sốt không rõ rệt hoặc kéo dài liên tục.
- Ở người bị sốt rét lâu ngày thường kèm da vàng, xanh xao, thiếu máu, gan lách to.
- Nếu không điều trị hay chưa điều trị đủ, bệnh im lặng một thời gian rồi tái phát.

5.2. Sốt rét nặng (Sốt rét ác tính – SART)

Là một thể rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, cần điều trị kịp thời. Tùy theo triệu chứng nổi bật chia các thể khác nhau.

5.2.1. SRAT thể não.

- Sốt cao liên tục, đột ngột.
- Rối loạn tri giác: Từ lơ mơ đến hôn mê.
- Rối loạn tâm thần.
- Tổn thương thần kinh: Co giật, liệt một số dây thần kinh sọ... có dấu hiệu màng não.
- Bệnh nhân tử vong do suy tuần hoàn, suy hô hấp, suy thận, suy gan.

5.2.2 Sốt rét ác tính thể đái ra huyết sắc tố:

- Xuất huyết đột ngột sau cơn sốt rét.
 - + Sốt cao.
 - + Vàng da.
 - + Nước tiểu sậm màu (màu xám xịt).
- Xét nghiệm: KSTSR (+) trong 50-70% các trường hợp. Có hemoglobin trong nước tiểu.

- Thường kèm theo shock.

5.2.3. Trong thực tế, các trường hợp sốt rét nặng (SRAT) lưu ý:

- Sốt cao liên tục > 39°C.
- Có rối loạn tri giác (mê sảng, trả lời chậm, lơ mơ...).
- Vàng da.
- Nấc, tiểu ít < 40 ml/ 24 giờ.
- Thở nhanh > 30 lần/ phút.
- Xuất huyết bất kỳ nơi nào.
- Huyết áp kẹt.

Xét nghiệm: máu ngoại biên KSTSR (+).

Các xét nghiệm đánh giá chức năng cụ thể khác.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Dịch tễ học

- Sống hoặc đi qua vùng sốt rét.
- Truyền máu, tiêm chích.

6.2. lâm sàng

- Sốt.
- Rối loạn tri giác.

6.3. Xét nghiệm

KST sốt rét (+) trong máu, trong tủy xương, cần làm nhiều lần, cách nhau 6 giờ.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Sốt rét cơn

7.1.1. Sốt rét cơn do *Plasmodium vivax*:

- Người lớn:

Chloroquin: ngày 1: 600mg cơ chất.

ngày 2: 600 mg cơ chất.

ngày 3: 300 mg cơ chất.

Primaquin: 15 mg cơ chất/ ngày x 4 -10 ngày.

(2 viên: 13,2 mg primaquin)

hoặc 4 viên một lần duy nhất.

- Trẻ em:

- + Chloroquin ngày 1: 10mg/kg
ngày 2: 10mg/kg.
ngày 3: 5mg/kg.
- + Primaquin 0,3 mg/kg x 10 ngày.

7.1.2. Sốt rét cơn do *Plasmodium falciparum* kháng chloroquin:

- Người lớn:

Quinin sulfat 30mg/kg/ ngày chia 3 lần x 7 -10 ngày hoặc kèm: Sulfadoxin pyrimethamin 3 viên 1 lần duy nhất.

- Trẻ em: Quinin sulfat 30mg/kg/ ngày x 7-10 ngày.

Sulfadoxin pyrimethamin, theo Pyrimethamin: 1mg/kg x 1 lần duy nhất.

7.1.3. Các loại thuốc mới:

- Mefloquin (Lariam, Fansimef) 15 mg/kg x 1 lần duy nhất.
- Artemisinin và dẫn xuất (Artesunat) giảm ký sinh trùng nhanh, nhưng tái phát dễ, Artemethar chưa xác định liều chính xác; 10mg/kg/ngày x 5 ngày để nghị Artesunat viên.

+ Ngày 1: 10 mg(2v) x 2 lần.

+ Ngày 2: 50mg (1v) x 2lần.

+ Ngày 3, ngày 4, ngày 5: như trên.

Gần đây: Artemisin 250 mg x 2 viên x 5 ngày:

7.2. Điều trị sốt rét ác tính

- Dùng quininclorhydrat 30 mg/kg/ngày, bằng đường tĩnh mạch trong dung dịch glucose 5%.
- Dùng Fansidar chích.
- Hoặc dùng Artesunat truyền tĩnh mạch.

7.3. Điều trị triệu chứng

- Cân bằng nước - điện giải.
- Chống hạ đường huyết.
- Chống suy hô hấp, suy thận.
- Điều chỉnh mạch, huyết áp.

8. DỰ PHÒNG

8.1. Giải quyết các nguồn lây

- Phát hiện người bệnh và điều trị tích cực.
- Quản lý bệnh nhân

8.2. Diệt muỗi, chống muỗi đốt

- Cải tạo môi trường: Phát quang bụi rậm, lấp ao tù, nước đọng, khơi thông cống rãnh, tổng vệ sinh.
- Thả cá ăn bọ gậy.
- Ngủ màn.
- Hoá chất: Sumithion, vectron, permethrin, nhanh xua muỗi...

8.3. Bảo vệ người lành

- Giáo dục sức khoẻ.
- Uống thuốc phòng khi đến vùng sốt rét.
- Ngủ màn.
- Khám tại trạm y tế khi có sốt.

9. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH SỐT RÉT

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp:

- Quan sát da, móng tay, móng chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.
- Sốt rét có biến chứng.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn;

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Sốt rét cơn theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ 6 giờ/ 1 lần, 12 giờ/ 1 lần ở bệnh nhân còn sốt.
- Khi có truyền quinin.
- Suy tim cấp do thiếu máu nặng trong sốt rét đái huyết sắc tố.
- Khi có triệu chứng báo động sốt rét nặng có biến chứng.

9.1.3. Tình trạng thiếu máu:

- Sốt rét cơn.
- Sốt rét nặng.
- Dung tích hồng cầu.
- Mật độ KST sốt rét, Hb.
- Là hậu quả không thể tránh

- Da, niêm mạc xanh nhợt.
- Dung tích hồng cầu < 15% hoặc Hb < 5g/dl cần được truyền máu.

9.1.4. Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ khi sốt cao.
- Đo lượng nước tiểu 24 giờ.
- Vàng da và thay đổi chức năng gan.
- Tri giác: Bứt rứt, vật vã, mê sảng, nhức đầu nhiều.
- Tán huyết trong sốt rét đái huyết sắc tố.
- Xuất huyết dưới da, niêm mạc, xuất huyết tiêu hoá
- Phổi: Tăng nhịp thở, khó thở tăng dần, phổi đầy ran.
- Sốt rét thể giá lạnh: Nhiệt độ thấp hơn bình thường.
- Đái huyết sắc tố có thể gây biến chứng thận, trụ tim mạch.
- Hạ đường huyết: Nặng có thể hôn mê.
- Thiếu nước, giảm nhẹ Calci, phosphat trong huyết tương, giảm albumin máu....

Ngoài ra cần chú ý:

- + Sốt rét ở phụ nữ có thai.
- + Sốt rét ở trẻ em.
- + Sốt rét ở người chích ma túy.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán: Loại Plasmodium nào?
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho

được ở những trường hợp sốt rét nặng hay ở những người cư ngụ tại vùng sốt rét lâu năm.

- Sốt rét nặng có biến chứng suy thận cấp.
- Sốt rét nặng thể gan mật, vàng đậm do suy gan nặng.
- Sốt rét nặng thể não. Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng Glasgow.

- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp, để kịp thời thực hiện chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

bệnh nhân ăn đường miệng không.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên hoặc tư thế dẫn lưu.
- Đặt canuyn Mayo.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Bóp bóng ambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết.
- Hút đờm nhớt.
- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Tuỳ tình trạng của bệnh nhân.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch để thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/ 1 lần.
- Tuỳ tình trạng của bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.

9.3.3. Theo dõi các biến chứng:

(Như tình trạng chung ở trên)

- Báo cáo để bác sĩ kịp thời xử trí

9.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:

- Thuốc: Cân bệnh nhân lúc vào để tính liều thuốc.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Các xét nghiệm: Tiêu bản máu.
- Theo chỉ định của bác sĩ để theo dõi bệnh

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Lau mát nếu có sốt cao, thuốc hạ nhiệt.
 - Co giật: giữ an toàn và cho thuốc chống co giật.
 - Đo nước tiểu 24 giờ khi bệnh nhân suy thận.
 - Đặt thông tiểu tiện, nếu không có nước tiểu nên thăm phân phúc mạc hay chạy thận nhân tạo.
 - Theo dõi tri giác trong sốt rét thể não.
 - Theo dõi hạ đường huyết.
 - Cho thuốc lợi tiểu đường tĩnh mạch theo chỉ định và theo dõi lượng nước tiểu sau tiêm 1 giờ trong phù phổi cấp.
 - Vệ sinh răng miệng, tai, mắt, mũi.
 - Vệ sinh da: Tắm cho bệnh nhân hàng ngày và xoay trở ngừa loét.
 - Nuôi dưỡng:
 - + Bệnh nhân sốt cho uống nhiều nước, ăn lỏng dễ tiêu.
 - + Có suy thận thì cần giảm đạm.
 - + Có suy gan thì cần giảm mỡ.
 - + Bệnh nhân hôn mê: Nuôi ăn bằng dung dịch đường ưu trương truyền tĩnh mạch, đề phòng hạ đường huyết và cung cấp năng lượng hoặc cho ăn qua thông dạ dày: bằng súp sữa.
- Có thể cho nằm phòng lạnh hoặc quạt tốc độ nhỏ.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe:

Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân

- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị

của bệnh nhân.

- Diệt muỗi, bọ gậy.
- Ngủ màn.
- Uống thuốc phòng: Bảng Fansidar và chloroquin.
- Hiện nay, ở vùng dịch tễ người dân được hướng dẫn ngủ màn có tẩm permethrin và phun thuốc diệt muỗi deltamethrin.

9.4. Đánh giá kết quả chăm sóc

Được đánh giá chăm sóc tốt nếu:

- Sốt rét cơn: Giữa các cơn bệnh nhân vẫn cảm thấy dễ chịu, bình thường nhưng tái đi, tái lại tùy loại Plasmodium; bệnh nhân có thể xanh xao, thiếu máu, gan và lách to, cần bồi dưỡng sức khỏe cho bệnh nhân thêm một thời gian mới bình phục.
- Sốt rét nặng có biến chứng: Plasmodium falciparum thường gây sốt rét nặng mặc dù được chăm sóc tốt và điều trị tích cực nhưng tỷ lệ tử vong còn cao.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1 đến 5.

1. Loại ký sinh trùng sốt rét phổ biến nhất ở Việt Nam là:

- A. Plasmodium falciparum.
- B. Plasmodium vivax.
- C. Plasmodium malariae.
- D. Plasmodium ovale.

2. Chu trình phát triển của Plasmodium vivax khác Plasmodium falciparum

ở chỗ:

- A. Plasmodium vivax có chu trình ngoại hồng cầu.
- B. Plasmodium vivax có thành lập giao bào.
- C. Plasmodium vivax có thể tự dưỡng.
- D. Plasmodium vivax có thể phân liệt.

3. Chu trình hữu tính của ký sinh trùng sốt rét xảy ra ở:

- A. Muỗi Aedes.
- B. Muỗi Culex.
- C. Muỗi Anopheles.

- D. Muỗi *Mansonia*.
4. Cơn sốt rét điển hình lần lượt đi qua:
- A. Sốt- rét- đổ mồ hôi.
 - B. Sốt- đổ mồ hôi- rét.
 - C. Rét -sốt - đổ mồ hôi.
 - D. Đổ mồ hôi - rét- sốt.
5. Trong sốt rét đại huyết sắc tố, bệnh nhân có các triệu chứng sau, trừ:
- A. Sốt cao.
 - B. Vàng da.
 - C. Viêm phổi.
 - D. Nước tiểu sẫm màu.
6. Trả lời ngắn gọn câu sau đây:
- Ba biện pháp chủ yếu dự phòng sốt rét, là:
- 1)....
 - 2)....
 - 3)....

BỆNH DO GIUN KIM

Mục tiêu học tập

- 1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học của bệnh giun kim.
- 2. Nêu được cách điều trị bệnh giun kim.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đường ruột do *Enterobius Vermicularis* rất phổ biến, có tính chất dễ lây lan, là một bệnh nhẹ ở đường ruột, với những chuỗi phản xạ và biến chứng có thể làm ảnh hưởng đến sức khỏe nói chung.

2. KÝ SINH TRÙNG

Enterobius Vermicularis là một loại giun tròn nhỏ, màu trắng đục, con đực dài 3-5mm, đuôi cong, có gai giao hợp. Con cái dài 9-12 mm, đuôi nhọn, thẳng, thường thấy ở quanh hậu môn bệnh nhân vào ban đêm với một tử cung chứa đầy trứng. Trứng có phôi nên có tính lây nhiễm ngay.

Giun sống ở quanh vùng manh tràng. Sau khi giao hợp, con cái di chuyển xuống trực tràng. Ban đêm, nó chui qua hậu môn và đẻ trứng ở vùng quanh hậu môn rồi chết. Trứng giun dính vào tay khi trẻ ngứa gãi hoặc bay lơ lửng trong không khí và xâm nhập vào người khác qua đường hô hấp hoặc bệnh nhân tự tái nhiễm do cảm thức ăn mà không rửa tay. Trứng nở ra ấu trùng ở tá tràng, ấu trùng di chuyển xuống vùng manh tràng và trưởng thành trong vòng 2-4 tuần. Giun trưởng thành sống được tối đa 2 tháng.

Trong một số trường hợp, giun cái sau khi qua hậu môn có thể chui ngược vào cơ quan sinh dục gây viêm âm đạo.

3. DỊCH TỄ

Bệnh giun kim có sự phân bố rộng rãi khắp thế giới. Tỷ lệ nhiễm giun kim thường cao, nhất là ở nơi tập trung đông người (trường học, nhà trẻ...), không phụ thuộc điều kiện địa lý, khí hậu, mà chủ yếu phụ thuộc điều kiện vệ sinh cá nhân và ngoại cảnh. Trẻ em thường nhiễm giun cao hơn người lớn. Các phương thức lây nhiễm là:

1. Gãi hậu môn rồi đưa tay có trứng giun vào miệng (mút ngón tay, cảm thức ăn...).
2. Hít phải trứng giun lơ lửng trong không khí sau đó mới nuốt vào thực quản.
3. Trứng giun có thể khuyếch tán ở mọi chỗ (chăn, chiếu, ghế, bàn, sàn nhà. ...) từ đó xâm nhập vào những người khác trong gia đình hay tập thể qua đường hô hấp hoặc đường miệng.

4. BỆNH SINH

Giun có thể gây viêm loét niêm mạc ruột già, đôi khi có xuất huyết khi giun đẻ trứng ở quanh hậu môn và gây ngứa dữ dội, các vết trầy xước do gãi có thể bị bội nhiễm. Sự khó chịu và mất ngủ có thể dẫn bệnh nhân tới một chuỗi những triệu chứng phản xạ và gây suy kiệt cơ thể.

Khi giun kim lạc vào âm đạo sẽ bị chết vì điều kiện sống ở đó khác trong ruột. Các chất phóng thích từ xác giun gây phản ứng viêm.

Triệu chứng:

4.1. Một số người, thường là người lớn, nhiễm giun mà không có hoặc có rất ít triệu chứng.

4.2. Triệu chứng liên quan đến giun trong ruột

- Ngứa hậu môn vào ban đêm.
- Trầy, xước, có hay không có ứ mủ ở vùng da quanh hậu môn.

- Đau hố chậu phải.
- Ăn mất ngon, sụt cân, buồn nôn, đầy dâm, cau có, nghiến răng.

4.3. Triệu chứng liên quan đến giun lạc chỗ

- Ngứa âm hộ.
- Viêm âm đạo.
- U nhỏ ở vòi trứng, ổ bụng (hiếm).

5. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào các yếu tố

5.1. Lâm sàng

- Ngứa hậu môn vào ban đêm.
- Thấy giun ở quanh hậu môn.

5.2. Cận lâm sàng

- Không xét nghiệm phân vì giun không đẻ trứng trong ruột.
- Tìm trứng giun bằng phương pháp Graham: buổi sáng lúc bệnh nhân thức dậy chưa làm vệ sinh, dùng một miếng băng keo trong dính quệt vùng rìa hậu môn, sau đó dán lên miếng kính và quan sát dưới kính hiển vi.

6. ĐIỀU TRỊ

- Mebendazol 100mg hay Flubendazol 100mg hay Pyrante Pamoat 10 mg/kg liều duy nhất.
- Piperazin dưới dạng sirô citrat hay hydrat piperazin 50mg/kg/ ngày trong 5-7 ngày, hay dạng sebacat piperazin 50mg/kg/ ngày trong 2 ngày.
- Cần tiến hành dùng thuốc ngay cho cả nhà hoặc cả tập thể, có thể lặp lại đợt 2 sau 10-15 ngày.

7. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC

- Điều trị hàng loạt cho gia đình, tập thể kết hợp với vệ sinh nhà cửa (lau nhà, thoáng khí, tránh ẩm ướt...).
- Giáo dục vệ sinh cá nhân: Rửa tay trước khi ăn, cắt móng tay, không để trẻ cắn móng tay, không mút ngón tay.
- Không cho trẻ mặc quần thùng đáy.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1 đến 4 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu:

1. *Enterobius Vermicularis* thường sống ở:

- A. Ngoại cảnh.
- B. Thực quản.
- C. Ruột non.
- D. Manh tràng.

2. Giun cái thường đẻ trứng lúc:

- A. Sáng sớm.
- B. Trưa.
- C. Chiều.
- D. Đêm.

3. Đề phòng nhiễm giun kim:

- A. Cắn móng tay.
- B. Mút ngón tay.
- C. Dùng tay bốc thức ăn.
- D. Dùng đũa gắp thức ăn.

4. Khi giun đẻ trứng thì triệu chứng quan trọng nhất thể hiện trên bệnh nhân là:

- A. Đau bụng
- B. Buồn nôn.
- C. Ngứa hậu môn.
- D. Ngứa âm hộ.

Phân biệt đúng sai câu 5,6 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

5. Phương pháp Graham được tiến hành thuận tiện và tốt nhất vào buổi sáng sớm khi bệnh nhân vừa thức dậy, chưa làm vệ sinh.

- A. Đúng B. Sai

6. Trong dự phòng bệnh giun kim, ngoài cách chăm sóc, giáo dục người bệnh vệ sinh phòng bệnh còn phải tiến hành điều trị hàng loạt.

- A. Đúng; B. Sai.

BỆNH DO GIUN ĐƯA

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học và cách phòng bệnh giun đũa.
2. Kể được phương pháp điều trị bệnh giun đũa.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đường ruột do *Ascaris Lumbricoides* rất phổ biến, có tính chất dễ lây lan, bệnh thoáng qua trong giai đoạn xâm nhập (Loeffler), triệu chứng không đặc hiệu trong giai đoạn giun trưởng thành với các hội chứng đường ruột, "Hội chứng giun", triệu chứng nhiễm độc. Các biến chứng ngoại khoa ít gặp, nhưng cần sự can thiệp khẩn cấp.

2. KÝ SINH TRÙNG

Ascaris Lumbricoides là một loại giun tròn lớn, màu trắng hồng, con đực dài 20-25cm, đuôi cong, có gai giao hợp. Con cái dài 20-30 cm, đuôi thẳng.

Giun trưởng thành sống ở ruột non, hấp thụ các thức ăn có trong lòng ruột (carbonhydrat, protein...). Giun cái đẻ khoảng 200.000 trứng/ ngày. Trứng theo phân ra ngoài mới chỉ có một đám tế bào phôi. Sau 2-4 tuần ở ngoại cảnh (đất, rau, nước, trong trứng đã có ấu trùng). Khi được nuốt vào ruột non, trứng nở ra ấu trùng; ấu trùng chui vào vách ruột theo máu lên gan, từ đó đến phổi, ấu trùng ở phổi khoảng 1 tuần rồi theo tiểu phế quản, đi lên phế quản và được nuốt xuống thực quản, rồi định vị ở ruột non. Giun trưởng thành sau 1 tháng, nhưng phải thêm 1 tháng nữa mới bắt đầu đẻ trứng.

Giun sống được 12-18 tháng.

3. DỊCH TỄ

Bệnh giun đũa gặp ở khắp nơi. Trứng giun đũa được thải ra ngoài với số lượng lớn, vỏ trứng dày và bền vững với nhiều tác nhân lý hoá, trứng giun đũa sống được nhiều tháng cho đến 6 năm ở ngoại cảnh nhất là những nơi

sử dụng phân người để bón cây (ở Việt Nam : miền Bắc 70-80%, miền Nam 18-35%).

Người ta thường nhiễm giun là do ăn rau sống có lẫn trứng hoặc uống nước không đun sôi.

4. BỆNH SINH

Ấu trùng giun thường không gây thiệt hại gì cho gan. Ở phổi, ấu trùng to hơn, phá vỡ vách huyết quản để vào phế nang và tiểu phế quản gây xuất huyết và viêm phổi. Một số người bị dị ứng với ấu trùng.

Giun trưởng thành trong ruột có thể gây các tổn thương cơ học như làm trầy xước niêm mạc, tắc nghẽn lòng ruột, giun chui lên ống mật chủ, ống tụy hoặc xuyên thủng ruột, cũng như bò lên thực quản. Nó có thể tước đoạt thức ăn của ký chủ. Các chất thải ra của giun sống hoặc do xác giun rữa nát có thể ngấm vào máu gây hiện tượng nhiễm độc và dị ứng.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Giai đoạn ấu trùng

Hội chứng Loeffler: (Từ ngày 3-4 đến 10-15 sau khi nuốt trứng):

- Sốt có thể đến 39-40°C.
- Khó thở dạng hen.
- Tăng bạch cầu toan tính trong máu đến 20-40%.
- Đôi khi có nổi mề đay, phù.
- X. quang có hình ảnh thâm nhiễm phổi nhất thời, hình ảnh đó biến mất sau 1 tuần.

5.2. Giai đoạn giun trưởng thành: (Từ tuần lễ thứ 3 trở đi).

5.2.1. Triệu chứng đường ruột:

- Đau mơ hồ quanh rốn.
- Có thể ăn chậm tiêu, tiêu chảy.
- Xen kẽ táo bón, buồn nôn.

5.2.2. Hội chứng giun: Ho, chảy nước bọt, co giật cơ, vẻ mặt buồn bã, sốt nhẹ.

5.2.3. Triệu chứng nhiễm độc: (Toxemia)

- Khó ngủ, vật vã.
- Biểu hiện giống viêm màng não, liệt chi dưới.
- Ngứa, phù Quink, nổi mẩn đỏ da.

5.2.4. Biến chứng

- Tác ruột bởi búi giun.
- Xoắn ruột.
- Lồng ruột.
- Thoát vị bẹn.
- Giun chui ống mật.
- Giun chui ống tụy.
- Giun gây viêm ruột thừa.
- Giun làm thủng ruột dẫn đến viêm phúc mạc.
- Giun chui ngược lên thực quản, phế quản.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Giai đoạn ấu trùng: Dựa vào:

- Gia tăng bạch cầu toan tính trong máu.
- Sự thay đổi nhanh của phim X quang phổi.

6.2. Giai đoạn trưởng thành

6.2.1. Từ tuần lễ thứ 3 đến thứ 8:

Giun trưởng thành nhưng chưa đẻ trứng, xét nghiệm phân âm tính, bạch cầu toan tính giảm từ 20-40% xuống dần đến 6-7%.

6.2.2. Từ tuần lễ thứ 9 trở đi: Xét nghiệm tìm trứng trong phân rất dễ dàng.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Giai đoạn ấu trùng: Không có điều trị đặc hiệu.

7.2. Giai đoạn trưởng thành

7.2.1. Có thể dùng thuốc xổ giun từ tuần lễ thứ 3 trở đi:

Piperazin dưới dạng sirô citrat hay hydrat piperazin 50mg/kg/ ngày trong 5-7 ngày, hay dạng sebacat piperazin liều 50mg/kg/ ngày trong 2 ngày.

- Levamisol 3 mg/kg liều duy nhất.
- Pyrantel pamoat 10mg/kg liều duy nhất.
- Mebendazol 100 mg x 2 lần/ ngày trong 3 ngày.
- Albendazol 400 mg (người lớn) hay 200 mg (trẻ em) liều duy nhất.

7.2.2. Can thiệp ngoại khoa khẩn cấp:

Cho các trường hợp:

Tắc ruột.

- Viêm ruột thừa.
- Viêm tụy cấp.
- Vàng da do tắc ống mật chủ.

8. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC

8.1. Dự phòng

- Điều trị hàng loạt để giảm số lượng người mang ký sinh trùng.
- Quản lý phân bằng các loại hố xí hợp tiêu chuẩn vệ sinh, không sử dụng phân tươi để bón cây.
- Làm sạch nước uống.
- Vệ sinh cá nhân, vệ sinh thực phẩm.

8.2. Chăm sóc bệnh nhân

8.2.1. Với các người sở giun:

Chăm sóc chính là giúp bệnh nhân xổ sạch giun và hạn chế các phản ứng phụ do thuốc, cũng như tránh các trường hợp chống chỉ định thuốc (ví dụ tránh dùng Vemox, Zentel cho phụ nữ có thai...).

8.2.2. Với các người cần can thiệp ngoại khoa:

Chăm sóc, điều dưỡng ở đây nằm trong chăm sóc điều dưỡng chung tiền phẫu, hậu phẫu của các bệnh cảnh ngoại khoa ấy (tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm tụy cấp, tắc ống mật chủ...)

Tự lượng giá

Phân biệt đúng sai các câu từ 1 đến 4 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

1. Trứng giun đũa khi vừa ra khỏi cơ thể bệnh nhân đã có khả năng lây nhiễm ngay.

A. Đúng B. Sai.

2. Sau khi nở ra trong ruột non, ấu trùng giun đũa qua các nơi sau trước khi trưởng thành: Vách ruột, máu, gan, phổi, phế quản, thực quản, ruột non:

A. Đúng B. Sai.

3. Tăng bạch cầu toan tính trong máu đến 20-40 % gặp trong giai đoạn giun trưởng thành:

A. Đúng B. Sai.

4. Các biến chứng ngoại khoa do giun đũa gây nên cần can thiệp khẩn cấp:

- A. Đúng
- B. Sai

Chọn câu trả lời đúng nhất cho câu hỏi từ 5 đến 8 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu:

5. Ở ngoại cảnh, trứng giun đũa có thể sống đến:

- A. Vài tuần.
- B. Vài tháng.
- C. 1 năm.
- D. 6 năm.

6. Người ta nhiễm giun đũa là do:

- A. Uống nước không đun sôi.
- B. Ăn thịt bò tái.
- C. Ăn rau sống.
- D. A và C đúng.

7. Ấu trùng giun đũa có thể gây các tác hại sau đây cho ký chủ, trừ:

- A. Xuất huyết ở phổi.
- B. Xuất huyết ở ruột.
- C. Viêm phổi.
- D. Dị ứng

8. Hội chứng Loeffler xuất hiện ngày 3-4 sau khi nuốt phải trứng giun đũa và biến mất vào ngày:

- A. 4 – 6
- B. 7 – 9
- C. 10 – 15
- D. 16 – 20

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi 9 và 10.

9. Phương pháp chẩn đoán dễ dàng nhất trong giai đoạn giun trưởng thành (tuần lễ thứ 9 trở đi) là....

10. Trong chăm sóc bệnh nhân điều trị xổ giun ta cần chú ý:

10.1....

10.2....

BỆNH DO GIUN MÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và dự phòng bệnh giun móc.
2. Trình bày được các biện pháp chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh giun móc.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh mạn tính do giun móc gây ra, phổ biến ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Bệnh có biểu hiện tiêu hoá nhưng sự trầm trọng lại là thiếu máu nhược sắc do giun có khả năng làm mất khối lượng máu lớn.

2. KÝ SINH TRÙNG

Giun *Ancylostoma Duodenale* trưởng thành màu trắng xám, xoang miệng có 2 đôi răng nhọn. Giun đực dài 8-11 mm, phần đuôi phình to thành hình túi (bursa), sườn lưng đến đuôi chia làm 2 nhánh, mỗi nhánh chẻ 3. Giun đực có 2 gai giao hợp tách rời. Giun cái dài 10-13 mm, đuôi cùn.

Giun *Necator Americanus* trưởng thành nhỏ hơn *Ancylostoma Duodenale*, xoang miệng có 2 dao hình bán nguyệt. Giun đực dài 7-9mm, sườn lưng đến đuôi chia làm 2 nhánh, mỗi nhánh chẻ 2, giun đực có 2 gai giao hợp chụm lại. Giun cái dài 9-11mm.

Ancylostoma Duodenale sống ở tá tràng, *Necator Americanus* sống ở phần đầu hồi tràng. Giun cái đẻ 10.000 trứng (*Necator*) hay 20.000 trứng (*Ancylostoma*)/ngày. Trứng theo phân ra ngoài có một đám tế bào phôi, ở ngoại cảnh phù hợp: Đất xốp ẩm, có bóng râm, pH trung tính... trứng phát triển và nở ra ấu trùng I sau 3-5 ngày; ấu trùng (ăn các chất hữu cơ trong phân và lột xác thành ấu trùng II sau 1 tuần). Ấu trùng II có khả năng lây nhiễm, không

án, nó có thể sống tới đa 3 tháng ở ngoại cảnh. Khi người tiếp xúc với đất có ấu trùng II, nó chui qua da, vào máu, lên gan rồi tới phổi. Sau đó ấu trùng di chuyển lên phế quản, xuống ruột non và trưởng thành khoảng 30 ngày sau khi nhiễm, 10 ngày sau đó giun cái bắt đầu đẻ trứng.

3. DỊCH TỄ

Bệnh do giun móc phổ biến ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, nhất là những nơi người dân sống thiếu vệ sinh (đi tiêu bừa bãi), có tục sử dụng phân người để bón cây, có tập quán đi chân đất, tay tiếp xúc với đất trong khi lao động: Ở vùng ôn đới, bệnh tập trung vào các vùng hầm mỏ, những kho dưới đất. Bệnh có vẻ như một bệnh nghề nghiệp.

Tỷ lệ nhiễm giun chịu ảnh hưởng rõ rệt của các yếu tố địa lý, thời tiết, tuổi, mức độ tiếp xúc với đất. Ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm giun ở miền Bắc là 10-15%, miền Nam khoảng 10% nói chung nhưng cao hơn ở các vùng trồng rẫy, cao su, làm gạch ngói...

4. BỆNH SINH

Ấu trùng giun khi chui vào da có thể gây ngứa ở điểm xâm nhập, cũng như chúng có thể gây phản ứng viêm ở phổi, mức độ nghiêm trọng tùy vào số lượng ấu trùng.

Giun trưởng thành gây viêm ruột, tiêu chảy vào lúc đầu. Sau đó giun tiết ra chất kháng đông gây xuất huyết liên tục ở niêm mạc nơi giun bám, bệnh nhân bị mất máu một phần do giun hút vào ruột, một phần máu chảy vào lòng ruột theo phân ra ngoài. Số lượng máu mất/ 1 con giun/ ngày là 0,03 ml với *Necator Americanus* và 0,20 ml với *Ancylostoma Duodenal*. Dần dần trữ lượng sắt trong cơ thể bị hao hụt, bệnh nhân bị thiếu máu nhược sắc, dẫn theo các hội chứng lâm sàng liên quan đến thiếu máu.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Giai đoạn ấu trùng qua da, phổi

- Ngứa da, mẩn đỏ ở chân, tay.
- Ho, khó nuốt... không có hội chứng Loeffler rõ như trường hợp giun đũa.

5.2. Giai đoạn giun trưởng thành

5.2.1. Rối loạn tiêu hoá:

- Đau thượng vị (viêm tá tràng).
- Nôn, ói.

- Ăn không ngon.
- Tiêu chảy.

5.2.2. Hội chứng thiếu máu:

Mức độ trầm trọng tùy theo số lượng giun ký sinh và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

- Da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt.
- Khó thở, tim đập nhanh, huyết áp giảm, bóng tim to trên X quang.
- Da phù, dấu Godet (+), móng dẹt, cong như muỗng cà phê.
- Hồng cầu có thể chỉ còn 1-2 triệu/ mm³, hemoglobin có khi còn 2 g%, hồng cầu nhỏ, nhược sắc.

6. CHẨN ĐOÁN

- Tìm trứng giun trong phân.
- Đếm số trứng giun có thể cho biết số lượng giun nhiễm.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Tẩy giun bằng

- Pyrantel pamoat: 20mg/kg/ ngày trong 2-3 ngày.
- Thiabendazol 50 mg/kg liều duy nhất.
- Livamisol 6 mg/ kg/ngày trong 2 ngày.
- Mebendazol 200mg/ ngày trong 3 ngày.
- Albendazol liều duy nhất 400 mg.

7.2. Bù sắt

Sulfat hay fumarat sắt 0,5- 1g/ngày. Khi nặng có thể truyền máu.

8. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC

8.1. Dự phòng

- Phát hiện bệnh và điều trị hàng loạt.
- Quản lý tốt phân, vận động người dân làm hố xí hợp vệ sinh, không đi tiêu bừa bãi, không dùng phân tươi để bón cây.
- Diệt ấu trùng ở ngoại cảnh: rắc vôi ở nơi ô nhiễm nặng.
- Giáo dục sức khỏe về các biện pháp phòng chống giun.
- Công nhân hầm mỏ, người dân phải tiếp xúc với đất cần mang giày khi lao động, phòng chống suy dinh dưỡng.

8.2. Chăm sóc bệnh nhân

Ngoài các biện pháp dự phòng cho cá nhân (giáo dục sức khỏe...), việc chăm sóc bệnh nhân nhằm:

- Tẩy giun một cách có hiệu quả (sạch giun) và an toàn (tránh các phản ứng phụ của thuốc). Chú ý các chống chỉ định của Mebendazol, Albendazol, đặc biệt với người có thai.
- Chăm sóc bệnh nhân cũng nằm trong chăm sóc người bị thiếu máu nhược sắc nói chung. Bù đủ sắt và bồi dưỡng cơ thể sẽ làm cải thiện rất nhanh bệnh cảnh thiếu máu do giun.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 4.

1. Hai loại giun móc ký sinh ở người là:

1.1....

1.2...

2. Hai tác hại chính ở đường ruột mà giun móc gây ra cho ký chủ là:

2.1....

2.2....

3. Khi bệnh nhân thiếu máu nặng, chụp phim X quang sẽ thấy bóng tim (1)... Sau khi tẩy giun và bù sắt bóng tim sẽ..(2)..

4. Trong điều trị bệnh giun móc, hai việc làm quan trọng là:

4.1...

4.2...

Phân biệt đúng sai bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B cho các câu hỏi 5,6:

5. Necator Americanus làm cho ký chủ mất máu nhiều hơn Ancylostoma Duodenale:

A. Đúng

B. Sai.

6. Đếm số trứng giun trong phân có thể cho biết số lượng giun nhiễm, từ đó giải thích được mức độ trầm trọng của thiếu máu.

A. Đúng

B. Sai

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu sau (khoanh tròn đầu câu)

7. Nhiễm giun móc là do:

A. Nuốt phải trứng giun khi ăn rau.

- B. Nuốt phải trứng giun khi uống nước.
 - C. Ấu trùng I từ đất chui qua da.
 - D. Ấu trùng II từ đất chui qua da.
8. Ấu trùng II có thể sống tối đa bao lâu ở ngoại cảnh:
- A. 10 ngày.
 - B. 30 ngày.
 - C. 60 ngày.
 - D. 90 ngày.
9. Các điều sau đây làm cho giun móc trở nên phổ biến, trừ:
- A. Đi tiêu bữa bãi ra ngoại cảnh.
 - B. Bón cây bằng phân tươi.
 - C. Đi chân đất.
 - D. Bơi lội dưới nước.
10. Triệu chứng sau đây không thuộc hội chứng thiếu máu:
- A. Da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt.
 - B. Nôn, ói.
 - C. Móng cong, dẹt.
 - D. Khó thở, tim đập nhanh.

BỆNH DO SÁN DẢI BÒ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày bệnh học, dịch tễ học. Cách phòng bệnh và điều trị bệnh sán dải bò.
2. Kể được cách chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh sán dải bò.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đường ruột do sán dải bò hay sán dây bò (*Toenia Saginata*), thường lành tính, có liên quan đến thói quen ăn thịt bò sống, bò tái.

2. KÝ SINH TRÙNG

Sán trưởng thành dài 4-10 m, có 1.000- 2.000 đốt sán. Đầu sán hình quả lê, đường kính 1-2mm, có 4 đĩa hút hình bán cầu. Đốt sán trưởng thành rộng khoảng 1,2 cm, có lỗ sinh dục bên xen kẽ không đều đặn. Đốt sán mang trứng (1,6 - 2cm) x (0,5 - 0,7 cm), tử cung ở giữa có 15-18 nhánh bên, chứa khoảng 100.000 trứng.

Toenia Saginata sống ở đoạn trên hồng tràng. Đốt sán mang trứng đứt rời ra và khi xuống ruột già, bò qua hậu môn bệnh nhân ra ngoài. Trứng sán sẽ được tung ra khi đốt sán nứt, trứng có sẵn phôi 6 móc nên có ngay tính lây nhiễm. Khi bò, cừu ăn cỏ nuốt phải trứng, phôi 6 móc nở ra trong ruột, vào máu và trở về tim, theo đại tuần hoàn đến và định vị ở bắp thịt, các cơ quan nội tạng. Tại đây, chúng phát triển thành nang ấu trùng (*Cysticercus Bovis*) trong vòng 3-4 tháng. Khi người ăn thịt bò còn sống, nang ấu trùng theo đường miệng xuống ruột non, bung đầu sán ra bám vào niêm mạc ruột và mọc các đốt sán trưởng thành trong 2 - 2,5 tháng. Thường mỗi người chỉ nhiễm 1 sán trưởng thành thôi, sán sống 25 năm.

3. DỊCH TỄ

Bệnh do sán dải bò gặp ở những nơi có tục ăn thịt sống hay tái. Bò, cừu nhiễm sán là do ăn cỏ có lẫn trứng sán. Trứng sán có thể sống đến 8 tuần ở ngoài cảnh. Nang ấu trùng thường thấy ở cơ lưỡi, tim, cơ mông, cơ hoành... của bò.

Người Việt Nam thường nhiễm sán là do ăn phở bò tái hay thịt bò nhúng dấm.

Những xứ theo đạo Hồi, không được ăn thịt bò nên không hay gặp bệnh do sán dải bò.

4. BỆNH SINH

Sán trưởng thành hấp thụ các chất bổ dưỡng có trong thức ăn. Sán có thể kích thích niêm mạc ruột. Các đốt sán có thể cuộn lại thành múi gây tắc ruột.

5. TRIỆU CHỨNG

Không có gì đặc hiệu, có thể:

- Đau thượng vị, buồn nôn, tiêu chảy.
- Nhột hậu môn, ngứa hậu môn (khi đốt sán bò ra).

6. CHẨN ĐOÁN

- Thu thập các đốt sán quanh chỗ bệnh nhân nằm ngủ, chẩn đoán xác định bằng cách đếm số nhánh tử cung.

- Có thể tìm trứng sán bằng phương pháp Graham.

7. ĐIỀU TRỊ

Xổ sán bằng:

- Niclosamid: nhai, uống 4 viên 0,5g.
- Praziquantel 10mg/kg liều duy nhất.

Khi sán ra, nên để tự nhiên, không rặn vì có thể làm đứt sán. Tìm thấy đầu sán mới xem như thành công. Nếu còn sót đầu sán trong ruột thì 2,5 tháng sau nó lại mọc thành một con sán mới.

8. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC

- Kiểm soát thịt bò trước khi đem bán cho người tiêu thụ.
- Tránh ăn thịt bò sống, ăn tái.
- Giáo dục sức khỏe.
- Nhắc bệnh nhân phải kiên nhẫn khi xổ sán, không nôn nóng, có thể làm đứt sán và thất bại điều trị.

Tự lượng giá

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 1 đến 5 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu:

1. Đầu sán *Toenia Saginata* lớn bằng:

- A. Hạt đậu xanh.
- B. Hạt đậu phộng.
- C. Hạt điều (đào lộn hột).
- D. Hạt đậu trắng

2. Đốt sán mang trứng thường có một tử cung ở giữa với:

- A. 5-9 nhánh bên.
- B. 10-14 nhánh bên.
- C. 15-18 nhánh bên.
- D. 19-25 nhánh bên.

3. Món ăn sau đây có thể đưa đến nhiễm *Toenia Saginata*:

- A. Phở nạm.
- B. Phở tái.
- C. Nem chua.
- D. Gỏi cá.

4. Sán trưởng thành có thể gây tác hại sau đây cho ký chủ, trừ:

- A. Hấp thụ chất bổ trong thức ăn.

- B. Gây xuất huyết tiêu hoá.
 - C. Kích thích niêm mạc ruột.
 - D. Gây tắc ruột.
5. Phương pháp Graham có thể cho ta tìm thấy:
- A. Đầu sán.
 - B. Đốt sán trưởng thành.
 - C. Trứng sán.
 - D. Đốt sán mang trứng.
- Phân biệt đúng sai các câu hỏi 6 đến 8 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.
6. Trứng sán có khả năng lây nhiễm ngay khi rời đốt sán mang trứng:
- A. Đúng.
 - B. Sai.
7. Người ta nhiễm sán là do nuốt phải trứng sán (trong thức ăn).
- A. Đúng.
 - B. Sai.
8. Giải thích cho bệnh nhân kiên nhẫn trong lúc xổ sán là cần thiết:
- A. Đúng.
 - B. Sai.
9. Trả lời ngắn gọn câu sau:
- Nếu đang xổ sán mà bị đứt sán giữa chừng thì.. sau 2,5 tháng.

BỆNH DO SÁN DẢI HEO

Mục tiêu học tập

1. **Trình bày được bệnh học, dịch tễ học và phương pháp điều trị bệnh do sán dải heo.**
2. **Trình bày được các biện pháp đề phòng và chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh do sán dải heo.**

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đường ruột do sán dải heo (sán dây lợn *Toenia Solium*) trưởng thành thường lành tính, có liên quan đến tục ăn thịt heo sống. Nhưng bệnh do ấu trùng sán có liên quan đến việc ăn rau sống không rửa kỹ lại đa dạng về lâm sàng (tuỳ cơ quan ký sinh), đôi khi nguy hiểm và đưa đến tử vong.

2. KÝ SINH TRÙNG

Sán trưởng thành dài 2-40 m, có 800-1.000 đốt sán. Đầu sán hình cầu, đường kính khoảng 1mm, có 4 đĩa hút và chùy nhô lên, mang một hàng móc đôi; đốt sán trưởng thành gần như hình vuông, có lỗ sinh dục xen kẽ tương đối đều đặn. Đốt sán mang trứng 1,2 cm x 0,6 cm, tử cung ở giữa có 7-12 nhánh bên, chứa 30.000 - 50.000 trứng.

Toenia Solium sống ở phần đầu hồng tràng. Đốt sán mang trứng đứt ra thành chuỗi 4-5 đốt, đốt sán hoặc theo phân ra ngoài, hoặc vỡ phóng thích trứng ngay trong ruột già cho trứng theo phân ra ngoài. Trứng đã có sẵn phôi 6 móc nên có khả năng lây nhiễm ngay, ra ngoài dính lên đất, rau, cỏ... khi heo ăn rau, cỏ... nuốt phải trứng, phôi 6 móc nở ra trong ruột, vào máu và trở về tim, theo đại tuần hoàn đến và định vị ở bắp thịt, các cơ quan nội tạng. Tại đây, chúng phát triển thành nang ấu trùng (*Cysticercus Cellulosae*) sau 9-10 tuần. Khi người ăn thịt heo gạo còn sống (nem) hoặc chưa nấu chín, nang ấu trùng theo đường miệng xuống ruột non, bung đầu sán ra bám vào niêm mạc và mọc các đốt sán, thành 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, vào máu, về tim rồi theo đại tuần hoàn lên não, mắt, da, phổi, thận... và phát triển thành nang ấu trùng. Tình trạng nhiễm ấu trùng trong mô còn có thể xảy ra khi người mang sán trưởng thành nôn mửa, đưa đốt sán mang trứng từ ruột non lên dạ dày.

3. DỊCH TỄ

Bệnh do sán dải heo ở khắp nơi, tỷ lệ nhiễm sán cao ở những nơi nuôi heo thả rông, có tục ăn thịt heo sống và tình trạng quản lý phân chưa tốt. Những trường hợp nhiễm sán ở Việt Nam thường do ăn nem; những người theo đạo Hồi hoặc đạo Do Thái không nhiễm sán vì họ không ăn thịt heo. Heo nhiễm sán là do ăn cỏ hoặc rau có ô nhiễm phân người.

Ở Việt Nam bệnh gạo ở người thường gặp, người Việt Nam cũng thường ăn rau sống, mà rau cũng có thể được bón phân người, khi ăn không rửa kỹ bị nhiễm phải trứng sán.

4. BỆNH SINH

Sán trưởng thành kích thích niêm mạc ruột non. Đôi khi sán có thể gây tắc ruột.

Ấu trùng sán kéo theo hiện tượng thâm nhiễm bạch cầu. Khi hiện tượng viêm này xảy ra ở những cơ quan sinh tồn, bệnh nhân có thể bị tử vong.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Bệnh do sán trưởng thành: Giống *Toenia Saginata*.

5.2. Bệnh do ấu trùng: Triệu chứng tùy thuộc nơi mà ấu trùng ký sinh:

5.2.1. Bấp thịt:

- Không triệu chứng.
- Khi vôi hoá: Có vết mờ trên phim X quang.

5.2.2. Mô dưới da: Cục u rải rác ở da.

5.2.3. Não:

- Triệu chứng của bướu nội sọ: liệt, động kinh... bạch cầu toan tính tăng trong dịch não tủy.
- Khi nhiễm nhiều ấu trùng: có thể tử vong.

5.2.4. Mắt: Ấu trùng nằm trong dịch kính, võng mô, tiền phòng... bệnh nhân có thể bị mù.

5.2.5. Cơ tim: Nhịp tim nhanh, tiếng tim biến đổi, khó thở, xỉu...

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Bệnh do sán trưởng thành

- Tìm trứng hoặc đốt sán mang trứng trong phân. Phân biệt với *Toenia Saginata*.
- Có thể tìm trứng sán bằng phương pháp Graham.

6.2. Bệnh do ấu trùng

- Sinh thiết da.
- Soi đáy mắt.
- Miễn dịch chẩn đoán: Tìm kháng thể kháng ấu trùng bằng phương pháp cố định bổ thể, ngưng kết hồng cầu gián tiếp, Ouchterlony, ELISA.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Bệnh do sán trưởng thành

7.1.1. Trước khi dùng thuốc xổ sán phải tránh nôn mửa bằng cách dùng thuốc chống nôn như prochlorperazin.

Vì nôn mửa trong lúc đang xổ sán có thể đưa đến bệnh ấu trùng ở các mô.

7.1.2. Có thể dùng các thuốc xổ sán như:

- Niclosamid: Liều duy nhất 2g.
- Praziquantel.
- Paramycin.

7.2. Bệnh do ấu trùng

- Giải phẫu lấy ấu trùng ra (trường hợp ấu trùng ở da, mắt...)
- Dùng các thuốc dẫn xuất của piperazin như Hetrazan, Notezine, Mintezol, Biltricide: Dùng liều thấp trong nhiều ngày.

8. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC

8.1. Dự phòng

- Tìm và chữa người có sán trưởng thành.
- Quản lý phân (hố xí hợp vệ sinh).
- Tránh đi tiêu bừa bãi ra ngoại cảnh.
- Không dùng phân tươi bón cây.
- Kiểm soát thịt heo trước khi cho bán.
- Tránh ăn thịt heo sống.
- Ăn rau sống phải rửa thật kỹ.
- Giáo dục sức khỏe.

8.2. Chăm sóc

Giải thích cho bệnh nhân sự cần thiết phải kiên nhẫn khi xổ sán (để tránh tái phát). Sự cần thiết dùng thuốc chống nôn trước khi dùng thuốc xổ sán.

Tự lượng giá

Phân biệt đúng sai các câu từ 1 đến 3 bằng cách khoanh tròn chữ A hoặc B.

1. Lỗ sinh dục đốt sán trưởng thành của *Toenia Solium* xen kẽ tương đối đều đặn.

A. Đúng.

B. Sai.

2. Những người theo Ấn Độ giáo không nhiễm *Toenia Solium*.

A. Đúng

B. Sai

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi 4 và 5.

3. Chẩn đoán bệnh sán dải heo bằng phương pháp Graham.

A. Đúng

B. Sai

4. Tử cung của *Toenia Solium* có... nhánh bên, *Toenia Saginata* có... nhánh bên.

5. Khi xổ sán trưởng thành, nếu không cho bệnh nhân dùng thuốc chống ối trước khi dùng thuốc xổ sán thì....

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau đây bằng cách khoanh tròn đầu câu:

6. Người ta nhiễm *Toenia Solium* khi ăn:

A. Nem nướng.

B. Phở tái.

C. Bò nhúng dấm.

D. Nem chua.

7. Người ta nhiễm ấu trùng *Toenia Solium* khi ăn:

A. Rau sống đã rửa kỹ

B. Rau sống chưa rửa kỹ.

C. Nem chua.

D. Nem nướng.

8. Các phương pháp sau đây có thể dùng chẩn đoán bệnh do sán trưởng thành, trừ:

A. Tìm trứng sán trong phân.

B. Tìm đốt sán trong phân.

C. Phương pháp Ouchterlony.

D. Phương pháp Graham.

9. Khi nhiễm ấu trùng *Toenia Solium* ở cơ quan nào sau đây, người ta có thể bị tử vong.

- A. Mắt.
- B. Não.
- C. Mô dưới da.
- D. Bắp thịt.

PHẦN II

ĐIỀU DƯỠNG BỆNH THẦN KINH

ĐẠI CƯƠNG

VỀ GIẢI PHẪU CHỨC NĂNG HỆ THẦN KINH

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các thành phần chủ yếu của hệ thần kinh.
2. Trình bày được chức năng quan trọng của hệ thần kinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hệ thần kinh là cơ quan phụ trách mọi hoạt động của cơ thể. Cơ thể con người sống trong môi trường luôn tiếp thu các phản ứng kích thích ở bên ngoài và bên trong, chọn lọc, loại trừ... và tùy từng trường hợp sẽ có những hoạt động phản ứng khác nhau. Thông qua các tổ chức khác nhau, từ đơn giản đến phức tạp, toàn bộ hệ thống thần kinh thực hiện nhiệm vụ tiếp thu và giải đáp đó.

Đơn vị cơ bản của hệ thần kinh là tế bào thần kinh. Đó là nơi bắt đầu mọi đáp ứng và điều chỉnh của hệ thần kinh. Quan trọng nhất trong các tế bào thần kinh là nơ ron (Neuron). Nơ ron dẫn truyền mọi xung thần kinh trong toàn hệ. Nơ ron gồm có thân tế bào và nhiều sợi thần kinh tỏa ra; ở một phía là các sợi ngắn gọi là đuôi gai, là đường đưa các xung thần kinh vào thân tế bào; ở phía đối lập có một sợi dài gọi là sợi trục (trụ phân) là đường truyền xung thần kinh ra ngoài thân tế bào.

Các xung thần kinh có thể khởi phát từ não, thân não hoặc từ các đầu tận cùng của thần kinh ngoại biên ở ngoài da. Các xung đó thường được đưa tới một loạt các nơ ron, di chuyển từ sợi trục của một nơ ron này đến các đuôi gai của một thân tế bào khác cho tới khi đi đến một cơ quan cuối cùng là nơi diễn ra một đáp ứng. Cơ quan cuối cùng đó có thể là một cơ, một cơ quan nội tạng (kể cả não) hoặc một hạch. Như vậy, các thông tin được hệ thần kinh phát ra hoặc thu nhận và sẽ dẫn tới một hoạt động thích hợp tương ứng.

Điểm gặp gỡ của hai hoặc nhiều nơ ron (hoặc một nơ ron với một cơ) được gọi là khớp thần kinh (xi náp - sinapse). Trong phần lớn các trường hợp xung thần kinh được dẫn truyền qua khớp thần kinh nhờ vai trò trung gian của acetylcholin và ngay sau đó men huỷ acetylcholin (acetylcholinesterase) làm cho xung bị bất hoạt.

Các sợi trục của nơ ron được bao bọc bằng một chất lipid trắng gọi là bao myelin có vai trò bảo vệ các sợi thần kinh. Chất myelin trắng này có tại nhiều vùng ở não và tủy sống do đó có tên gọi là chất trắng, còn chất xám là các khu vực tập trung chủ yếu các thân tế bào thần kinh.

Ngoài các nơ ron ra còn có nhiều loại tế bào thần kinh là các tế bào thần kinh đệm. Số lượng tế bào thần kinh đệm có nhiều gấp bội các nơ ron vì có vai trò nâng đỡ, bảo vệ và nuôi dưỡng các nơ ron.

2. HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Hệ thần kinh trung ương gồm não bộ và tủy sống. Não bộ có các thành phần quan trọng là đại não, tiểu não và thân não.

2.1. Đại não

Đại não được chia thành hai nửa bán cầu trái và phải. Mỗi nửa bán cầu não lại được chia thành nhiều thùy não có chức năng khác nhau.

- **Thùy trán:** Có vai trò quan trọng đối với các chức năng trí tuệ và nhân cách. Diện vận động ở phía sau của thùy này chi phối các động tác hữu ý và vận động ngôn ngữ (diện Broca).
- **Thùy đỉnh:** Có một diện cảm giác nằm kề bên diện vận động của thùy trán, Vỏ não ở đây tiếp nhận các thông tin về cảm giác như đau, đè ép, nóng và lạnh, vị trí các bộ phận cơ thể.
- **Thùy thái dương:** Đây là nơi tiếp thu các xung thần kinh liên quan đến khả năng nghe, nếm, ngửi. Đặc biệt còn là trung khu lời nói và ngôn ngữ (diện Wernicke).
- **Thùy chẩm:** Nằm ở phía sau của đại não có liên quan đến chức năng thị giác. Các tín hiệu thị giác được truyền từ võng mạc của mắt qua đường dây thần kinh thị giác, giải thị giác rồi tới vỏ não thùy chẩm và được phân tích ở đó.
- **Hệ viền:** Còn được coi là một thùy chẩm khác của não bộ, là khu vực bao quanh các não thất. Đây là nơi kiểm soát các xúc cảm dưới ý thức và có liên quan đến trí nhớ.
- **Vỏ não:** Trên đây đã đề cập tới vai trò của vỏ bán cầu đại não. Vỏ não là lớp chất xám phía ngoài cùng của não bộ. Ở đây phần lớn có các thân tế bào thần kinh. Chính từ vỏ não là nơi xuất phát của các động tác hữu ý và các quá trình tư duy. Chức năng của các thùy não đã nói trên cũng xuất xứ từ phần vỏ não của mỗi thùy.
- **Nằm dưới lớp vỏ não có chất trắng là các sợi thần kinh có bọc myelin. Một số sợi nối thùy nọ với thùy kia; một số sợi khác nối bán cầu não với nhau, còn một số sợi khác phóng chiếu xuống thân não và tủy sống.**

Nằm sâu trong não bộ có nhiều cấu trúc quan trọng khác như đồi thị, hạ khâu não, các hạt nhân vùng đáy não, bao trong và các não thất.

- Đồi thị: Đây là trạm tập hợp mọi xung cảm giác cũng như vận động đi tới vỏ não và từ vỏ não ra đi. Mọi cảm giác đều phải qua đồi thị rồi mới tới vỏ não. Một số xung vận động từ tiểu não và các hạt nhân vùng đáy cũng phải qua đồi thị để xuống tủy sống. Ngoài ra đồi thị còn có vai trò đối với ý thức và cảnh giới.
- Hạ khâu não: Đây là một cấu trúc nhỏ nhưng phức tạp nằm sát phía trước dưới của đồi thị. Hạ khâu não kiểm soát thân nhiệt, điều chỉnh nội tiết của tuyến yên, kiểm soát sự ngon miệng, duy trì sự thức hoặc ngủ, điều hoà hoạt động nội tạng thông qua hệ thần kinh tự động.
- Các hạt nhân vùng đáy não: là một nhóm các thân tế bào thần kinh (chất xám) vùi sâu trong bán cầu đại não. Các hạt nhân này có chức năng điều phối hoạt động và tình trạng của cơ, đặc biệt đối với các động tác tinh tế ở tứ chi và đầu ngón. Khi bị tổn thương các hạt nhân này sẽ xảy ra run và cứng cứng cơ.
- Bao trong: Là một khu vực nằm giữa khoảng đồi thị và các hạt nhân vùng đáy qua đó có nhiều đường dây thần kinh xuất phát từ não tập trung lại trước khi đi vào thân não.
- Não thất: Đó là các khoang trống nằm trong đại não. Có bốn khoang não thất là các não thất bên, não thất III và não thất IV. Trong não thất có chứa dịch não tủy có vai trò bảo vệ não và tủy sống chống đỡ lại các chấn động xâm phạm vào hệ thần kinh trung ương.

Não thất là nơi sản xuất ra dịch não tủy tại các đám rối màng mạch nằm trên bề mặt của các nhóm mạch máu nhỏ. Dịch não tủy lưu thông qua các não thất đi vào khoang dưới nhện nằm bao quanh não và tủy sống rồi sau cùng được hấp thụ vào trong tuần hoàn tĩnh mạch qua các nhung mao màng nhện. Khối lượng dịch não tủy ở người lớn vào khoảng 125 ml. Bình thường dịch não tủy trong suốt không có màu sắc, chứa các chất điện giải, glucose, protein và một ít tế bào lympho, áp lực ở tư thế nằm vào khoảng 60-180 mm nước.

2.2. Tiểu não

Nằm dưới thùy chẩm của đại não và được ngăn cách với đại não bằng một lớp màng cứng gọi là lều tiểu não. Cấu trúc của tiểu não tương tự như đại não bao gồm hai bán cầu tiểu não, vỏ là chất xám và phía trong là chất trắng.

Chức năng của tiểu não là bảo đảm điều phối các động tác, tư thế và thăng bằng không có sự kiểm soát của ý thức.

2.3. Thân não

Thân não nối đại não và tiểu não với tuỷ sống. Tại đây có nhiều trung khu của sinh tồn cũng như xuất xứ của các dây thần kinh sọ não. Các đường thần kinh vận động xuất phát từ đại não và tiểu não xuống tuỷ sống đều phải qua thân não, các đường thần kinh cảm giác từ mọi nơi của cơ thể cũng đều phải qua thân não để tới não.

- Trung não: Trung não nằm ở đỉnh của thân não, kề sát dưới gian não (gian não là thuật ngữ chỉ tập hợp đồi thị và hạ khâu não). Đó là hạt nhân của dây thần kinh vận nhãn III, IV và có liên quan đến các phản xạ thị giác.
- Cầu não: Nằm giữa trung não ở trên và hành tuỷ ở dưới. Tại cầu não có các trung khu hô hấp và hạt nhân của các dây thần kinh sọ não V, VI, VII, VIII.
- Hành tuỷ: Nằm ngay ở đáy của thân não. Tại đây có các trung khu phản xạ của hô hấp, nhịp tim, nuốt, ho, nôn. Đây là nơi xuất xứ của các dây thần kinh sọ não IX, X, XI, XII.

Ngoài ra ở thân não còn có cấu tạo lưới có vai trò phát động đối với toàn bộ não. Các thân tế bào của cấu tạo lưới nằm ở phần cảm giác nào xảy ra ở cơ thể thì cấu tạo lưới báo động lên não và làm cho con người tỉnh thức.

2.4 Tuỷ sống

Tuỷ sống đi từ hành não xuống đến đốt sống thắt lưng II ở người lớn hoặc tới vùng cùng ở trẻ nhỏ, tuỷ sống nằm trong ống sống. Có 31 khoanh tuỷ: 8 khoanh cổ; 12 khoanh ngực, 5 khoanh thắt lưng; 5 khoanh cùng và 1 khoanh cụt. Các khoanh tuỷ đó không hoàn toàn tương ứng với các đốt sống cùng tên vì cột sống phát triển nhanh hơn và trở nên dài hơn tuỷ sống.

Tuỷ sống ở phía ngoài là chất trắng, ở phía trong là chất xám có hình như một con bướm hoặc chữ H. Chất trắng ở tuỷ sống chủ yếu là các sợi trục có myelin, là những đường thần kinh đi từ não xuống cơ thể đi lên não. Các đường đi lên dẫn truyền kích thích từ não tới các cơ. Chất xám ở tuỷ sống chứa các thân tế bào của các dây thần kinh gai. Sừng trước của tuỷ sống có chứa các tế bào vận động còn sừng sau có các thân tế bào cảm giác. Ở chính giữa của tuỷ sống là ống tuỷ và dịch não tuỷ chảy từ não xuống.

2.5. Màng não

Màng não gồm 3 lớp che phủ não và tuỷ sống. Lớp ngoài cùng là màng cứng; lớp ở giữa là màng nhện, lớp trong cùng là màng nuôi. Lớp màng cứng dính vào mặt trong của xương sọ còn giữa lớp màng nhện và màng nuôi là khoang dưới nhện. Màng nuôi là lớp màng có nhiều mạch máu tới nuôi dưỡng não và tuỷ sống.

2.6. Tuần hoàn não và tủy sống

Hệ thống động mạch não bắt nguồn từ cung động mạch chủ và các nhánh của nó. Các động mạch sống và động mạch cảnh trong cung cấp máu cho tổ chức não. Động mạch sống hai bên đi lên thành thân nền. Động mạch sống tưới máu cho phía sau của não bao gồm thân não, tiểu não, một phần của gian não, thủy chẩn và thủy thái dương. Động mạch cảnh trong tưới máu cho phần trước của não gồm phần lớn của hai bán cầu, các hạt nhân vùng đáy và một phần của gian não. Các nhánh quan trọng của động mạch cảnh trong là động mạch não trước và động mạch não giữa.

Hệ thống động mạch sống và động mạch cảnh nối thông với nhau qua vòng Willis.

Ở tủy sống có 1 động mạch sống trước và hai động mạch sống sau. Động mạch sống trước cung cấp máu cho sừng trước của tủy và các đường dẫn truyền, động mạch sống sau cung cấp máu cho sừng sau và các đường dẫn truyền.

Máu từ tĩnh mạch não trở về tim qua các xoang tĩnh mạch và tĩnh mạch cảnh. Máu tĩnh mạch sống trở về qua tĩnh mạch sống là các tĩnh mạch đi kèm với động mạch sống.

3. HỆ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Hệ thần kinh ngoại biên gồm 12 đôi dây thần kinh sọ, 31 dây thần kinh gai và các dây thần kinh tự động. Một số là những dây vận động, một số khác là các dây cảm giác, một số dây vừa vận động vừa cảm giác.

3.1. Các dây thần kinh sọ não

12 đôi dây là những dây vận động, cảm giác và hỗn hợp. Các đôi dây này có chức năng chủ yếu trong chỉnh hợp và điều hoà các giác quan đặc biệt. Có thể kể ra như sau: Dây I là dây khứu, dây II là dây thị, dây III và dây vận nhãn chung, dây IV có tên là dây bi ai, dây V còn gọi là dây tam thoa vì có 3 nhánh, dây VI là dây vận nhãn ngoài, dây VII là thần kinh mặt, dây VIII là dây thính giác, dây IX là dây thiệt hầu, dây X là dây phế vị, dây XI là dây thần kinh sống, dây XII là dây đại thiệt. Như tên gọi, các dây thần kinh đó có những chức năng riêng.

3.2. Các dây thần kinh gai

Các dây thần kinh này đều xuất phát từ các khoanh của đoạn tủy sống. Riêng các dây thần kinh thắt lưng và cùng có những rễ dài hợp thành đuôi ngựa.

Mỗi dây thần kinh gai đều có một rễ vận động và một rễ cảm giác. Rễ vận động đi từ sừng trước tủy sống ra ngoài còn rễ cảm giác đi ra từ sừng sau. Khi ra khỏi cột tủy, hai rễ đó tập hợp lại với nhau tạo thành dây thần kinh gai. Các

dây thần kinh gai đưa nhánh ra mọi vùng ngoại vi của cơ thể một mặt nhận thông tin cảm giác, mặt khác mang kích thích vận động tới cơ.

Ngoài các đường thần kinh mang thông tin từ não xuống tủy, ngay tại mỗi khoanh tủy cũng đều có hoạt động riêng theo vòng cung phản xạ.

4. HỆ THẦN KINH THỰC VẬT

Hệ thần kinh thực vật còn được gọi là hệ thần kinh tự động là một hệ thống kiểm soát mọi hoạt động không ý thức của cơ thể. Hệ này điều hoà các chức năng như huyết áp, nhịp tim, nhu động ruột, chế tiết của tuyến, ra mồ hôi, giãn và co mạch. Các nơ ron của hệ này nằm tại thân não, tủy sống và ngoại vi của cơ thể nhưng đều dưới sự kiểm soát của vỏ não và hạ khâu não. Các sợi thần kinh hệ đi xuống tới các tạng cùng với các dây sọ não, các dây thần kinh gai và các mạch máu.

Hệ thực vật được chia ra hệ giao cảm và hệ phó giao cảm. Hệ giao cảm có liên quan tới việc huy động năng lượng của cơ thể trong các chấn động cơ thể và cảm xúc. Hệ phó giao cảm điều hoà chức năng nội tạng bình thường của cơ thể và tham gia bảo vệ năng lượng. Giữa hai hệ có một sự cân bằng và hậu quả là tình trạng hằng định của cơ thể.

4.1. Hệ giao cảm

Thân tế bào của hệ này nằm trong các khoanh ngực và thắt lưng của tủy sống, còn sợi trục đi tới các hạch của thân giao cảm. Thân giao cảm là một chuỗi dài của thân tế bào nằm sát bên cột sống. Sợi trục nối tiếp tủy sống với hạch giao cảm được gọi là sợi trước hạch. Các sợi này tiếp khớp với các nơ ron thứ hai ở thân giao cảm ở các khu vực trung ương của cơ thể, với các xung thần kinh truyền dẫn qua khớp thần kinh nhờ acetylcholin. Các nơ ron thứ hai này có sợi trục chi phối nhiều cơ quan, các tuyến và các cơ trơn. Sợi trục của các nơ ron thứ hai được gọi là sợi sau hạch, chúng sẽ tiết ra nor- adrenalin và một lượng nhỏ adrenalin tại các đầu tận của sợi trục để kích thích các chức năng khác của cơ thể. Người ta gọi các sợi giao cảm sau hạch là các sợi adrenalin lực.

4.2. Hệ phó giao cảm

Thân tế bào của hệ này xuất xứ từ thân não và hạt nhân của các dây thần kinh sọ và cả ở các khoanh cùng của tủy sống. Sợi trục từ đó đi tới tận các cơ quan và các tuyến đã được kích thích trước khi tiếp khớp với các hạch hoặc các nơ ron thứ hai. Vì vậy, các sợi sau hạch của hệ phó giao cảm thường rất ngắn. Các sợi sau hạch giải phóng ra acetylcholin nên còn được gọi là các sợi cholin - lực.

5. CHỨC NĂNG CỦA HỆ THẦN KINH

Qua các phần trình bày trên chúng ta đã có thể có khái niệm chung về hoạt động của từng bộ phận cấu thành hệ thần kinh. Như vậy, hệ thần kinh giúp ta có nhận thức được đối với môi trường bên ngoài cũng như bên trong. Sự đáp ứng của hệ thần kinh đối với các kích thích bên ngoài giúp cho con người tránh được các mối nguy hiểm, chuyển động được trong môi trường và quan hệ tương tác với các sinh vật khác. Hoạt động bên trong của hệ thần kinh cung cấp một mạng lưới thông tin giữa các hệ thống khác nhau của cơ thể, thu và phát tín hiệu cũng như giải mã các tín hiệu đó vì vậy làm cho con người nhận thức được các biến đổi của môi trường bên trong.

Hệ thần kinh giúp cho sự chỉnh hợp mọi hệ thống trong cơ thể do đó rối loạn hoạt động của hệ thần kinh sẽ gây nhiều ảnh hưởng rộng lớn. Ví dụ: Tổn thương ở tuỷ sống có thể dẫn tới những rối loạn vận động, cảm giác, tiêu hoá, bài tiết và cả chức năng sinh dục. Do đó đối với các trường hợp bệnh thần kinh nói chung, bệnh nhân thần kinh nói riêng, chúng ta cần nghiên cứu kỹ càng về mặt giải phẫu, sinh lý của hệ thần kinh mới có thể hiểu được các biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng. Có như vậy mới đề ra các phương thức điều trị và chăm sóc bệnh nhân một cách hợp lý và có hiệu quả.

Tự lượng giá

1. Trình bày chức năng quan trọng của hệ thần kinh với cơ thể con người.
2. Trình bày tóm tắt 6 thành phần thuộc thần kinh trung ương.
-
-
-
-
-
-
3. Trình bày tóm tắt 2 thành phần thuộc hệ thần kinh ngoại biên.
4. Trình bày tóm tắt 2 thành phần thuộc hệ thần kinh thực vật.

THUỐC THƯỜNG DÙNG TRONG LÂM SÀNG THẦN KINH

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các loại thuốc thường dùng trong điều trị bệnh lý thần kinh.
2. Nắm được liều lượng trung bình của một số thuốc.
3. Phát hiện được các tai biến khi dùng thuốc.

Trong lâm sàng thần kinh, có một số thuốc được sử dụng như:

- Thuốc giảm đau và chống viêm.
- Thuốc chống động kinh.
- Thuốc chống Parkinson.
- Thuốc có tác động tâm trí.

Trong điều trị bệnh lý hệ thần kinh có nhiều phương pháp và kỹ thuật khác nhau, về nội khoa cũng như ngoại khoa. Một trong những phương pháp được chú ý tới là điều trị bằng thuốc nhằm giải quyết triệu chứng cũng như nguyên nhân. Hiện nay với điều kiện khoa học kỹ thuật ngày một tân tiến đã xuất hiện rất nhiều loại thuốc mới. Do đó chúng ta cần nắm vững tính chất và công dụng của từng nhóm thuốc khác nhau giúp cho công tác điều trị đạt được hiệu quả mong muốn.

Qua việc phân loại sơ bộ các thuốc thường dùng trong lâm sàng thần kinh, bài này sẽ không nhắc lại các thuốc quen thuộc đối với mọi khoa bệnh khác (như thuốc kháng sinh, thuốc tim mạch, thuốc trợ lực...) cũng như không trình bày đầy đủ tất cả các thuốc thuộc phạm vi dược lý thần kinh.

1. THUỐC GIẢM ĐAU VÀ CHỐNG VIÊM

Trong thần kinh thường dùng các thuốc giảm đau không thuộc loại morphin. Các thuốc giảm đau không thuộc loại morphin phần lớn có tác dụng giảm đau hoặc hạ nhiệt hay chống viêm. Các tác dụng thứ phát có thể gây rối loạn về máu (gây chảy máu dạ dày), rối loạn về thận, ức chế hệ thần kinh (làm cho cơ thể mệt mỏi).

1.1. Aspirin: (Acid acetylsalicylic).

+ Dạng thuốc: Viên nén 0,30g; viên sủi bọt pH 8 0,325g.

+ Liều dùng:

Trẻ em dưới 6 tuổi, không được quá 10mg/kg cân nặng cho 1 lần uống và mỗi ngày không được quá 6 lần.

Trẻ em 6-15 tuổi: ngày uống 1-4 viên 0,30g, chia làm 2-3 lần.

Người lớn: Ngày uống 0,3g - 2g, chia làm 2-4 lần.

1.2. Paracetamol

+ Dạng thuốc: Viên nén 0,1g- 0,2g- 0,5g.

+ Liều dùng: Trẻ em: 0,02g/kg cân nặng/ ngày.

Người lớn: 0,25g- 1g/ ngày.

1.3. Pyramidon

+ Dạng thuốc: viên nén 0,05g- 0,10g.

+ Liều dùng:

Trẻ em dưới 12 tháng: Ngày uống 0,025g- 0,05g chia 2 lần.

Trẻ em 1-5 tuổi: Ngày uống 0,05g - 0,15g chia làm 3 lần.

Trẻ em 6 – 15 tuổi: Ngày uống 0,15 – 0,30g chia làm 3 lần.

Người lớn: Ngày uống 0,25 g - 1g chia làm 2-4 lần.

Thuốc chống viêm loại steroid: Các corticoid.

Có rất nhiều thuốc khác nhau như: Cortison, prednison, prednisolon, methylprednisolon, triamcinolon, dexamethason, betamethason, desoxycorticosteron...

1.4. prednison

- Dạng thuốc: Viên nén 1 mg, 5mg.

- Liều dùng: Trung bình 24 giờ Người lớn Trẻ em

Bệnh cấp tính	40-80 mg	2-3 mg/kg cân nặng
---------------	----------	--------------------

Bệnh bán tính	20-40 mg	1 mg/kg cân nặng
---------------	----------	------------------

Bệnh mạn tính	10-25 mg	0,5 mg/kg cân nặng.
---------------	----------	---------------------

1.5. Hydrocortison

+ Dạng thuốc: Viên nén 5-10-20 mg, dịch treo 125mg/ 5ml, ống tiêm hoặc lọ chứa 25 -100 mg.

+ Liều dùng:

Trẻ em: Liều tấn công: 3-8mg/kg cân nặng/ ngày.

Liều duy trì: 1-1,5 mg/ kg cân nặng/ ngày.

Người lớn: Liều tấn công: 60-100mg/ ngày (có thể tới 150mg).

Liều duy trì: Giảm dần tới 20-60 mg / ngày.

1.6. Prednisolon

+ Dạng thuốc: Viên nén 1mg- 5mg.

+ Liều dùng: Tuỳ theo chỉ định và bệnh nhân.

Trẻ em: Dưới 3 tháng tuổi: 3-5 mg/ 24 giờ.

3-13 tháng 5-10mg.

13 tháng - 3 tuổi 10-30 mg/ 24 giờ.

4-6 tuổi: 20-40 mg.

7-15 tuổi 30-50 mg.

Người lớn: 10-60 mg chia 3-4 lần/ ngày.

1.7. Dexamethason

+ Dạng thuốc: Viên nén 0, 5g.

+ Liều dùng:

Trẻ em: Từ 12 tháng - 6tuổi: 0, 25 -1mg/ 24 giờ, chia vài lần.

Từ 7-15 tuổi 0, 25 - 2mg/ 24 giờ, chia 2-4 lần.

Người lớn: Liều tấn công: 0,5 - 3 mg (có thể tới 6mg)/ 24 giờ, chia làm 2-4 lần.

Sau giảm dần xuống liều duy trì: 0,5- 1mg/ 24 giờ.

Chống chỉ định của corticoid

Lao tiến triển, nhiễm khuẩn tại chỗ hay toàn thân, loét dạ dày - tá tràng, đái tháo đường, hội chứng Cushing, chứng loãng xương, tăng huyết áp, suy thận nặng, rối loạn tâm thần.

*** THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG THUỘC LOẠI STEROID:**

Đây là những thuốc thường được dùng điều trị các bệnh khớp như: Phenylbutazon, indomethacin, diclofenac (Voltrene), acid niflumic (Nifluril), acid tiaprofenic (Tiafen Surgam)...

*** THUỐC GIẢM ĐAU GIÚP DINH DƯỠNG:**

Đó là các vitamin nhóm B, có thể dùng riêng hoặc phối hợp với nhau.

1.8. Vitamin B₁ (Thiamin)

+ Dạng thuốc: Viên nén 5-10-100 mg, ống tiêm 25 và 100 mg.

+ Liều dùng: Phòng bệnh mỗi ngày uống 1 viên 10mg.

Điều trị: Ngày uống 4-6 viên 10mg hoặc tiêm bắp 1-2 ống loại 25 mg.

Liều cao 100 mg - 1g/ 24 giờ.

1.9. Vitamin B₆ (Pyridoxin)

- + Dạng thuốc: Viên 0,005 - 0,01 - 0,025g; ống tiêm 0,025g/ 1ml.
- + Liều dùng: Uống, tiêm bắp, tiêm dưới da: Mỗi ngày 0,05 - 1g.

1.10. Vitamin B₁₂: Có hai dạng cyanocobalamin và hydroxocobalamin.

- Dạng cyanocobalamin:

Ống tiêm 1ml chứa 50-100-200-500-1000 mcg.

Tiêm bắp: 100-200 mcg/ ngày; có thể 500-1000 mcg mỗi lần, 2-3 lần / tuần.

Trẻ em: Tiêm bắp hàng ngày hoặc cách 1 ngày từ 20-50 mcg.

- Dạng hydroxocobalamin:

Ống tiêm 50-100 mcg và 5000 mcg.

Tuỳ theo chỉ định, cứ 2-3 ngày tiêm bắp 1 ống 250- 1000 mcg.

Liều cao mỗi ngày hoặc cách 1 ngày tiêm 1 ống 5000 mcg.

* THUỐC PHÒNG BỆNH HỆ THẦN KINH

- Lâm sàng thần kinh thường dùng loại novocain (Procain) vì thuốc này có tác dụng giảm phản ứng thần kinh thực vật.
- Dạng thuốc: Dung dịch 0,5% -1%-3%.
- Có thể tiêm dưới da hoặc pha vào dung dịch nhỏ giọt tĩnh mạch tuỳ theo chỉ định của từng trường hợp.
- Tác dụng thứ phát: Gây dị ứng.

2. THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH

2.1. Gacdenan: (Phenobarbital)

- + Dạng thuốc: viên nén 0,01g - 0,10g; ống tiêm 0,20g.

- + Liều dùng:

Trẻ em trên 2 tuổi: cứ mỗi tuổi cho 0,01g. (Điều trị động kinh).

Người lớn: 0,10 - 0,30g/ ngày chia làm 2-3 lần.

Trường hợp động kinh liên tục: Tiêm bắp 0,20g, mỗi ngày có thể tiêm 1-3 lần.

Cần đề phòng ngộ độc, dị ứng. Thận trọng đối với phụ nữ có thai.

2.2. Sodanton: (Phenytoin, Diphenylhydantoin)

- + Dạng thuốc: Viên nén 0,10g.

- + Liều dùng;

Trẻ em dưới 4 tuổi: Ngày uống 25-50 mg.

4-6 tuổi: Ngày uống 50-100 mg chia làm nhiều lần.

7-15 tuổi: Ngày uống 100-150 mg chia làm nhiều lần.

Người lớn: Ngày uống từ 100-300 mg chia làm nhiều lần.

Cần đề phòng dị ứng. Thận trọng đối với phụ nữ có thai.

2.3. Diazepam: (Seduxen, Valium)

+ Dạng thuốc: Viên nén 2-5-10mg, toa được 5-10 mg; ống tiêm 10 mg (2ml).

+ Liều dùng: Điều trị động kinh tùy theo tuổi và theo thể bệnh. Trẻ em từ 1-6 tuổi: 1-6 mg/ ngày.

7-15 tuổi: 6-10 mg/ ngày.

Có giât do sốt cao: Tùy theo tuổi có thể tiêm 2-10 mg/ 24 giờ.

Có thể tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chậm.

Liều uống hoặc tiêm không được quá 4mg/ kg cân nặng/ 24 giờ.

Người lớn có thể uống từ 5-30mg/ ngày chia làm nhiều lần.

Chống chỉ định: Suy hô hấp, bệnh suy nhược cơ.

2.4. Carbamazepin: (Tegretol).

+ Dạng thuốc: Viên nén 200 mg; thuốc nước 5ml = 100 mg.

+ Liều dùng:

Trẻ em: 15-20 mg/kg cân nặng/ ngày (200-600 mg).

Người lớn: 10-15 mg/kg cân nặng/ ngày (600-1.200mg).

2.5. Depakin (natrivalproat, acid valproic).

+ Dạng thuốc: Viên bọc 200-500 mg.

+ Liều dùng: 20-30 mg/kg cân nặng/ 24 giờ.

3. THUỐC ĐIỀU TRỊ CHỨNG PARKINSON

3.1. Trihexyphenidyl: (Artene, Cyclodol)

+ Dạng thuốc: Viên nén 2 mg, 5mg.

+ Liều dùng:

Người lớn: uống 6-15 mg/ ngày chia làm nhiều lần.

3.2. Levodopa: (Dopaflex, Dopasol).

+ Dạng thuốc: Viên nén hoặc nang 500 mg.

+ Liều dùng: Tùy thuộc trạng thái bệnh và tình trạng dung nạp thuốc.

Thường nâng dần liều từ 0, 50g đến 1-2 g/ ngày.

Cần theo dõi các tác dụng thứ yếu: Rối loạn tiêu hoá, rối loạn tim mạch, rối loạn tâm thần.

Để có thể giảm liều levodopa và Sinemet trong đó tuy lượng levodopa thấp nhưng vẫn đạt hiệu quả điều trị.

4. THUỐC CÓ TÁC ĐỘNG TÂM TRÍ

4.1. Thuốc bình thần

Tác dụng tiêu tán lo âu, trấn tĩnh, an thần nhẹ.

Ngoài các thuốc họ benzodiazepin (Seduxen, Tranxene, Librium...) còn có nhiều thuốc khác. Một trong các thuốc được biết từ lâu là meprobamat (Andaxine, Precalmadiol, Equanil).

+ Dạng thuốc: Viên nén 0, 20g - 0, 40g.

+ Liều dùng:

Người lớn: Ngày uống 1-2 lần, mỗi lần 0, 40g, trường hợp nặng có thể uống 3-4 lần/ ngày, mỗi lần 0, 40g.

4.2. Thuốc an thần kinh

- Liều thấp có tính an thần nhẹ, liều cao chống kích động, thường được dùng trong khoa tâm thần.
- Có nhiều thuốc khác nhau (aminazin, levomepromazin, fluphenazin, haloperidol...).

4.3. Aminazin (Clopromazin, Plegomazin)

+ Dạng thuốc: Viên bọc, 025g; ống tiêm 0, 025g.

+ Liều dùng: Tuỳ theo chỉ định của thầy thuốc điều trị.

Cần theo dõi để phòng dị ứng, các tai biến đối với máu, gan, thận.

4.4. Thuốc chống trầm cảm

- Amitriptylin:

+ Dạng thuốc: Viên nén 10mg - 25mg.

+ Liều dùng: Tuỳ theo từng trường hợp và theo chỉ định của thầy thuốc.

Tự lượng giá

1. Trong điều trị các bệnh thần kinh, thuốc giảm đau thường được dùng là:
(Hãy điền vào các cột còn bỏ trống):

Tên	Dạng	Liều dùng
Aspirin		
Paracetamol		
Pyramidon		

2. Thuốc chống viêm thường dùng là:

(Hãy điền vào các cột còn bỏ trống)

Tên	Dạng	Liều dùng
Hydrocortison		

Prednisolon		
Dexamethason		
Vitamin B ₁		
Vitamin B ₁₂		
Vitamin B ₆		

3. Hãy kể tên 5 loại thuốc chống động kinh thường dùng và cách sử dụng chúng.

4. Hãy điền dấu (X) vào cột bên cho phù hợp.

Tên thuốc	Tác dụng		Tên thuốc	Tác dụng	
	Động kinh	Tâm trí		Parkinson	Tâm trí
Artan			Aminazin		
Meprobamat			Amitriptylin		
Cyclodon			Haloperidol		
Dopaflex			Levodopa		
			Tryhexyphenidyl		

BỆNH THẦN KINH VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng chung của bệnh thần kinh.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thần kinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mỗi rối loạn cơ thể do nguyên nhân từ bên ngoài (ngoại sinh) hay từ bên trong (nội sinh), phẫu thuật hoặc chấn thương đều là những biến cố tác động tới hệ thần kinh. Hoạt động của bộ máy thần kinh khi bị xâm phạm sẽ thể hiện dưới nhiều hình thức bệnh lý. Đó là những dấu hiệu và triệu chứng rất phong phú và đa dạng như các rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, rối loạn giác quan, rối loạn thực vật, rối loạn tâm trí... Cũng như mọi bệnh nhân khác, bệnh nhân thần kinh rất cần được quan tâm chăm sóc một cách đúng mức về nhiều mặt, đối với triệu chứng cũng như bệnh lý, đối với cơ thể cũng như tâm lý. Vì vậy

người chăm sóc bệnh nhân không những phải thông thạo kỹ thuật chuyên môn, hiểu biết ý nghĩa cùng những biểu hiện lâm sàng mà còn phải biết cách tiếp xúc và ứng xử thích hợp đối với bệnh nhân cũng như với gia đình bệnh nhân.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Tuỳ theo từng nguyên nhân gây bệnh, biểu hiện lâm sàng ở các bệnh nhân thần kinh sẽ diễn ra bằng những dấu hiệu và triệu chứng chủ quan hoặc khách quan, dưới hình thức cơ năng hoặc thực thể.

Những dấu hiệu và triệu chứng thần kinh phản ánh bộ phận, cơ quan hoặc hệ thống não bị rối loạn.

2.1. Đối với hệ tiếp ngoại

Đó là các triệu chứng về cảm giác, vận động, phản xạ, ví dụ:

- *Rối loạn cảm giác*: Cảm giác có thể tăng, giảm hoặc mất. Phổ biến nhất là hiện tượng tăng cảm giác khiến cho bệnh nhân cảm thấy đau, nhức, buốt. Vị trí đau có thể ở vùng đầu, mặt, cổ, đai vai, đai hông, tứ chi hoặc cột sống; cũng có khi bệnh nhân cảm thấy đau sâu trong nội tạng hoặc các cơ bắp hay mạch máu. Đối với sự giảm hoặc mất cảm giác, bệnh nhân có thể không biết đau hoặc không cảm thấy đau do đó dễ dẫn đến hậu quả bị bỏng khi sờ vào các vật có nhiệt độ cao. Ngoài ra cũng có trường hợp bệnh nhân cảm thấy như có kiến bò ngoài da hoặc thấy lâm râm tê bì; đó là các triệu chứng loạn cảm, dị cảm.
- *Rối loạn vận động*: Bệnh nhân có thể bị liệt vận động một tay hoặc một chân, liệt nửa người, liệt hai chân hoặc tứ chi. Mức độ liệt có thể từ nhẹ (bại), hoặc vừa tới nặng; nếu liệt nhẹ hoặc liệt vừa thì đoạn chi bị liệt chỉ bị hạn chế trong các động tác; nếu liệt nặng thì các vận động chủ động bị mất.

2.2. Đối với hệ thực vật

Đó là các triệu chứng về dinh dưỡng, vận mạch, ví dụ:

- *Rối loạn dinh dưỡng*: Có thể thấy các hiện tượng như phù nề, teo cơ, rụng lông, rụng tóc, rụng móng, loét dinh dưỡng...
- *Rối loạn thực vật*: Có thể được phản ánh qua các rối loạn hô hấp, tim mạch, tiêu hoá, bài tiết cũng như các phản ứng co mạch hoặc giãn mạch...

2.3. Đối với chức năng cao cấp của vỏ não

Thường được thể hiện dưới hình thức của các rối loạn ý thức, trí tuệ, cảm xúc, tính tình, tác phong. Trong thực tế lâm sàng cần đặc biệt quan tâm đến các biểu hiện của trạng thái trầm cảm, trạng thái kích động hoặc trạng thái tăng trương lực bất động cũng như các hình thái đặc biệt của trạng thái loạn thần kinh chức năng (âm căn).

2.4. Các triệu chứng liên khoa lâm sàng

Do đặc điểm của hệ thần kinh có liên quan mật thiết với những phần tử hốc xương ở vùng sọ mắt, mũi, tai là những chỗ đầu ngọn của thần kinh ngoại biên cho nên những rối loạn bệnh lý ở các vùng đó hoặc ngược lại những tổn thương ở trục thần kinh đều có thể có những biểu hiện như:

- Giảm hoặc mất thị giác, rối loạn vận động nhãn cầu.
- Đau vùng hàm mắt, liệt mắt.
- Giảm hoặc mất thính giác, ù tai chóng mặt, buồn nôn.
- Rối loạn nuốt và nói...

Về mặt thần kinh, các triệu chứng của các dây thần kinh sọ não nói trên có thể đơn độc hoặc phối hợp với các triệu chứng khác về vận động, phản xạ, cảm giác thường được nói đến trong các hội chứng có tính chất khu trú đặc biệt. Mặt khác, ngoài các triệu chứng thần kinh còn có thể thấy kèm theo các dấu hiệu và triệu chứng toàn thể cũng như các triệu chứng của các cơ quan, bộ phận khác trong cơ thể. Vì vậy công tác theo dõi phát hiện triệu chứng cũng như thăm khám bệnh nhân thần kinh một cách toàn diện luôn luôn là một yêu cầu cấp thiết đối với mọi trường hợp xuất phát từ góc độ chẩn đoán, điều trị cũng như chăm sóc bệnh nhân.

3. NỘI DUNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THẦN KINH

Nói chung bệnh nhân thần kinh dù được điều trị tại cơ sở nội khoa hoặc ngoại khoa (phẫu thuật thần kinh) đều cần được chăm sóc như mọi loại bệnh nhân khác. Tuy vậy cần đặc biệt chú ý tới các trường hợp mất cảm giác, liệt vận động, rối loạn giác quan (mắt, tai), rối loạn nuốt và nói, rối loạn cơ tròn, rối loạn tâm trí để công tác chăm sóc đạt được hiệu quả mong muốn cũng như ngăn ngừa mọi tai biến có thể xảy ra đối với bệnh nhân.

Nội dung chăm sóc bao gồm:

3.1. Tiến hành các kỹ thuật xét nghiệm thông thường và phụ giúp thầy thuốc trong các thủ thuật chẩn đoán và điều trị. Một số xét nghiệm cận lâm sàng thuộc thăm dò chức năng thần kinh là ghi điện não, ghi vang não, ghi điện cơ, ghi tốc độ dòng máu não; trong X quang thần kinh là chụp động mạch não, bơm hơi chụp não, bơm hơi chụp tuỷ sống, bơm cản quang chụp tuỷ sống, chụp cắt lớp vi tính... Trong các thủ thuật phổ biến cần kể tới chọc dò thất lưng, bơm thuốc vào màng não - tuỷ.

3.2. Thực hiện cách ghi nhận các dấu hiệu sinh tồn hàng ngày và theo các chỉ định đặc biệt (ví dụ theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, hơi thở cách 3 giờ/1 lần; theo dõi thang điểm về mức độ hôn mê Glasgow).

3.3. Thực hiện các kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân qua các đường như: miệng, dưới da, bắp thịt, tĩnh mạch, ngoài da, hậu môn, âm đạo.

3.4. Giúp đỡ nuôi dưỡng bệnh nhân theo chế độ ăn uống bệnh lý. Trường hợp bệnh nhân hôn mê hoặc bị liệt họng hoặc có rối loạn về nuốt, nhất thiết phải nuôi dưỡng bằng ống thông mũi - dạ dày, để đề phòng mọi tai biến do thức ăn lạc vào đường hô hấp hoặc co thắt thanh môn phản xạ.

3.5. Vệ sinh cơ thể bệnh nhân chú ý tới tình trạng của da, đầu tóc và các lỗ tự nhiên. Đặc biệt quan tâm đến việc đại, tiểu tiện của bệnh nhân nhất là các trường hợp hôn mê, liệt hai chân, rối loạn cơ tròn.

Đối với bệnh nhân nữ, cần giúp đỡ bệnh nhân trong các trường hợp kinh nguyệt, sau đẻ, sau mổ.

3.6. Phòng chống loét do cơ thể bệnh nhân bị đè ép ở một số vị trí như vùng mông, vùng gót chân, vùng khuỷu tay, vùng vai, vùng chẩm. Đảm bảo thay băng vô khuẩn đối với các vết thương khác.

3.7. Phục hồi chức năng thần kinh đặc biệt chú ý tới các chức năng vận động, chức năng ruột, bàng quang, chức năng hô hấp, chức năng ngôn ngữ, chức năng tâm lý. Phòng ngừa mọi biến dạng có thể xảy ra ở các bệnh nhân trong tình trạng bất động hoặc phải nằm tại giường trong thời gian dài. Việc phục hồi chức năng cần được tiến hành sớm và ngay tại giường bệnh nhân khoa thần kinh cũng như sẽ được tiếp tục sau này tại khoa phục hồi chức năng.

3.8. Theo dõi mọi diễn biến của bệnh nhân để kịp thời giải quyết hoặc báo cáo phản ánh với thầy thuốc điều trị để có thái độ xử lý thích hợp. Luôn theo sát các trường hợp hôn mê, kích động, trầm cảm cũng như tất cả các bệnh nhân nặng khác.

3.9. Luôn nâng đỡ, động viên, an ủi bệnh nhân kiên trì điều trị. Kết hợp chặt chẽ với gia đình và người thân của bệnh nhân trong các hoạt động với mục đích tâm lý liệu pháp. Quan trọng nhất vẫn là thái độ khi tiếp xúc và phục vụ bệnh nhân.

4. THỰC HIỆN CHĂM SÓC

Dưới đây chỉ nêu lên những nét cơ bản chủ yếu, đó là:

- Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân căn cứ vào tình trạng thực tế lâm sàng cũng như theo đúng y lệnh điều trị.
- Sắp xếp thứ tự ưu tiên trong việc thực hiện kế hoạch **chăm sóc**. **Bố trí nhân lực** cùng kết hợp trong chăm sóc bệnh nhân **một cách hợp lý**. Đối với bệnh nhi thần kinh, có thể kết hợp khéo léo và đúng mức vai trò của cha mẹ bệnh nhi, tuyệt đối tránh tình trạng ỉ nại, lạm dụng hoặc phó mặc cho gia đình bệnh nhi.

- Ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Giúp đỡ các đồng nghiệp trong công tác chăm sóc bệnh nhân khi cần thiết hoặc theo yêu cầu.
- Đánh giá kết quả việc thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân hàng ngày và hàng tuần.
- Rút kinh nghiệm để nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân thông qua nhận xét của bệnh nhân, ý kiến của gia đình bệnh nhân và sự góp ý của các đồng nghiệp dưới sự chỉ đạo của bác sĩ điều trị.

Tự lượng giá

1. Hãy kể bốn triệu chứng chung của bệnh thần kinh.
2. Hãy kể 9 nguyên tắc cơ bản chăm sóc bệnh nhân thần kinh.

TIẾP ĐÓN BỆNH NHÂN THẦN KINH

Mục tiêu học tập

1. Nội dung công tác tiếp đón bệnh nhân thần kinh.
2. Cách sắp xếp để đón tiếp bệnh nhân thần kinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thần kinh là đối tượng của thần kinh học. Thần kinh học chuyên nghiên cứu, điều trị những bệnh chủ yếu làm rối loạn hoạt động thần kinh mà căn bản là những hoạt động phản xạ không điều kiện làm trở ngại sự thích ứng của cơ thể trong môi trường. Hệ thần kinh là cơ quan chủ đạo của toàn bộ cơ thể, phụ trách mọi cơ quan. Tổn thương xâm phạm tới hệ thần kinh sẽ gây nên những rối loạn ở cơ thể như đau nhức, tê liệt, điếc, mù, co giật... Hoạt động thần kinh bao gồm cả vỏ não, cơ sở của hoạt động thần kinh cao cấp, là hoạt động tâm lý, trí tuệ của con người, do đó các bệnh ở não ít nhiều có thể rối loạn tâm lý, tâm thần.

Vì một lý do nào đó bệnh nhân thần kinh phải vào bệnh viện điều trị. Tâm lý chung của bệnh nhân thường bao gồm nhiều nét bản khoăn, lo ngại, e dè, ngờ ngàng hoặc cũng có khi căng thẳng, bức dọc, khó chịu, cáu giận... Tính tình tác phong, hoàn cảnh, bệnh trạng của các bệnh nhân thường khác nhau vì vậy việc tiếp đón bệnh nhân phải căn cứ vào các đặc điểm đó để có thể giải quyết một cách linh hoạt và chu đáo.

Mục tiêu của công việc tiếp đón bệnh nhân thần kinh nhằm:

- Làm cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cảm thấy thoải mái, yên tâm giảm bớt lo âu, sợ hãi.
- Thu nhập thông tin cần thiết để giúp cho bệnh nhân hoà nhập với môi trường bệnh viện.
- Nắm được các quá trình chăm sóc trước khi bệnh nhân tới viện.
- Lượng giá tình trạng cơ thể và tâm trí của bệnh nhân.
- Hiểu biết các việc cần làm giúp cho bước chẩn đoán và điều trị tiếp nối.
- Đặt kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

2. NỘI DUNG CÔNG TÁC ĐÓN TIẾP

Trừ trường hợp bệnh nhân quá nặng cần phải chuyển ngay vào giường cấp cứu, còn thông thường việc đón tiếp bệnh nhân thần kinh đều phải thực hiện qua các bước sau:

2.1. Giao tiếp

Nếu bệnh nhân bị rối loạn ý thức hoặc là trường hợp bệnh nhi nhỏ tuổi, nhân viên tiếp đón sẽ hỏi qua người nhà bệnh nhân; nếu bệnh nhân tỉnh sẽ hỏi trực tiếp về các chi tiết sau:

- Họ và tên bệnh nhân.
- Tuổi (ngày sinh nếu là trẻ em, trẻ dưới ba tuổi cần biết rõ bao nhiêu tháng tuổi);
- Dân tộc, quốc tịch.
- Tôn giáo.
- Nghề nghiệp, chức vụ.
- Nơi công tác, học tập.
- Địa chỉ (cần ghi rõ số nhà/ thôn xóm, phố/ xã, quận/ huyện, thành phố, tỉnh);
- Địa chỉ và tên người cần được báo tin khi cần thiết.
- Cần biết lần vào viện hiện tại là lần đầu tiên hay lần thứ mấy; trước khi vào viện lần này bệnh nhân đã qua điều trị ở những nơi nào.
- Ngoài ra còn phải hỏi tóm tắt về tiền sử dị ứng hoặc **bệnh mạn tính** của bệnh nhân nếu có.

2.2. Lượng giá bước đầu

Trong việc tiếp đón bệnh nhân thần kinh, ngay lúc đầu nhân viên tiếp đón đã nhanh chóng có thể có khái niệm về một số **đặc điểm** của bệnh nhân qua kinh nghiệm lâm sàng. Đó là những biểu hiện về các mặt:

- Liệt vận động một tay hoặc một chân, liệt nửa người hoặc hai chân; nặng hơn nữa là liệt tứ chi.
- Rối loạn cảm giác dễ nhận thấy là các hiện tượng bệnh nhân bị đau nhức trên một số vị trí nào đó ở cơ thể, ví dụ: Nếu đau mặt nhức đầu bệnh nhân có thể dùng tay che mặt hoặc bóp đầu...
- Tổn thương dây thần kinh sọ: Dễ phát hiện thấy bệnh nhân bị giảm hoặc mất thị lực hay thính lực, bị rối loạn nuốt và nói.
- Rối loạn tâm trí: Bệnh nhân có thể hoàn toàn tỉnh táo, bình tĩnh nhưng cũng có trường hợp bị rối loạn ý thức (như ngủ gà, lú lẫn), rối loạn cảm xúc (với biểu hiện buồn bã, lo âu hoặc cảm xúc không ổn định), rối loạn tác phong (ví dụ vật vã, kích thích...).

Ngoài những biểu hiện đa dạng nói trên, còn có thể gặp các biểu hiện bất thường khác trên cơ thể bệnh nhân về mặt nội khoa (ví dụ các thương tích hoặc di chứng chấn thương như gãy xương, cụt chi...).

- Những triệu chứng và dấu hiệu nặng thường gặp trong các trường hợp hôn mê, động kinh, nhiễm khuẩn thần kinh, tai biến mạch máu não...

2.3. Xử trí

Thái độ xử trí khi tiếp đón bệnh nhân tùy thuộc vào tình trạng thực tế của từng bệnh nhân cũng như bệnh cảnh lâm sàng cụ thể. Cần đặc biệt chú trọng ưu tiên các trường hợp bệnh nhân cấp cứu và nặng.

- Đối với mọi bệnh nhân: Lập hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi có ghi rõ họ và tên của bệnh nhân, tuổi, ngày giờ vào viện, số giường nằm. Ghi những dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp... và một số đặc điểm lâm sàng khác.
- Đối với bệnh nhân nặng: Theo chỉ định điều trị, tiến hành cho thở oxy, đặt nội khí quản, hút đờm rãi, thông tiểu, chườm lạnh hoặc ủ ấm...
- Thực hiện đầy đủ các y lệnh: Theo thứ tự ưu tiên quy định, nhanh chóng tiến hành các chỉ định về thuốc men và chăm sóc. Luôn luôn chú ý kiểm tra đối chiếu khi tiêm truyền hay cấp phát thuốc, tránh nhầm lẫn thuốc men, đảm bảo mọi an toàn hợp lý trong điều trị.

3. SẮP XẾP BỆNH NHÂN

Đây là một công việc rất quan trọng đảm bảo trật tự vệ sinh của buồng điều trị, giúp cho công tác chăm sóc bệnh nhân đạt được hiệu quả. Việc sắp xếp bệnh nhân có liên quan chặt chẽ đến tổ chức, cấu trúc và cơ sở của nơi điều trị. Ngoài những trường hợp bệnh nhân quá nặng phải chuyển ngay vào giường cấp cứu, tất cả các bệnh nhân khác khi vào viện phải được nhân viên bố trí sắp xếp cẩn thận, chu đáo với tinh thần trách nhiệm.

Theo trình tự tiến hành như sau:

- Đưa bệnh nhân về buồng và giường nằm theo quy định của đơn vị (khoa hoặc phòng).
- Giúp đỡ bệnh nhân tắm rửa, thay mặc áo quần của bệnh viện.
- Hướng dẫn bệnh nhân biết khu vực nhà tắm, nhà vệ sinh (chú ý nhắc nhở cách sử dụng các phương tiện nếu cần).
- Nếu cần, giúp đỡ bệnh nhân nằm hoặc ngồi ở giường theo tư thế thích hợp, thoải mái. Nhắc bệnh nhân nằm đúng theo chiều cấu tạo của giường (phân biệt đầu giường, cuối giường).
- Đặt gần giường một ống nhổ hoặc xô vớt tiểu tiện nếu là bệnh nhân phải nằm tại giường.
- Giới thiệu tên của y tá trưởng và các nhân viên trong phòng điều trị, có thể cho biết sơ qua về nhiệm vụ của mỗi người.
- Nhắc bệnh nhân về nội quy buồng bệnh.
- Động viên bệnh nhân an tâm điều trị.

4. GHI CHÉP

Nhân viên đón tiếp bệnh nhân cần phải:

- Ghi chú đầy đủ các tài liệu, thông tin và nhận xét bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Theo sự phân công, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.
- Báo cáo ngay bác sĩ điều trị về tình hình bệnh nhân mới vào và thực hiện các y lệnh của bác sĩ điều trị đối với bệnh nhân đó.

Tự lượng giá

1. Kể 3 nội dung công tác tiếp đón bệnh nhân thần kinh.

2. Bạn hãy khoanh tròn chữ Đ nếu câu trả lời dưới đây đúng và chữ S nếu câu trả lời sai.

a. Bệnh nhân đến khám trong tình trạng cấp cứu yêu cầu phải làm mọi thủ tục hành chính mới tiếp nhận.

b. Bệnh nhân đến khám, người điều dưỡng quan sát, **nhận định** tình trạng bệnh nhân để có thái độ xử trí đúng.

c. Bệnh nhân đến khám, theo thứ tự đến trước **khám trước**, không ưu tiên bệnh nhân nặng giải quyết trước.

3. Liệt kê trình tự tiến hành sắp xếp bệnh nhân trong khoa thần kinh.

Đ	S
Đ	S
Đ	S

TỔN THƯƠNG TUỖ SỐNG VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được đặc điểm triệu chứng chính của tổn thương tuỷ sống.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuỷ sống nằm trong ống sống bắt đầu từ ngang mức trên đốt đốt của cột sống cổ và tận cùng ở ngang mức bờ dưới đốt sống thắt lưng L1 hay bờ trên đốt sống thắt lưng L2. Từ tuỷ sống đi ra là các rễ và các dây thần kinh chi phối vận động và cảm giác của các vùng cơ thể có liên quan. Chức năng chủ yếu của tuỷ là hoạt động phản xạ; nhận những thông tin báo cáo từ các cơ quan về trục thần kinh và phát ra những lệnh chỉ đạo hoạt động thích ứng với những thông tin xung động thần kinh theo các đường lên và đường xuống, từ tuỷ lên não và từ não xuống tuỷ.

Khi tuỷ bị tổn thương do các quá trình kích thích hoặc huỷ hoại sẽ dẫn tới những trạng thái bệnh lý ảnh hưởng đến các chức năng vận động, trương lực cơ, phản xạ, cảm giác và thực vật.

2. HỘI CHỨNG TỔN THƯƠNG TUỖ SỐNG

Tổn thương tuỷ sống gây liệt hai chân (tổn thương ở vị trí thấp) hoặc liệt tứ chi (tổn thương ở vùng cổ). Thường hay gặp hai loại tổn thương là viêm tuỷ và ép tuỷ.

Viêm tuỷ là chứng bệnh do tổn thương viêm nhiễm thoái hoá các thành phần của tuỷ. Có nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau.

2.1. Viêm sừng trước tuỷ cấp tính

Còn có tên gọi là bệnh bại liệt trẻ em. Đây là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus bại liệt xâm phạm đặc biệt vào sừng trước tuỷ sống gây tổn thương các tế bào thần kinh vận động và dẫn tới liệt mềm. Trong thể tuỷ sống các cơ ở chi bị liệt thường nhẽo và liệt với tính chất không cân đối. Các cơ ở chi dưới thường bị xâm phạm nhiều nhất. Khi tuỷ sống vùng thắt lưng bị xâm phạm, trẻ có thể bị liệt cơ bàng quang và bí tiểu tiện. Nếu các cơ liên sườn, cơ hoành và cơ bụng bị xâm phạm có thể dẫn tới rối loạn hô hấp. Hiện tượng bại liệt nói chung xảy ra ở các trẻ chưa được uống vaccin phòng bại liệt, nhất là đối với các trẻ dưới 1 tuổi.

2.2. Viêm nhiều rễ và dây thần kinh

Thể cấp tính của viêm nhiều rễ và dây thần kinh còn có tên gọi là hội chứng Guillain - Barre, thường xảy ra sau giai đoạn nhiễm vi khuẩn. Tuy phần lớn tiến triển thuận lợi nhưng cũng có thể để lại một số di chứng vận động. Các triệu chứng thần kinh thường đau và loạn cảm. Trong quá trình bệnh thường thấy bắt đầu liệt ở hai chân rồi lan ngược lên trên và có tính chất đối xứng, phần lớn chủ yếu ở ngọn chi; một số ít trường hợp lại thấy rõ ở gốc chi. Ngoài ra còn có thể liệt một số dây thần kinh sọ não, phần lớn là liệt mặt. Trong dịch não tủy có hiện tượng phân ly albumin - tế bào; lượng protein tăng cao còn tế bào não tủy vẫn ở mức bình thường.

2.3. Viêm nhiều dây thần kinh

Có nhiều loại viêm dây thần kinh ngoại biên nhưng ở nước ta cần đặc biệt quan tâm đến bệnh tê phù (beri - beri) chủ yếu do thiếu hụt vitamin B1 trong chế độ ăn uống.

Trong viêm nhiều dây thần kinh có thể thấy nhiều loại triệu chứng như yếu vận động các chi, mất hoặc giảm các phản xạ gân xương, mất hoặc giảm cảm giác ở các chi và lâu ngày có thể bị teo cơ và các rối loạn dinh dưỡng khác.

Riêng trong bệnh tê phù, ngoài các triệu chứng thần kinh còn có nhiều biểu hiện khác của một hội chứng tim - mạch.

2.4. Chấn thương tủy sống

Do tai nạn xảy ra trong đời sống hàng ngày (ngã, dao đâm...) hoặc do các vết thương trong thời chiến (bom, đạn...).

Tùy theo vị trí tổn thương ở cao như tủy cổ hay ở thấp như tủy lưng, lâm sàng sẽ có các biểu hiện liệt tứ chi hoặc liệt hai chân.

2.5. Viêm tủy cắt ngang

Trong thể cấp tính, bệnh có thể xảy ra đột ngột với các rối loạn cảm giác như đau cột sống lưng, cảm giác kiến bò, khó vận động hai chân kèm với trạng thái nhiễm khuẩn (sốt...), và rối loạn tiểu tiện (đái khó). Tiếp theo là trạng thái liệt mềm hai chân với giảm trương lực cơ và mất phản xạ gân xương ở hai chi dưới. Đồng thời còn bị mất cảm giác từ vị trí bị thương trở xuống, bí tiểu tiện và sớm bị rối loạn dinh dưỡng (teo cơ, loét, da lạnh, xám, phù). Dịch não tủy gần như bình thường. Tiến triển nặng có thể tử vong do rối loạn hô hấp hoặc do bội nhiễm thứ phát. Tiến triển tốt có thể từ liệt mềm chuyển thành liệt cơ cứng và sau luyện tập có thể dần dần đi đứng được.

Trong thể viêm tủy mạn tính, có hai loại bệnh cảnh. Có thể là từ viêm tủy cắt ngang diễn biến từ liệt mềm sang liệt cứng. Nhưng cũng có thể tổn thương tủy do giang mai; tiến triển từ từ với từng đợt rối loạn vận động (đi đứng khó khăn, rối loạn cơ tròn, tiểu tiện khó). Xét nghiệm thấy phản ứng giang mai dương tính trong máu và trong dịch não - tủy.

2.6. Lao đốt sống

Còn có tên là bệnh Pott nguyên nhân lao. Vị trí tổn thương có thể ở vùng các đốt sống cổ, đốt sống lưng với tần số cao. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng như đau vùng đốt sống bị tổn thương, thấy hình ảnh bệnh lý đặc biệt của các đốt sống qua phim chụp X quang. Đối với các trường hợp lao đốt sống, cần chú ý phát hiện lao phổi và các thể lao khác đồng diễn.

2.7. U tủy

Có nhiều loại u khác nhau, lành tính cũng như ác tính. Biểu hiện chung thường bắt đầu bằng rối loạn cảm giác (đau kiểu kích thích thần kinh liên sườn, đau dây thần kinh hông) sau một thời gian chuyển sang rối loạn vận động, nặng nhất là liệt hai chân. Dịch não - tủy có hiện tượng phân ly albumin - tế bào và trường hợp lượng protein não- tủy quá tăng cao có thể đưa đến hội chứng đông quánh dịch não - tủy.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÓ BIỂU HIỆN TỔN THƯƠNG TUYẾN SỐNG

3.1. Nhận định

- Hỏi, khám bệnh nhân liệt 2 chân hay tứ chi.
- Đại, tiểu tiện không tự chủ hay bí đại, tiểu tiện. Xem cơ teo hay phù nề, da đã có dấu hiệu loét chưa, có sốt không? Có khó thở không?

3.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Vệ sinh cơ thể, phòng chống loét, chế độ ăn uống.
- Thực hiện y lệnh:
 - + Tiêm thuốc.
 - + Uống thuốc.
 - + Truyền thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Phục hồi chức năng và chăm sóc các hệ thống cơ quan để phòng nhiễm khuẩn và biến chứng.
- Giáo dục sức khỏe.

3.3. Thực hiện kế hoạch

Bệnh nhân bị liệt không tự vận động được, người bệnh rất buồn, lo lắng, nên khi đón tiếp bệnh nhân người điều dưỡng cần có thái độ, cử chỉ ân cần thông cảm với tình trạng bệnh của họ, giúp họ vào giường. Chú ý tư thế toàn thân cũng như các chi để phòng biến dạng, loét sớm xảy ra.

3.3.1. Vệ sinh cơ thể, phòng chống loét:

Hàng ngày vệ sinh mắt, mũi, răng, miệng, đầu tóc, vệ sinh da, chú ý vùng tý đê, bộ phận sinh dục cần khô ráo, sạch sẽ.

Ga giường bệnh nhân luôn luôn sạch sẽ, không có nếp gấp.

Thay đổi tư thế bệnh nhân 2 giờ 1 lần, thường xuyên kiểm tra các vùng tí đê, dễ gây loét như vùng chẩm, xương bả vai, khuỷu tay, xương cùi chỏ, vùng mông, gai chậu, mắt cá chân...

Dấu hiệu của nguy cơ loét là da vùng đỏ đỏ lên không mất đi sau 15 phút. Nếu có vết trợt điều trị ngay, tránh nhiễm khuẩn.

Cho bệnh nhân nằm đệm chống loét như vòng hơi cao su hay phao giường bơm nước...

Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân đủ số lượng và chất lượng, tăng protid như trứng sữa, thịt, cá và đầy đủ các vitamin có trong quả tươi.

3.3.2. Thực hiện y lệnh:

Khi cho bệnh nhân uống thuốc, tiêm thuốc, truyền thuốc đúng theo y lệnh. Chú ý khi truyền thuốc phải theo dõi sát để phòng thuốc truyền ra ngoài tĩnh mạch, vì bệnh nhân có rối loạn cảm giác nên không nhận biết đau.

★ Làm các xét nghiệm chính xác kịp thời. Phụ giúp bác sĩ chọc dò thất lưng để xét nghiệm dịch não tủy.

Xét nghiệm máu, phân, đờm, nước tiểu, ngoáy họng.

X quang thần kinh: Chụp cột sống, chụp tuỷ sống, chụp tuỷ cản quang...

Thăm dò chức năng: Ghi điện cơ, điện tim.

Khám các chuyên khoa ngoại, sản khoa, mắt, tai mũi họng, da liễu.

★ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Lấy mạch, nhiệt độ, đếm nhịp thở.

Chú ý theo dõi nhịp thở, đối với bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng tổn thương tuỷ lan lên thường gây khó thở, lo sợ vật vã phải báo cáo bác sĩ để cấp cứu vì rất dễ liệt trung tâm hô hấp.

3.3.3. Phục hồi chức năng vận động:

Để tránh tình trạng bệnh nhân co cứng, co rút, đặt bệnh nhân nằm đúng tư thế, nên đặt gối và đệm lót để giữ chân thẳng, bàn chân vuông góc với cẳng chân.

Tập và cử động khớp háng, khớp vai.

Xoa bóp cơ để tăng cường lưu thông máu, tránh teo cơ.

3.3.4. Tiết niệu:

Bệnh nhân bí tiểu khi có cầu bàng quang cần đặt thông bàng quang.

Để phòng nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Khi thông tiểu đảm bảo đúng kỹ thuật, vô khuẩn, không thông nhiều lần trong ngày, lưu thông tại bàng quang không để lâu quá 3 ngày thay thông khác, hàng ngày bơm rửa bàng quang bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Cho bệnh nhân uống đủ nước trung bình 2 lít trong một ngày. Uống nước hoa quả có nhiều vitamin, vì vi khuẩn khó phát triển khi nước tiểu có môi trường acid.

Luôn giữ vệ sinh ống thông, túi đựng nước tiểu, rửa bộ phận sinh dục ngoài sạch sẽ, khô ráo hàng ngày.

3.3.5. Đại tiện:

Luyện tập cho bệnh nhân có thói quen đại tiện hàng ngày vào thời gian nhất định.

- Xoa bóp khung đại tràng theo chiều nhu động ruột.
- Kích thích đại tiện "bằng cách đặt thuốc đạn vào hậu môn". Để phòng bội nhiễm viêm phổi, xẹp phổi.
- Rung vỗ lồng ngực.

3.3.6. Giáo dục sức khoẻ:

Khi bị tổn thương tuỷ bệnh thường tiến triển kéo dài, tâm lý bệnh nhân và người thân của họ rất bị quan nên người điều dưỡng cần có thái độ ân cần, động viên nâng đỡ an ủi bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn, có ý chí quyết tâm cao kiên trì tập luyện phục hồi chức năng, hoà nhập vào xã hội và cộng đồng.

- Nâng cao thể trạng đảm bảo dinh dưỡng.
- Để phòng các sang chấn để không ảnh hưởng thêm cho cột sống và tuỷ.

3.4. Đánh giá

Sau quá trình thực hiện tốt y lệnh của bác sĩ và kế hoạch chăm sóc điều dưỡng ta nhận thấy:

- Thể trạng bệnh nhân tốt lên: ăn ngủ được.
- Cơ thể, quần áo, giường chiếu được vệ sinh sạch sẽ.
- Không có dấu hiệu bội nhiễm và các di chứng như: Loét da, viêm đường tiết niệu... cứng khớp, teo cơ...
- Tinh thần bệnh nhân an tâm tin tưởng chuyên môn.

Nếu các biểu hiện trên, điểm nào chưa tốt cần xem xét để lại sửa đổi công tác chăm sóc đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân.

Tóm lại: Qua những bệnh trên làm tổn thương tuỷ sống nổi bật đặc điểm triệu chứng cần chú ý bao gồm:

- Liệt vận động (liệt 2 chân hoặc tứ chi).
- Rối loạn cảm giác (đau nhức, tê bì, mất cảm giác).
- Rối loạn cơ tròn (rối loạn đại tiểu tiện).
- Tổn thương tiến triển kéo dài (để lại di chứng).

Tự lượng giá

1. Hãy nêu 4 đặc điểm triệu chứng khi bị tổn thương tuỷ sống:

- A....
- B....
- C....
- D....

2. Nêu 5 biện pháp phòng chống loét:

- A....
- B...
- C....
- D....
- E...

3. Nêu 3 biện pháp để phòng viêm đường tiết niệu:

- A...
- B....
- C...

ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng của bệnh.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đau dây thần kinh tọa.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh tọa là một hội chứng thường gặp, đặc biệt trong lứa tuổi lao động.

Dây thần kinh tổng hợp bởi các rễ thần kinh vùng thắt lưng - cùng (rễ L4-L5 và S1 - S2- S3) chủ yếu là hai rễ L5 và S1. Các rễ xuất phát từ khoanh tuỷ

sống tương ứng chéo qua nhiều đốt sống tới lỗ tiếp hợp tương quan để ra ngoài đốt sống. Rễ L5 chi phối cảm giác ngón chân cái và vận động cơ bàn chân. Rễ S1 chi phối cảm giác ngón út và vận động gập bàn chân.

Đau dây thần kinh tọa có thể do nhiều nguyên nhân gây ra như: Thoát vị đĩa đệm, viêm dây dĩnh màng tuỷ, viêm dây thần kinh, lao đốt sống vùng thắt lưng - cùng, u tuỷ vùng chóp cùng, ngoài ra còn có thể do di căn ung thư từ tuyến tiền liệt, tử cung hoặc do chấn thương hay thoái hoá đốt sống.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Dưới đây là trường hợp điển hình của đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm vùng L5- S1.

Khởi đầu thường đột ngột xảy ra sau khi mang, vác, khiêng, nâng một vật quá nặng: Đau vùng thắt lưng, đau bên tổn thương vào dây thần kinh, cũng có trường hợp đau tăng dần.

Đau là dấu hiệu chủ yếu: Đau nhói từ vùng thắt lưng - cùng qua măt sau đùi lan xuống gót chân hoặc ngón chân; đau tăng lên khi gắng sức (đi bộ nhiều, kho ho, khi rặn đại tiện....). Đau giảm đi khi nghỉ ngơi, khi nằm theo tư thế chống đau như nằm nghiêng chéo về bên lành cơ căng chân lại.

Ngoài ra còn có hiện tượng giảm nhẹ cảm giác khách quan theo khu vực rễ thần kinh bị kích thích.

Trường hợp nặng, tiến triển lâu ngày sẽ có rối loạn vận động (khi đi đứng khó khăn hoặc không đi đứng được), giảm trương lực cơ (cơ mềm nhẽo), rối loạn dinh dưỡng (teo cơ, rối loạn vận mạch, tím tái).

3. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA

3.1. Quan trọng trước hết là tư thế nằm hoặc ngồi của bệnh nhân. Bố trí sao cho tư thế đó ít ảnh hưởng gây đau đớn cho bệnh nhân do đó giúp được cho bệnh nhân tự lựa mình theo tư thế chống đau thích hợp; tránh vội vàng xoay trở người bệnh nhân quá đột ngột và quá mạnh.

3.2. Tiến hành các xét nghiệm theo chỉ định cụ thể đối với từng trường hợp bao gồm các xét nghiệm về máu, nước tiểu. Đưa bệnh nhân đi chụp X quang cột sống. Chuẩn bị bệnh nhân trước khi đưa đi làm xét nghiệm, như thụt tháo phân trước khi chụp cột sống.

3.3. Phụ giúp thầy thuốc điều trị trong các thủ thuật liên quan tới chẩn đoán và điều trị như: Xét nghiệm dịch não tuỷ, bơm hơi chụp tuỷ, bơm cản quang chụp tuỷ.

3.4. Ghi nhận các dấu hiệu sinh tồn.

3.5. Thực hiện cho uống thuốc, tiêm thuốc, truyền dịch... theo chỉ định.

3.6. Giúp đỡ bệnh nhân khi di chuyển, khi đi vào khu vực vệ sinh, khi tắm rửa.

3.7. Phục hồi chức năng thần kinh cho bệnh nhân tùy theo các chỉ định của từng phương pháp khác nhau như: xoa bóp, vật lý trị liệu, tập luyện...

3.8. Trường hợp có chỉ định kết hợp y học cổ truyền, sẽ tiến hành châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt... theo kỹ thuật của y học dân tộc.

3.9. Theo dõi mọi diễn biến, sinh hoạt, ăn nghỉ của bệnh nhân cũng như quan tâm đến tình trạng tâm lý của bệnh nhân.

4. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

4.1. Nhận định

Hỏi và quan sát bệnh nhân:

- Đau lần đầu hay đau tái phát lại.
- Nét mặt bệnh nhân lo âu, nhăn nhó do đau.
- Bệnh nhân đi lại khó khăn hay không đi lại được.
- Bệnh nhân đau khi trấn trở mình.
- Ăn uống, đại tiểu tiện có bình thường không ?

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

Chăm sóc cơ bản :

- Chế độ nghỉ ngơi.
- Chế độ ăn uống.
- Chế độ vệ sinh.

Thực hiện y lệnh:

- Tiêm thuốc.
- Uống thuốc.
- Xét nghiệm.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

Phục hồi chức năng.

Giáo dục sức khỏe.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Chăm sóc cơ bản:

- Chế độ nghỉ ngơi: Đau là dấu hiệu chính của bệnh. Bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn trên giường cứng, chú ý không nên nằm giường đệm nhất là giường lò xo.

Khi nâng đỡ bệnh nhân phải nhẹ nhàng, tư thế nằm ngòai để bệnh nhân tự lựa mình theo tư thế chống đau thích hợp tránh vôi vàng xoay trở bệnh nhân quá mạnh và đột ngột.

- Chế độ ăn uống: Đảm bảo ăn uống đủ lượng và chất, thức ăn giàu protid và dễ tiêu, uống nhiều nước, tránh ăn thức ăn gây táo bón, kích thích như: ớt, hạt tiêu... vì khi táo bón sau mỗi lần đi đại tiện gây đau cho bệnh nhân.
- Chế độ vệ sinh: Giúp bệnh nhân làm vệ sinh cá nhân, chú ý vệ sinh răng, miệng, mũi, họng, tránh viêm nhiễm đường hô hấp vì mọi kích thích như ho, hắt hơi cũng gây đau cho bệnh nhân.

4.3.2. Thực hiện y lệnh:

- Tiêm thuốc uống thuốc: Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu để an toàn điều trị cho bệnh nhân. Thường dùng thuốc giảm đau, vitamin nhóm B, an thần nhẹ, chú ý uống thuốc lúc no.
- Xét nghiệm: Máu, nước tiểu...
- Chụp X quang cột sống: Thụt tháo đúng kỹ thuật để sạch phân trước khi chụp.
- Phụ giúp bác sĩ chọc dò tủy sống, xét nghiệm dịch não tủy, bơm hơi chụp tủy, bơm cản quang chụp tủy.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Lấy mạch, nhiệt độ 2 lần trong ngày vẽ thành biểu đồ.
- Trường hợp có chỉ định kết hợp y học cổ truyền sẽ tiến hành châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt theo kỹ thuật của y học cổ truyền.

4.3.3. Phục hồi chức năng:

Bệnh nhân đang đau nhiều nằm nghỉ là chính, điều trị vật lý trị liệu: Theo chỉ định của chuyên khoa, khi bệnh nhân đã thuyên giảm áp dụng các phương pháp khác như xoa bóp, tập luyện.

4.3.4. Giáo dục sức khỏe:

- Có chế độ lao động nghỉ ngơi thích hợp tránh lao động nặng, mang vác vật nặng lệch một bên.
- Tránh các động tác làm cong vẹo cột sống, cúi gập người đột ngột, tránh bị xóc mạnh khi ngồi trên ô tô, xe máy đi vào các ổ đường.
- Phòng chống các bệnh về khớp.

4.4. Đánh giá

Sau quá trình thực hiện tốt y lệnh của bác sĩ và kế hoạch chăm sóc điều dưỡng ta nhận thấy:

- **Thể trạng bệnh nhân tốt lên.**

- Bệnh nhân giảm đau tự ngồi dậy được, đi lại quanh giường.
- Không có dấu hiệu bội nhiễm do nằm lâu.
- Tinh thần bệnh nhân thoải mái, an tâm, tin tưởng điều trị. Nếu các biểu hiện trên, điểm nào chưa tốt cần xem xét lại công tác chăm sóc để có kế hoạch chăm sóc thích hợp hơn.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Đau thần kinh tọa thường xảy ra trong hoàn cảnh nào?
 2. Điều chủ yếu cần lưu ý hơn để chăm sóc bệnh nhân đau thần kinh tọa là gì?
- A....
- B....
- C.....

BỆNH ĐỘNG KINH VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học và cách phân loại bệnh động kinh.
2. Mô tả được bệnh học và cách phân loại bệnh động kinh.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân động kinh.

1. KHÁI NIỆM

Động kinh là tình trạng bệnh lý với sự tái diễn của nhiều cơn biểu hiện bằng các cơn co giật cơ đột ngột hoặc biến đổi trạng thái ý thức hoặc rối loạn hoạt động của hệ thần kinh thực vật. Đó là một hội chứng phức tạp bao gồm nhiều mặt biểu hiện trên lâm sàng và trên xét nghiệm phản ánh một quá trình tổn thương kích thích ở não. Có nhiều nguyên nhân khác nhau có thể gây ra cơn động kinh; bệnh động kinh là sự tái diễn của các cơn động kinh một cách chu kỳ với tính chất định hình của các cơn động kinh. **Trong thực tế động kinh thường là triệu chứng của bệnh tiềm ẩn hoặc của rối loạn chuyển hoá.**

2. SINH BỆNH HỌC

Cơn động kinh thường xảy ra khi các tế bào ở não bị kích thích quá độ về mặt điện sinh lý và sinh hoá. Một số tế bào bất thường ở não có thể phát sinh ra

các kích thích đó đột ngột hoặc thường xuyên, có khi làm xuất hiện cơn động kinh nhưng cũng có khi không gây cơn động kinh. người ta gọi các tế bào bất thường đó là ổ động kinh; ổ động kinh có thể là hậu quả của chấn thương sản khoa, chấn thương sọ não ở mọi lứa tuổi, u não, chảy máu não hoặc viêm màng não. Một số trường hợp tuy không bị chấn thương hoặc không có bệnh gì cấp tính trước khi xảy ra động kinh thì có thể do rối loạn sinh hoá hoặc chuyển hoá bao gồm bệnh đái tháo đường, bệnh thoái hoá, rối loạn nội tiết, khuyết tật di truyền (gen) hoặc thiếu hụt dinh dưỡng. Nếu không tìm được cụ thể nguyên nhân gây bệnh người ta gọi nó là động kinh nguyên phát(không rõ nguyên nhân).

Các cơn động kinh có thể xảy ra nhiều lần nhắc lại nhưng có khi chỉ xảy ra trong thời điểm nhất định. Các cơn xảy ra một cách đơn độc hoặc không tái diễn thường gặp ở những trường hợp bệnh nặng có sự rối loạn chuyển hoá trong cơ thể bệnh nhân hoặc ở các trẻ nhỏ khi bị sốt cao (co giật do sốt cao). Các cơn tái diễn thường dễ xuất hiện khi có biến đổi sinh lý hoặc có một yếu tố gây bệnh nhất định nào đó như thiếu ngủ, cảm xúc mạnh, uống rượu, kích thích thị giác hoặc tăng cường thở sâu, tuy nhiên nhiều khi không xác định được các yếu tố, điều kiện thuận lợi này.

3. PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH

Có hai nhóm lớn là động kinh toàn bộ và động kinh cục bộ. Trong động kinh toàn bộ có thể phân biệt ra động kinh toàn bộ nguyên phát (thường không thấy rõ tổn thương thực thể ở não) và động kinh toàn bộ thứ phát (thường do tổn thương thực thể ở não có thể phát hiện được).

Dưới đây là bảng phân loại đã được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận (1981):

3.1. Động kinh toàn bộ (có co giật hoặc không co giật):

- Động kinh cơn lớn (cơn co giật).
- Động kinh cơn vắng ý thức điển hình (động kinh cơn nhỏ) hoặc không điển hình.
- Động kinh giật cơ.
- Động kinh cơn trương lực.
- Động kinh cơn mất trương lực.
- Động kinh cơn giật.

3.2. Động kinh cục bộ toàn bộ thứ phát

3.3. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn sơ.

- Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp.

Các triệu chứng có thể biểu hiện trên các mặt: Vận động, cảm giác cơ thể, cảm giác đặc biệt, tâm thần, thực vật, tự động (chỉ riêng đối với động kinh cục bộ phức tạp).

3.4. Động kinh chưa phân loại được

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Động kinh toàn bộ

Thuật ngữ toàn bộ có ý nghĩa là trong loại động kinh này toàn bộ não và toàn bộ cơ thể đều bị xâm phạm.

Trong động kinh toàn bộ có: Động kinh cơn lớn (cơn co giật), động kinh cơn nhỏ (cơn vắng ý thức), động kinh co thắt trẻ em, động kinh giật cơ và động kinh mất trương lực.

4.1.1. Động kinh cơn lớn:

Bao gồm một loạt hiện tượng diễn ra trong vài phút. Khởi đầu bệnh nhân mất ý thức đột ngột và lâm vào trạng thái co cứng các cơ (giai đoạn co cứng). Các chi trên co gấp, chi dưới duỗi, đầu ngửa ra sau. Có thể trong lúc co cứng các cơ hô hấp bệnh nhân sẽ phát ra một tiếng kêu to, do không khí trong lồng ngực bị tống mạnh ra ngoài theo đường thở bị co thắt hẹp lại. Cũng trong lúc này xảy ra một giai đoạn ngừng thở ngắn làm cho bệnh nhân bị tím tái cho tới khi hết co cứng và chuyển sang các động tác giật (giai đoạn co giật) xen kẽ co và duỗi các cơ. Hệ thần kinh thực vật bị kích thích gây tăng tiết nhiều nước bọt. Đại, tiểu tiện tự động có thể xảy ra. Sau cùng nhịp độ của các động tác co giật giảm dần rồi các cơ bắt đầu duỗi. Vài phút tiếp theo bệnh nhân dần dần phục hồi ý thức nhưng cũng có thể vẫn còn lú lẫn và thường ngủ thiếp đi.

Cơn lớn xảy ra có thể đưa tới nhiều nguy cơ tai biến cho bệnh nhân. Lúc khởi phát cơn, bệnh nhân có thể ngã bất kỳ ở đâu và dễ bị chạm thương. Trong giai đoạn co giật, đầu và tứ chi cũng có thể bị chấn thương do va đập vào các vật cứng; bệnh nhân có thể cắn phải lưỡi. Trầm trọng nhất là các cơn động kinh không dứt hẳn và cơn nọ kế tiếp cơn kia đưa bệnh nhân vào trạng thái động kinh (động kinh liên tục). Não sẽ bị thiếu oxy, rối loạn hô hấp (suy thở) có thể dẫn tới tử vong.

4.1.2. Động kinh cơn nhỏ:

Thường biểu hiện bằng các cơn vắng ý thức và hay gặp ở lứa tuổi học sinh. Mặc dù đây là các cơn động kinh toàn bộ nhưng thực tế là các cơn nhỏ, nên có khi không phát hiện được nếu không chú ý theo dõi. Bệnh nhi thường mất ý

thức trong vài giây và thường không bị ngã. Khi cơn xảy ra trẻ bị ngừng hoạt động (ngừng nói, ngừng viết...) nhưng rất nhanh chóng vài giây sau khi qua cơn trẻ lại tiếp tục động tác bỏ đồ khi trước mà không hề hay biết gì về việc mới xảy ra. Trong một ngày có thể xảy ra rất nhiều lần như vậy.

4.1.3. Động kinh co thắt trẻ em:

Thường gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi. Đây là những cơn động kinh toàn bộ thể hiện dưới dạng các cơn co thắt gấp gây gục đầu hoặc gấp thân có thể kèm theo hoặc không kèm theo các động tác co giật. Các cơn co thắt gấp như vậy xảy ra chớp nhoáng, có khi thành từng chập (nhiều cơn liên tiếp). Nói chung bệnh nhi vẫn có thể lớn lên nhưng phần đông bị chậm phát triển tâm trí và khi lớn lên sau này có thể thấy xuất hiện các loại động kinh khác.

4.1.4. Động kinh cơn giật cơ:

Loại động kinh này thường hiếm với các biểu hiện lâm sàng là những giai đoạn ngắn ngủi co các cơ ở toàn cơ thể hoặc ở một hay hai chi. Bệnh nhân thường mất ý thức rất ngắn và có thể bị ngã lúc xảy ra cơn. Các cơ bị co nhẹ hoặc nặng trong cơn. Bệnh này có thể gặp ở trẻ em và người lớn.

4.1.5. Động kinh cơn mất trương lực:

Loại động kinh này cũng khá hiếm với biểu hiện bệnh nhân đột ngột bị mất trương lực cơ toàn cơ thể làm cho người bị ngã gục do đó có thể bị thương khi xảy ra cơn.

4.2. Động kinh cục bộ:

4.2.1. Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn sơ:

Tuỳ theo vị trí ổ động kinh khu trú ở diện vận động hay diện cảm giác ở vỏ não bệnh nhân sẽ có những biểu hiện cụ thể trên lâm sàng; ví dụ co giật một tay hoặc tê bì ở một chi. Đôi khi hiện tượng co giật đó đi từ một nhóm cơ này sang một nhóm cơ khác rồi lan tỏa toàn bộ cơ thể (cơn động kinh Bravais - Jackson) thậm chí sau đó lan sang nửa người bên đối diện.

4.2.2. Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp:

Loại động kinh này còn có tên gọi là động kinh thái dương hoặc động kinh tâm thần - vận động. Thường ổ động kinh khu trú tại thùy thái dương. Biểu hiện lâm sàng khá phức tạp, ví dụ bệnh nhân có thể có động tác định hình như nhai, xoa tay hoặc nghiêng răng... Trong lúc có cơn tự động đó bệnh nhân thường bị rối loạn ý thức và không hề hay biết gì về các động tác mình đang làm, sau đó cũng không nhớ lại được. Có khi trong cơn bệnh nhân chợt nghĩ thấy một âm thanh nào đó (âm thanh đó không hề có thực bên ngoài). Đồng thời bệnh nhân còn

có thể cảm thấy vô cùng lo âu hoặc sợ hãi và rối loạn về nhận thức thực tế xung quanh bản thân (cảm tưởng đã thấy rồi hoặc cảm tưởng chưa thấy bao giờ). Các cơn động kinh cục bộ phức tạp có thể có triệu chứng báo trước (aura: cơn gió thoảng qua) về mất thị giác, thính giác hoặc khứu giác. Cơn động kinh cục bộ phức tạp cũng chỉ kéo dài vài phút nhưng sau đó bệnh nhân thường bị lú lẫn vài phút hoặc có khi vài giờ.

5. ĐIỀU TRỊ

Cơ bản là dùng thuốc chống động kinh. Có nhiều loại để sử dụng cho từng loại cơn động kinh khác nhau như: Thuốc loại barbituric (Gardenal), loại hydantoin (Sodanton), loại benzodiazepin (Seduxen), loại carbamazepin (Tegretol), loại acid valproic (Depakin)...

Thuốc điều trị động kinh cần được uống đều hàng ngày, liều lượng chia làm 2-3 lần; liều lượng tính theo cân nặng cơ thể, tuổi và nhất là căn cứ vào thể lâm sàng. Khi xảy ra cơn động kinh liên tục cần phải sử dụng thuốc chống động kinh theo đường tĩnh mạch (loại Diazepam, Valium, Seduxen). Thầy thuốc điều trị là người quyết định điều chỉnh tăng hoặc giảm liều lượng thuốc. Bệnh nhân động kinh cần được theo dõi chặt chẽ về tác dụng của thuốc đặc biệt chú ý tới các chức năng về máu, gan, thận và luôn cảnh giác các tai biến có thể xảy ra như ngộ độc, dị ứng, viêm gan, thận...

Dùng thuốc là để kiểm soát cơn động kinh giúp cho bệnh nhân vẫn đảm bảo được đời sống bình thường hàng ngày trong gia đình và xã hội. Như vậy trong khi điều trị bệnh nhân vẫn có thể tham gia hoạt động sinh hoạt bình thường, trẻ em vẫn có thể vui chơi học tập như các trẻ em khác. Điều quan trọng là cần động viên bệnh nhân kiên trì điều trị và không nên cho rằng động kinh là một lực cản trong cuộc đời.

6. CHĂM SÓC

Thực hiện các y lệnh:

- Các xét nghiệm máu, chụp X quang...
- Thuốc uống, tiêm, truyền dịch.
- Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

- Theo dõi biểu hiện của các cơn động kinh.
- Chăm sóc trong cơn động kinh.
- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện kế hoạch:

- Ngoài cơn động kinh.

- Trong cơn động kinh.
- Cơn động kinh liên tục.

Giáo dục sức khỏe: Khi bệnh nhân được ra viện giải thích về tình trạng bệnh và tiên lượng để bệnh nhân và thân nhân của họ yên tâm kiên trì điều trị theo đơn của thầy thuốc, người bệnh vẫn có thể tham gia sinh hoạt bình thường, trẻ em vẫn có thể vui chơi học tập như mọi trẻ em khác. Nhưng cần chú ý khi tiếp xúc với lửa, nước như: hồ, ao, sông, suối, bếp lửa để phòng khi lên cơn người bệnh dễ bỏng hay chết đuối.

Tránh những công việc nặng nhọc dưới trời nóng và gây nguy hiểm như làm trên cao, trong hầm lò, lái xe, thợ đốt lò... nên làm công việc tĩnh tại.

Tránh mệt mỏi cơ thể và tinh thần như tránh suy nghĩ căng thẳng, thiếu ngủ, đói, mệt, sốt.

Tự theo dõi ghi chép diễn biến cơn để báo cáo thầy thuốc điều chỉnh liều thuốc.

Ngoài cơn động kinh:

- Giúp thầy thuốc thăm khám tại phòng khám hoặc trong buồng bệnh.
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm (máu, nước tiểu...) theo y lệnh của thầy thuốc.
- Đưa bệnh nhân đi chụp, chiếu X quang (sọ, tim, phổi, xương...).
- Chuẩn bị và đưa bệnh nhân đi ghi điện não, ghi vang não.
- Thực hiện thuốc theo chỉ định của thầy thuốc, chú ý thời gian cho uống thuốc trong ngày.
- Theo dõi các tác dụng phụ hoặc tai biến khi bệnh nhân dùng thuốc kháng động kinh.
- Theo dõi ăn uống, đại tiểu tiện, giấc ngủ của bệnh nhân.
- Thường xuyên theo dõi diễn biến của các cơn động kinh và ghi chép đầy đủ hồ sơ theo dõi: Giờ xảy ra cơn, nơi bệnh nhân có cơn, đặc điểm của cơn co giật hoặc các hiện tượng khác của động kinh, thời gian kéo dài của cơn, diễn biến sau cơn, các yếu tố có liên quan như lúc bệnh nhân bị mệt, sốt, thiếu ngủ, đói...
- Luôn luôn động viên nâng đỡ bệnh nhân về mặt tâm lý.

Trong cơn động kinh:

- Đặt bệnh nhân ở nơi tương đối an toàn, đề phòng mọi va đập có thể gây thương tích trong lúc bệnh nhân có cơn động kinh.

Theo dõi mọi giai đoạn diễn biến của bệnh nhân trong cơn.

Nới lỏng các dây nịt, thắt lưng cho bệnh nhân dễ thở.

Đề nghiêng đầu bệnh nhân vào bất cứ vật dụng gì trong lúc có cơn; không cho ăn uống gì trong lúc này.

- Có thể đỡ để bệnh nhân khỏi ngã nhưng không nên đè giữ hoặc chống lại các động tác giật của bệnh nhân trong lúc đang có cơn động kinh.
- Chờ khi qua cơn sẽ đặt bệnh nhân sang thế nằm nghiêng; Lau chùi dài rút; xem xét có vết thương hoặc xây xát nào ở cơ thể bệnh nhân không.
- Theo dõi cho tới khi bệnh nhân tỉnh lại hoàn toàn. Đề phòng trong giai đoạn lú lẫn trước khi tỉnh lại bệnh nhân có thể bị vật vã hoặc kích động.
- Thực hiện các y lệnh điều trị cho bệnh nhân.

Cơn động kinh liên tục:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trên giường, có ván chặn và dây bảo vệ cho bệnh nhân khỏi bị ngã.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Lấy các bệnh phẩm và xét nghiệm theo y lệnh.
- Thực hiện các y lệnh điều trị cho bệnh nhân (tiêm, truyền dịch).
- Giải quyết đại tiểu tiện cho bệnh nhân tại giường; để phòng loét.
- Theo dõi các diễn biến của cơn theo thời gian, có ghi chép đầy đủ vào hồ sơ theo dõi.
- Không cho ăn uống gì trong lúc còn cơn động kinh liên tục.
- Chú ý hút đờm rãi, chống ứ đọng đường hô hấp trên.
- Cho thở oxy theo chỉ định của thầy thuốc.
- Theo dõi sát bệnh nhân cho tới khi tỉnh hoàn toàn.
- Động viên gia đình bệnh nhân yên tâm trong quá trình điều trị bệnh nhân động kinh liên tục.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn câu hỏi 1 và 2:

1. Hai nhóm lớn của động kinh:

A.... B....

2. Năm thể lâm sàng trong động kinh toàn bộ:

A... B.... C.... D.... E....

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây:

3. Khi bệnh nhân lên cơn động kinh, nới lỏng các dây nịt, thắt lưng cho bệnh nhân dễ thở.

4. Khi bệnh nhân lên cơn động kinh, đè giữ hoặc chống lại sự co giật của bệnh nhân.

5. Không đặt vào miệng bệnh nhân bất cứ vật dụng gì trong lúc có cơn động kinh.

PHẦN III

ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TÂM THẦN

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TÂM THẦN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được khái niệm về tâm thần học và các bệnh tâm thần. Sự khác nhau giữa bệnh tâm thần và thần kinh.
2. Trình bày được nguyên nhân và phân loại các bệnh tâm thần.

1. KHÁI NIỆM VỀ TÂM THẦN HỌC VÀ CÁC BỆNH TÂM THẦN

1.1. Nội dung của tâm thần học

- Tâm thần là một bộ môn trong y học, có nhiệm vụ nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng, bệnh nguyên, bệnh sinh các bệnh tâm thần, nghiên cứu các biện pháp phòng và chữa bệnh này.
- Tâm thần học được chia ra 2 phần lớn: Tâm thần học đại cương và tâm thần học chuyên biệt.
- Trong quá trình phát triển, tâm thần học đã chia ra nhiều phân môn: Tâm thần học người lớn, tâm thần học trẻ em, tâm thần học quân sự, tâm thần học người già, giám định pháp y tâm thần, dịch tễ học tâm thần, tâm thần học xã hội, dược lý tâm thần và sinh hoá tâm thần...

1.2. Đối tượng nghiên cứu

1.2.1. Thế nào là bệnh tâm thần:

- Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn bởi nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể...), làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại. Các quá trình cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức, ... bị sai lệch cho nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩa, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại, với môi trường xung quanh.
- Phạm vi các bệnh tâm thần rất rộng. Có **những bệnh tâm thần nặng** (các bệnh loạn thần), quá trình phản ánh thực tại **sai lệch trầm trọng**, hành vi tác phong bị rối loạn nhiều. Có **những bệnh tâm thần nhẹ** (các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh), quá trình phản ánh thực tại cũng như hành vi tác phong rối loạn ít, bệnh nhân vẫn có thể sinh hoạt, lao động, học tập được, tuy có giảm sút.

1.2.2. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh:

- Chỗ khác nhau:
 - + Bệnh tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh mà chỉ phát hiện được những biến đổi tinh vi về mặt sinh hoá, miễn dịch, di truyền... Phần lớn bệnh nhân có thể ăn khoẻ, chơi khoẻ, đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩa, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu.
 - + Bệnh thần kinh có nhiều nguyên nhân khác nhau gây tổn thương tổ chức thần kinh làm rối loạn chủ yếu chức năng tiếp thu và thực hiện của con người (tê liệt, điếc, mù...). Đa số bệnh nhân còn ý thức được bệnh của mình. Còn những bệnh nhân tâm thần không nhận thấy mình bị bệnh, từ chối điều trị tại chuyên khoa tâm thần.
- Chỗ liên quan với nhau:
 - + Bệnh nhân thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo (rối loạn trí nhớ, trí tuệ, ý thức).
 - + Bệnh nhân tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) tuy chưa phát hiện được tổn thương thực thể ở não, có thể có những rối loạn thần kinh kèm theo (rối loạn trương lực cơ, phản xạ, thần kinh thực vật...).

2. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI CÁC BỆNH TÂM THẦN

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Nguyên nhân thực thể:

- Nhiễm khuẩn thần kinh.
- Nhiễm độc thần kinh.
- Chấn thương sọ não.
- Các tổn thương thực thể khác ở não (bệnh mạch máu não, u não, teo não...).
- Bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động của não.

2.1.2. Nguyên nhân tâm lý:

Các sang chấn tâm thần và hoàn cảnh xung đột trong gia đình cũng như ngoài xã hội có thể gây ra loạn thần phản ứng và các bệnh tâm căn.

2.1.3. Nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý:

Có thể gây ra các trạng thái nhân cách bệnh và chậm phát triển tâm thần...

2.1.4. Nguyên nhân chưa rõ ràng (sự kết hợp phức tạp nhiều yếu tố khác nhau) như:

Di truyền, biến đổi chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất.... Có thể gây ra bệnh tâm thần nội sinh như tâm thần phân liệt, loạn thần hưng trầm cảm.

2.2. Nhân tố thuận lợi

- Di truyền: Có khi là nguyên nhân nhưng cũng có khi chỉ là nhân tố thuận lợi thúc đẩy bệnh phát sinh mà thôi.
- Nhân cách: Là toàn bộ đặc điểm tâm lý của một cá nhân bao gồm nhiều thành phần (xu hướng, khí chất, tính cách và năng lực) làm cho người này có những nét tâm lý khác hẳn với người khác. Nhân cách mạnh, bền vững là nhân tố tốt để chống đỡ các bệnh tâm thần và là điều kiện thuận lợi cho bệnh chóng hồi phục. Nhân cách yếu, không cân bằng, kém chịu đựng là cơ sở thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh và làm cho bệnh hồi phục khó khăn, chậm chạp. Có khi nhân cách quyết định thể lâm sàng của bệnh tâm thần (rối loạn phân li thường xuất hiện ở những người có nhân cách yếu thuộc loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu). Bệnh tâm thần có thể làm biến đổi nhân cách của người bệnh (bệnh tâm thần phân liệt, bệnh động kinh....).
- Lứa tuổi: Trẻ em là cơ địa thuận lợi để phát sinh các bệnh tâm căn và nhân cách bệnh. Tuổi dậy thì dễ bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt và các trạng thái phản ứng. Tuổi già dễ bị các bệnh tâm thần thực thể.
- Giới tính: Có những bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ như: Loạn thần do rượu, loạn thần do chấn thương sọ não, bệnh liệt toàn thể tiến triển. Có những bệnh gặp ở nữ nhiều hơn ở nam như: ở nữ thường có những rối loạn tâm thần có sự liên quan đến thời kỳ kinh nguyệt, sinh đẻ, mãn kinh....
- Tình trạng toàn thân: Có những bệnh tâm thần xuất hiện sau khi sức khoẻ bị giảm sút như mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức. Sau khi bị bệnh tâm thần lâu ngày có thể dẫn đến suy kiệt tử vong. Nâng cao thể trạng có thể giúp cho bệnh nhân hồi phục nhanh chóng....

2.3. Phân loại các bệnh tâm thần

Từ trước đến nay trên thế giới chưa có sự thống nhất trong việc phân loại các bệnh tâm thần:

- Có tác giả cho rằng bệnh tâm thần có thể được phân chia thành những đơn thể bệnh.
- Một số tác giả khác lại cho rằng không có đơn thể bệnh tâm thần mà chỉ có những hội chứng tâm thần.

Hiện nay, đa số các nước trên thế giới áp dụng bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi (ICD – 10).

Các rối loạn tâm thần được xếp theo mã số từ FO đến F9 (xem bảng phân loại chi tiết).

3. CÁC BỆNH TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

3.1. Bệnh tâm thần phân liệt

Các rối loạn phân liệt có đặc điểm chung là rối loạn cơ bản và đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc không thích hợp hay cùn mòn, ý thức còn rõ ràng và năng lực trí tuệ thường được duy trì.

Bệnh nhân thường cảm thấy ý nghĩ của mình hình như bị người khác biết hay lấy bớt, hay ý nghĩ của mình bị vang thành tiếng, hoặc bị phát thanh. Cảm thấy có sức mạnh tự nhiên hay siêu nhiên đang hoạt động làm ảnh hưởng đến ý nghĩ, cảm xúc hay hành vi của mình. Tri giác thường bị rối loạn theo những cách khác nhau, thường có những ảo thanh bình luận về họ. Nét đặc trưng của cảm xúc là nông cạn, thất thường hay không thích hợp. Trong một số trường hợp tư duy trở nên gián đoạn hay thêm từ khi nói hoặc lời nói không thích hợp. Tác phong có thể trở nên rối loạn trầm trọng, kích động hay sững sờ giữ nguyên tư thế, tập tính cá nhân có thể biến đổi, trở nên mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác và cách ly xã hội.

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 18 đến 30, tỷ lệ mắc bệnh từ 0,5% đến 1% dân số. Điều trị chủ yếu bằng các thuốc an thần kinh phối hợp với liệu pháp lao động và thích ứng xã hội.

3.2. Bệnh động kinh

Bệnh động kinh được xếp vào bảng phân loại của chuyên khoa thần kinh, nhưng ở nước ta Ngành tâm thần quản lý và điều trị ngoại trú.

Đây là một bệnh mạn tính, có nhiều nguyên nhân khác nhau, đặc trưng là sự lặp đi lặp lại các cơn co giật do sự phóng điện quá mức của các tế bào thần kinh não bộ.

Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và có 2 đặc điểm sau:

- + Tính chất phát sinh đột ngột, cơn.
- + Các triệu chứng bệnh lý mạn tính và nặng dần.

Có nhiều thể lâm sàng của bệnh động kinh.

Đặc điểm lâm sàng chủ yếu của động kinh thái dương (động kinh tâm thần) là rối loạn tâm thần xuất hiện đột ngột, trong cơn thường có rối loạn ý thức hoang hôn, thường có những hành vi nguy hiểm như giết người trong cơn chạy thẳng.

Rối loạn tồn tại trong thời gian ngắn và sau đó mất đi đột ngột, sau cơn quên tất cả các sự việc xảy ra trong cơn.

Tỷ lệ mắc bệnh động kinh thường từ 0,4-0,5% dân số, thường bắt đầu ở lứa tuổi dưới 20.

Phương pháp cận lâm sàng phát hiện động kinh là ghi điện não thấy có sóng động kinh. Điều trị chủ yếu bằng các thuốc kháng động kinh. Đối với động kinh tâm thần cần phối hợp thuốc kháng động kinh với các thuốc an thần kinh.

3.3. Hoang tưởng

Hoang tưởng là một triệu chứng của rối loạn tư duy, là triệu chứng chủ yếu trong các bệnh loạn thần. Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần tạo ra, nhưng bệnh nhân cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích và đả thông được. Hoang tưởng chỉ mất đi khi nào bệnh khỏi hay thuyên giảm.

Hoang tưởng được chia ra 2 loại chính: Hoang tưởng suy đoán và hoang tưởng cảm thụ.

- Hoang tưởng suy đoán được xây dựng thuần túy theo logic lệch lạc của bệnh nhân, biểu hiện sự rối loạn trong việc phản ánh mối liên quan giữa các sự vật và hiện tượng, đồng thời cũng biểu hiện khuynh hướng tưởng tượng, sự mơ ước hay tư duy chưa trưởng thành của bệnh nhân.

Thường là những hoang tưởng dai dẳng, phát triển thành hệ thống và làm biến đổi nhân cách một cách sâu sắc.

Bao gồm các hoang tưởng bị hại, bị chi phối, ghen tuông, tự buộc tội, nghi bệnh, tự cao, phát minh...

- Hoang tưởng cảm thụ thường xuất hiện sau các rối loạn của tri giác, của cảm xúc hay ý thức. Bệnh nhân không có logic lệch lạc, mà chỉ có những ý tưởng rời rạc không kế tục, cảm xúc căng thẳng, bàng hoàng, ngơ ngác, nhân cách của bệnh nhân không bị hoang tưởng làm biến đổi nhiều.

Bao gồm các hoang tưởng nhận nhầm, gán ý, đóng kịch, kỳ quái..

Điều trị chủ yếu bằng các thuốc an thần kinh.

3.4. Trầm cảm

Trầm cảm là một hội chứng rối loạn cảm xúc ngược lại với hưng cảm. Hội chứng trầm cảm điển hình gồm 3 thành phần chủ yếu, biểu hiện quá trình ức chế toàn bộ tâm thần.

- Cảm xúc bị ức chế: Khí sắc giảm, bệnh nhân buồn rầu, ủ rũ, mất thích thú, bi quan về tiền đồ. Nét mặt trở nên cau có, đôi khi nước mắt lưng tròng;

thở dài và tăng sự mệt mỏi.

- Tư duy bị ức chế: Bệnh nhân suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng khó khăn, thiếu tự tin cho mình là hèn kém. Trường hợp nặng có hoang tưởng tự buộc tội đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.
- Vận động bị ức chế: bệnh nhân ít đi lại, ít nói, ăn uống kém, thường hay ngồi lâu trong một tư thế, có thể có hiện tượng bất động sững sờ. Đôi lúc trở nên lẫn lộn, vật vã, , khóc lóc...

Hội chứng trầm cảm có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau. Trầm cảm là một hội chứng cần theo dõi chặt chẽ và cấp cứu, đặc biệt đối với trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát.

Điều trị trầm cảm chủ yếu bằng thuốc chống trầm cảm, trong trường hợp trầm cảm nặng có thể sốc điện.

3.5. Các bệnh tâm thần trẻ em

- Tâm thần học trẻ em là một phân môn trong tâm thần học, có liên quan nhiều đến thần kinh, sinh lý, di truyền và giáo dục học.
- Ngành tâm thần trẻ em có nhiệm vụ nghiên cứu các bệnh tâm thần của trẻ em từ lúc sơ sinh cho đến lúc 15 tuổi, để phòng và chữa bệnh này.
- Thông thường có 3 nguyên nhân chính gây ra các bệnh tâm thần trẻ em:
 - + Do tổn thương não trước, trong và sau khi đẻ.
 - + Do tác nhân xã hội (giáo dục không đúng, môi trường xã hội không lành mạnh. ..).
 - + Yếu tố di truyền.
- Các bệnh tâm thần trẻ em bao gồm nhiều loại mà chủ yếu là:
 - + Bệnh tâm căn trẻ em.
 - + Động kinh và các cơn co giật của trẻ em.
 - + Chậm phát triển tâm thần.
 - + Các bệnh tâm thần nội sinh,...

3.6. Chậm phát triển tâm thần

Chậm phát triển tâm thần là một nhóm trạng thái bệnh lý có bệnh nguyên và bệnh sinh khác nhau, nhưng được thống nhất lại vì bệnh cảnh lâm sàng cơ bản giống nhau: **Thiếu năng lực trí tuệ**, thường có tính chất bẩm sinh hoặc xuất hiện trong **những năm đầu** sau khi đẻ, khi trí tuệ chưa trưởng thành. Khả năng nhận thức rất yếu hay không có, thường kèm theo dị dạng cơ thể, nội tạng, trí nhớ thông hiểu kém, thường có những động tác vô nghĩa và dễ bị lợi dụng. **Chậm phát triển tâm thần không** chữa khỏi được, bằng giáo dục đặc biệt, huấn luyện, lao động có thể cải thiện được phần nào.

- Việc đánh giá mức độ trí tuệ bao gồm các kết quả lâm sàng, tác phong thích ứng (trong mối quan hệ với xã hội), và kết quả test tâm lý.
- Chậm phát triển tâm thần được chia làm 4 mức độ: nhẹ, vừa, nặng và trầm trọng.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu 1 và 2:

1. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh:

1.1. Chỗ khác nhau;

A...

B...

1.2. Chỗ liên quan với nhau:

A....

B....

2. Nguyên nhân của bệnh tâm thần:

2.1. Nguyên nhân:

A..

B.....

C.....

D...

2.2. Nhân tố thuận lợi:

A.....

B.....

C.....

D.....

E.....

3. Hãy nêu tóm tắt đặc điểm lâm sàng của một số rối loạn tâm thần sau đây:

A. Bệnh tâm thần phân biệt.

B. Bệnh động kinh.

C. Hoang tưởng.

D. Trầm cảm.

E. Chậm phát triển.

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM BỆNH NHÂN TÂM THẦN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cách bố trí phòng khám cho bệnh nhân tâm thần.
2. Phụ được thầy thuốc khám và tiến hành một số kỹ thuật được sử dụng trong khoa tâm thần.
3. Hướng dẫn được cách sử dụng thuốc cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.
4. Tiến hành theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau khi đã làm thủ thuật.

1. BỐ TRÍ PHÒNG KHÁM CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN

- Phòng khám là nơi tiếp đón bệnh nhân đầu tiên, đa số các bệnh nhân tâm thần tự cho mình không bị bệnh nên từ chối sự khám bệnh, vì vậy cách bố trí phòng khám phải làm cho bệnh nhân có cảm giác dễ chịu thoải mái, yên tâm và hợp tác để thầy thuốc khám bệnh. Cách bố trí phòng khám phải gọn gàng, sạch đẹp, màu sắc phải hài hoà dễ chịu để làm giảm bớt sự căng thẳng về tâm thần cho bệnh nhân.
- Thái độ, lời nói, cử chỉ của nhân viên y tế đón tiếp bệnh nhân phải niềm nở, ân cần, chu đáo, nhẹ nhàng và thực sự tôn trọng bệnh nhân để bệnh nhân tin tưởng và hợp tác khám bệnh.

2. PHỤ THẦY THUỐC KHÁM BỆNH NHÂN TÂM THẦN

- Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai báo đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.
- Giải quyết các thủ tục hành chính cần thiết: Ghi chép vào sổ khám bệnh đầy đủ các mục (tên, tuổi, nghề nghiệp, quê quán, nơi giới thiệu bệnh nhân...).

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và đánh giá toàn trạng bệnh nhân để báo cáo thầy thuốc.
- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời.
- Cùng với thầy thuốc xử trí tích cực và kịp thời các trường hợp bệnh nhân cấp cứu.

3. HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN SỬ DỤNG THUỐC.

- Giải thích cho người nhà bệnh nhân biết phần lớn các thuốc điều trị bệnh tâm thần là thuốc độc nên phải quản lý chặt chẽ, không để cho bệnh nhân tự động lấy thuốc uống để phòng trường hợp bệnh nhân uống quá liều hoặc bệnh nhân tự sát.

Cần dặn người nhà của bệnh nhân cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn hàng ngày (thông thường uống sau khi ăn và buổi tối trước khi đi ngủ), uống đủ liều và uống đúng giờ quy định.

- Nói rõ cho người nhà bệnh nhân biết các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh (như táo bón, khô miệng, khó nuốt, chảy dãi, chân tay run...) để người nhà yên tâm và khi thấy bệnh nhân có biểu hiện khác thường như mất ngủ, dị ứng, đi loạng choạng,... thì phải báo cáo ngay cho thầy thuốc để xử trí kịp thời.
- Cần dặn bệnh nhân và người nhà phải đưa bệnh nhân đến khám đầy đủ, đều đặn theo định kỳ để thầy thuốc điều chỉnh lại thuốc và có hướng điều trị thích hợp.

4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ, PHƯƠNG TIỆN, BỆNH NHÂN VÀ PHỤ THẦY THUỐC LÀM CÁC THỦ THUẬT, THEO DÕI, CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU KHI LÀM THỦ THUẬT

4.1. Sốc điện

- Sốc điện là một liệu pháp điều trị bằng cách cho một dòng điện qua não để gây cơn co giật (giống cơn động kinh) nhưng không gây tổn thương tế bào não. Sau khi sốc điện trạng thái tâm thần của bệnh nhân tốt hơn trước khi sốc điện.
- Chỉ định sốc điện chủ yếu cho những bệnh nhân trầm cảm nặng có ý tưởng hành vi tự sát, trạng thái căng trương lực trong bệnh tâm thần phân liệt, hoang tưởng, ảo giác hoặc kích động ở bệnh nhân tâm thần mạn tính mà điều trị bằng thuốc không có kết quả.

4.1.1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Kiểm tra lại máy sốc, điện cực, dây điện một lần nữa trước khi làm sốc điện để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho bệnh nhân và nhân viên y tế.
- Quan sát lại xem trong phòng sốc điện đã đầy đủ các phương tiện và dụng cụ để tiến hành sốc điện.
 - + Bình oxy và dụng cụ cấp cứu, thuốc cấp cứu.
 - + Past để bôi vào điện cực (nếu không có past có thể dùng nước muối 0,9%. Tẩm vào gạc để thay thế).
 - + Gạc hoặc băng cuộn để ngáng lưỡi.
 - + Gối kê lưng, khăn mặt để lau đờm dãi cho bệnh nhân.

4.1.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân để họ yên tâm.
- Dặn bệnh nhân nhịn ăn trước khi sốc điện ít nhất 3 giờ để tránh tình trạng thức ăn trào ngược vào đường hô hấp khi sốc điện.
- Bệnh nhân đi đại tiểu tiện trước khi sốc điện.
- Tháo răng giả (nếu có), tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân để đề phòng tai biến có thể xảy ra.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của bệnh nhân trước khi sốc điện. Nếu thấy bất thường phải báo ngay với thầy thuốc.
- Tuyệt đối không cho người nhà vào phòng sốc điện, dặn họ chờ ở ngoài đến khi bệnh nhân tỉnh mới cho vào tiếp xúc.

4.1.3. Phụ thầy thuốc làm sốc điện:

Thông thường một kíp sốc điện ít nhất là 3 người: Bác sĩ chỉ huy chung và bấm máy, một người phụ giữ vai bệnh nhân và điều chỉnh ngáng lưỡi trong khi sốc, một người phụ giữ điện cực đặt vào hai bên thái dương của bệnh nhân.

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên giường một cách thoải mái, kê gối thấp dưới lưng bệnh nhân để đề phòng tai biến trật cột sống khi bệnh nhân lên cơn co giật, cho ngáng lưỡi vào giữa hai hàm răng bệnh nhân để bệnh nhân không cắn vào lưỡi, bảo bệnh nhân nhắm mắt lại, tay để thẳng dọc theo hai bên hông, cởi thắt lưng, khuy áo của bệnh nhân.
- Bôi past vào hai điện cực, sau đó đặt hai điện cực vào hai bên thái dương bệnh nhân.
- Thầy thuốc điều chỉnh đồng hồ của máy sốc cho phù hợp với bệnh nhân, **cắm điện vào máy sốc, bấm nút điện trên máy sốc.**
- Người phụ giữ hai vai bệnh nhân, để các chi ở tư thế thoải mái để phòng gãy xương, trật khớp.
- Khi bệnh nhân hết cơn co giật thì rút gối ở lưng ra và kê gối lên đầu cho

bệnh nhân, đặt đầu bệnh nhân nghiêng sang một bên, rút ngang lưỡi. Nếu có đờm dãi thì lấy khăn mặt lau sạch cho bệnh nhân và kiểm tra xem bệnh nhân có bị xây xát không?

- Thông thường sau cơn co giật bệnh nhân có rối loạn ý thức trong một thời gian ngắn và sau đó bệnh nhân sẽ ngủ. Nhưng có một số trường hợp bệnh nhân sau làm sốc điện còn ở trong tình trạng ú ớ quờ quạng, lúc này bệnh nhân không biết gì nên phải giữ bệnh nhân nằm yên tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn mới thôi để tránh tai biến.
- Thu dọn dụng cụ máy móc.

4.1.4. Theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau sốc điện:

Nếu chuẩn bị tốt, chỉ định đúng, tiến hành đúng thao tác thì sẽ không xảy ra những tai biến do sốc điện (gãy xương, trật khớp, ngừng thở lâu....). Khi có tai biến xảy ra thì phải tiến hành xử trí kịp thời.

- Trật khớp vai: Phải nắn vào đúng phương pháp và kịp thời.
- Ngừng thở lâu: ấn nhẹ vùng trên rốn phía dưới lồng ngực vài lần để kích thích bệnh nhân thở. Thông thường ấn vài lần là bệnh nhân có thể thở được bình thường. Nếu ngừng thở kéo dài hơn thì phải cho thở oxy và làm hô hấp nhân tạo đồng thời dùng thêm thuốc trợ hô hấp.
- Nếu bệnh nhân có trạng thái lú lẫn hoặc ú ớ vật vã quờ quạng thì phải giữ bệnh nhân tại giường cho đến khi bệnh nhân tỉnh hẳn mới thôi.
- Nếu bệnh nhân ra đờm dãi nhiều phải lau sạch cho bệnh nhân và đặt đầu nghiêng sang một bên. Nếu bệnh nhân có nhiều mồ hôi phải lau sạch và thay quần áo cho bệnh nhân.
- Kiểm tra lại mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở của bệnh nhân, nếu thấy bất thường phải báo ngay thầy thuốc để xử trí.

Ngoài ra sau khi sốc điện bệnh nhân có thể nhức đầu, đau lưng, giảm trí nhớ, mệt mỏi... cần phải giải thích cho bệnh nhân và người nhà yên tâm và các triệu chứng trên sẽ mất dần sau một thời gian ngừng sốc điện.

4.2. Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp tâm lý là phương pháp tác động của người thầy thuốc một cách tích cực, có hệ thống vào tâm thần người bệnh thông qua lời nói, thông qua các yếu tố tiếp xúc khác.

Liệu pháp tâm lý là liệu pháp cần được áp dụng từ lúc bệnh nhân đặt chân đến phòng khám và phải được tiếp tục duy trì trong suốt quá trình bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đến khi bệnh nhân ra viện điều trị ngoại trú. Liệu pháp tâm lý bao gồm liệu pháp tâm lý gián tiếp và liệu pháp tâm lý trực tiếp.

4.2.1. Liệu pháp tâm lý gián tiếp:

Là liệu pháp sử dụng tác động tâm lý thông qua môi trường xung quanh, nó bao gồm toàn bộ công tác tổ chức bệnh viện, các quy tắc chế độ chuyên môn, thái độ của nhân viên y tế... Liệu pháp tâm lý gián tiếp nhằm mục đích làm cho bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn, yên tâm điều trị, tạo không khí thoải mái, dễ chịu cho bệnh nhân, từ đó mất dần những triệu chứng thứ phát lo âu, suy nghĩ, buồn rầu, sợ hãi, hiểu nhầm sinh ra.

Trong liệu pháp tâm lý gián tiếp, vấn đề cấu trúc bệnh viện đóng vai trò quan trọng, làm cho bệnh nhân mất ấn tượng bị giam giữ khi điều trị tại bệnh viện. Bệnh viện sạch sẽ, gọn gàng, vệ sinh, trật tự tạo cảm giác cho bệnh nhân dễ chịu, thoải mái trong khi điều trị.

Khi khám bệnh, làm xét nghiệm, thủ thuật, tiêm truyền... phải đảm bảo làm đúng theo các quy tắc chế độ chuyên môn, tiến hành một cách nhẹ nhàng. Các thủ thuật trong bệnh viện cố gắng thực hiện nhằm giải phóng bệnh nhân tâm thần đến mức tối đa, tránh trói buộc và có hành vi thô bạo với bệnh nhân. Các thủ thuật phải được tiến hành ở phòng riêng kín đáo. Khi tiếp xúc với bệnh nhân tâm thần cần tránh thái độ sợ sệt hoặc coi thường bệnh nhân. Khi đón tiếp bệnh nhân phải niềm nở, ân cần và chỉ dẫn chu đáo. Đồng thời cần phải thường xuyên hướng dẫn bệnh nhân lao động và vui chơi giải trí thích hợp, từ đó duy trì được mối quan hệ thân mật gần gũi với bệnh nhân, kịp thời nắm được những diễn biến tâm lý phức tạp của bệnh nhân như cảm giác bị bỏ rơi, sinh ra lo lắng sợ hãi.

Phải đảm bảo môi trường "Vô khuẩn về tâm lý", một lời nói của nhân viên phục vụ phải ăn khớp với nội dung lời nói của thầy thuốc. Những lời nói không khéo, những tiếng cười thiếu ý thức, những lời giải thích không có trách nhiệm... có thể làm mất tác dụng của liệu pháp tâm lý rất công phu của thầy thuốc.

Thái độ của nhân viên y tế cần đúng mực, niềm nở, chỉ dẫn tỉ mỉ, chu đáo, tận tình sẽ tác động tốt đến tâm thần của bệnh nhân.

4.2.2. Liệu pháp tâm lý trực tiếp:

Là liệu pháp dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm thần của bệnh nhân để chữa bệnh. Liệu pháp tâm lý trực tiếp bao gồm: Giải thích hợp lý, ám thị khi thức, ám thị trong giấc ngủ thôi miên, tự ám thị và thư giãn luyện tập. Trong các liệu pháp tâm lý trực tiếp, uy tín người thầy thuốc đóng vai trò hết sức quan trọng. Lời nói của thầy thuốc tác động trực tiếp lên tâm thần bệnh nhân và có tác dụng làm mất các triệu chứng bệnh.

Nhân viên y tế phải có mặt trong bất cứ liệu pháp tâm lý trực tiếp nào của thầy thuốc để làm cho bệnh nhân yên tâm, tin tưởng tiếp thu lời nói của thầy thuốc, gây ấn tượng mạnh mẽ cho bệnh nhân.

- Trong khi thực hiện liệu pháp, nhân viên phục vụ phải tỏ ra hết sức tôn

trọng người thầy thuốc ((thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời), lời nói và cử chỉ nhẹ nhàng, lịch thiệp, phối hợp ăn khớp với thầy thuốc.

- Nhân viên phục vụ có mặt và phụ thầy thuốc trong khi tiến hành các liệu pháp, còn đóng vai trò thực hiện các động tác phụ trợ để làm tăng tác dụng tâm lý chữa bệnh của lời nói như: dùng các thuốc kích thích, tiêm thuốc, châm cứu, bấm huyệt...
- Trong phương pháp thư giãn luyện tập bao gồm các bài "Tâm thần thư thái", "Giãn mềm cơ bắp" và "Sưởi ấm cơ thể" mà chủ yếu là cơ chế tự ám thị phối hợp với phương pháp luyện tập thở bụng kiểu khí công và một số tư thế YOGA.
- Liệu pháp tâm lý trực tiếp bao gồm nhiều liệu pháp, thầy thuốc chỉ định liệu pháp tùy theo từng bệnh nhân cụ thể. Nhân viên y tế phụ thầy thuốc tuyệt đối không được phát ngôn bừa bãi hoặc giải thích vô trách nhiệm, trái với lời nói của thầy thuốc sau khi đã tiến hành xong liệu pháp.

Trong quá trình phụ thầy thuốc làm các liệu pháp, nhân viên y tế phụ thầy thuốc cần phải biết cách động viên, an ủi và khích lệ bệnh nhân đúng lúc, đúng chỗ và kịp thời làm cho bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào kết quả chữa bệnh của liệu pháp.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau đây:

1. Hãy trình bày cách bố trí một phòng khám bệnh tâm thần:

- A.
- B.
- C.

2. Hãy kể nhiệm vụ của người y tá phụ thầy thuốc khám bệnh nhân tâm thần:

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

3. Hãy nêu tóm tắt cách hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân sử dụng thuốc.

- A.
- B.
- C.
- D.

4. Hãy kể tên các liệu pháp điều trị chính được sử dụng điều trị bệnh tâm thần.
- A...
- B..
- C..
- D..
5. Trả lời tóm tắt các câu hỏi sau đây:
1. Nói rõ những việc của người y tá khi phụ thầy thuốc tiến hành sốc điện.
 2. Chăm sóc bệnh nhân sau khi sốc điện như thế nào?
 3. Phân biệt sự khác nhau của liệu pháp tâm lý gián tiếp và liệu pháp tâm lý trực tiếp.

CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN DÙNG THUỐC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cơ chế tác dụng của các thuốc hướng thần.
2. Trình bày được nguyên tắc, cách cho bệnh nhân tâm thần tiêm thuốc, uống thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

1. TÁC DỤNG CỦA CÁC THUỐC HƯỚNG THẦN

1.1. Tác dụng của các thuốc an thần kinh

1.1.1. Tác dụng chống loạn thần:

Các thuốc an thần kinh có tác dụng làm mất hoang tưởng, ảo giác và các rối loạn tư duy kiểu phân liệt.

1.1.2. Tác dụng an dịu:

Các thuốc an thần kinh có tác dụng chống kích động và các rối loạn hành vi, đồng thời cũng làm giảm sự căng thẳng tâm thần và gây ngủ.

1.1.3. Tác dụng giải ức chế:

Một số thuốc an thần kinh (Frenolon, Dogatil, Majeptil...) khi dùng liều thấp thì có tác dụng hoạt hoá, nhưng khi dùng liều cao thì lại có tác dụng an thần. Vì vậy, có thể dùng điều trị các triệu chứng căng trương lực, tình trạng lười biếng, tự kỷ, bàng quang vô cảm xúc.

1.1.4. Các tác dụng không mong muốn của các thuốc an thần kinh:

- Chảy rãi, khó nuốt, run tay chân, khô miệng, táo bón, bí đại.
- Bệnh nhân có cảm giác bồn chồn khó chịu, đứng ngồi không yên.
- Huyết áp hạ khi thay đổi tư thế.
- Mẫn ngứa, dị ứng thuốc.

Trong một số trường hợp có thể xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính.

1.1.5. Các thuốc an thần kinh thường dùng:

Aminazin, Haloperidol, Tisercin, Piportil, Mellaril, Dogmatil, Frenolon...

1.2. Tác dụng của các thuốc chống trầm cảm

Các thuốc chống trầm cảm có tác dụng làm tăng khí sắc, hoạt hoá tâm thần, kích thích thức tỉnh. Vì vậy, dùng để điều trị cho những bệnh nhân trầm cảm do những nguyên nhân khác nhau.

- Phần lớn các thuốc chống trầm cảm đều có tác dụng điều trị sau 10 - 15 ngày kể từ khi bắt đầu dùng thuốc. Một số thuốc chống trầm cảm thường dùng là: Amitrip tylin, Anafranil v.v..
- Các thuốc chống trầm cảm ngoài tác dụng làm tăng khí sắc, gây hoạt hoá còn có tác dụng an dịu, giảm đau.
- Các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc chống trầm cảm như: khô miệng, mạch nhanh, huyết áp hạ, run tay chân, khó nuốt, táo bón...

1.3. Tác dụng của các thuốc điều chỉnh khí sắc

- Các thuốc điều chỉnh khí sắc là những thuốc có tác dụng làm cho tình trạng cảm xúc của bệnh nhân trở nên ổn định, vừa có tác dụng điều trị trạng thái hưng cảm, đồng thời cũng có tác dụng điều trị trạng thái trầm cảm.
- Thuốc điều chỉnh khí sắc thường được dùng để điều trị dự phòng loạn thần cảm xúc.
- Thuốc điều chỉnh khí sắc được sử dụng như: Lithium cacbonat. Đây là một loại thuốc mà phạm vi an toàn hẹp, vì vậy khi dùng thuốc **phải kiểm tra nồng độ lithium trong máu bệnh nhân, phải kiểm tra các chức năng của gan và thận.**
- Tác dụng không mong muốn thường gặp: **Chóng mặt, buồn nôn, chân tay run, ỉa chảy, đại tiện nhiều.** Trong một số trường hợp có thể gây ra tình trạng ngộ độc cấp.

Hiện nay trong tình trạng loạn thần cảm xúc có thể sử dụng một số thuốc như: Depamid, carbamazepin...

2. CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN UỐNG THUỐC VÀ TIÊM THUỐC

2.1. Nguyên tắc chung

- Thực hiện đầy đủ và chính xác y lệnh của thầy thuốc.
- Dùng đúng thuốc, đủ liều lượng và đúng thời gian.
- Trước khi cho bệnh nhân dùng thuốc phải thực hiện:
 - + Ba kiểm tra, Năm đối chiếu.
 - + Tuân thủ tuyệt đối các quy chế sử dụng thuốc độc.
 - + Đảm bảo quy tắc vô khuẩn tuyệt đối.
- Nếu phát hiện thấy điều gì bất thường trước hoặc sau khi sử dụng thuốc phải báo cáo ngay bác sĩ biết để điều chỉnh và xử trí kịp thời.

2.2. Tiêm thuốc cho bệnh nhân tâm thần

- Tiêm thuốc thường được thực hiện trong giai đoạn cấp tính lúc bệnh nhân mới nhập viện, kích động chống đối không chịu nằm viện, không chịu uống thuốc.
- Trước khi tiêm cần phải giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm, trong trường hợp bệnh nhân không hợp tác, chống đối kích động thì phải nhờ thêm người giữ bệnh nhân để tiêm.
- Khi tiêm phải chọn tư thế thuận lợi, thoải mái, dễ tiêm. Để phòng tình trạng bệnh nhân kích động, gây giằng co làm gãy kim hoặc vỡ bơm tiêm.
- Vị trí tiêm: Thường tiêm ở mông hoặc mặt trước ngoài của đùi, là nơi có nhiều cơ nên thuốc dễ tan.
- Khi tiêm xong phải để bệnh nhân nằm tại giường, để phòng tình trạng tụt huyết áp khi thay đổi tư thế.
- Tiêm xong phải theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và toàn trạng của bệnh nhân, phát hiện kịp thời các biến chứng để báo cáo cho bác sĩ xử trí.
- Thuốc tiêm cho bệnh nhân tâm thần thường là số lượng nhiều, nếu thuốc lâu tan, sờ vào chỗ tiêm thấy cứng thì phải chườm nóng chỗ tiêm cho bệnh nhân, lần tiêm tiếp theo nên thay đổi vị trí tiêm cho phù hợp. Phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong khi tiêm để tránh áp xe.

2.3. Cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc

- Phần lớn bệnh nhân tâm thần ngại uống thuốc, thường giấu thuốc một cách rất tinh vi như ở kẽ ngón tay, dưới lưỡi, khe lợi, ống tay áo, túi áo... cho nên phải có biện pháp kiểm tra bệnh nhân có uống thuốc thật sự không, đảm bảo nguyên tắc thuốc phải đủ liều và đến tận dạ dày của bệnh nhân.
- Thời gian qui định cho bệnh nhân uống thuốc thường là sau bữa ăn hoặc trước lúc đi ngủ. Thông thường bệnh nhân uống thuốc ngày 2 lần (buổi

- sáng và buổi tối). Khi cho bệnh nhân uống thuốc phải cho từng bệnh nhân uống một, không phát thuốc đồng loạt cho bệnh nhân uống cùng một lúc sẽ không kiểm tra được. Bệnh nhân uống thuốc xong phải kiểm tra trong miệng bệnh nhân (dưới lưỡi, khe lợi...) nếu thấy không còn thuốc thì mới cho bệnh nhân khác uống tiếp.
- Nếu bệnh nhân không tự uống được, phải hoà thuốc vào nước cho bệnh nhân uống.
- Khi cho bệnh nhân uống thuốc xong, dặn bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, không nên đi lại nhiều và theo dõi các diễn biến bất thường của bệnh nhân để báo cáo bác sĩ.

2.4. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhân tâm thần điều trị ngoại trú

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần phải được điều trị tại nhà, thông thường liều thuốc thấp hơn ở bệnh viện.
- Khi bệnh nhân ra viện, phải dặn người nhà quản lý thuốc chặt chẽ và hàng ngày cho bệnh nhân uống thuốc đều đặn theo chỉ định của bác sĩ.
- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân biết cách phát hiện và kiểm tra được bệnh nhân dấu thuốc hoặc vứt thuốc để có biện pháp đề phòng.

3. CÁC BIẾN CHỨNG CÓ THỂ XẢY RA KHI SỬ DỤNG THUỐC HƯỚNG THẦN

3.1. Xuất hiện tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Xuất hiện mạch nhanh, huyết áp hạ, rối loạn thần kinh thực vật, bồn chồn bất an, táo bón, run chân tay, khó nuốt, tăng tiết nước bọt, tăng trương lực cơ...
- Biểu hiện dị ứng thuốc như mẩn đỏ, ngứa, mề đay.
- Có thể ngộ độc cấp hoặc xuất hiện hội chứng an thần kinh ác tính.
- Nếu sử dụng các thuốc an thần kinh kéo dài, có thể xuất hiện loạn động muộn.

3.2. Khi đã phát hiện được các biến chứng do dùng thuốc

Phải kịp thời báo cáo cho bác sĩ biết để xử trí, có thể giảm thuốc hoặc cắt toàn bộ thuốc đang dùng, có thể phải cho thêm các thuốc làm giảm tác dụng phụ hoặc có thể phải tiêm truyền, rửa dạ dày để đào thải thuốc.

3.3. Phòng các tai biến có thể xảy ra

Dẫn bệnh nhân nên nằm nghỉ tại giường sau khi dùng thuốc và uống thuốc sau khi ăn. Cần kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp thường xuyên. Nếu phát hiện bất thường báo cáo kịp thời cho bác sĩ giải quyết.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau đây:

1. Kể tên các thuốc hướng thần chính:
 - A.
 - B.
 - C.
2. Trình bày tác dụng của các thuốc hướng thần:
 - 2.1. Tác dụng của thuốc an thần kinh:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - 2.2 Tác dụng của các thuốc chống trầm cảm:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - 2.3. Tác dụng của thuốc điều chỉnh khí sắc:
 - A.
 - B.
 - C.
3. Hãy nêu rõ các nguyên tắc chung khi cho bệnh nhân tâm thần tiêm thuốc và uống thuốc:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
4. Hãy cho biết các biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng các thuốc hướng thần:
 - A.
 - B.
 - C.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các bệnh tâm thần thường gặp và hoàn cảnh nơi bệnh nhân tâm thần sinh sống.
2. Trình bày được cách quản lý bệnh nhân tâm thần thường gặp.

1. SỰ PHÂN BỐ VÙNG DÂN CƯ VÀ CÁC BỆNH TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

1.1. Vùng dân cư và y tế cộng đồng

- Phân chia các vùng dân cư thường căn cứ vào các đặc điểm địa lý (miền núi, đồng bằng, ven biển, hải đảo....) hoặc theo các khu vực hành chính (tỉnh thành, quận huyện, xã phường...).
- Một quần thể dân cư cùng chung sống trong một vùng (hoặc thành thị, hoặc nông thôn) có chính quyền các cấp quản lý đó chính là cộng đồng. Mọi thành viên trong cộng đồng đều có quyền lợi được chăm sóc sức khỏe.
- Y tế cộng đồng đề cập đến vấn đề sức khỏe của một quần thể, tình trạng sức khỏe của con người, dịch vụ vệ sinh môi trường, dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng trên thực tế đó là chiến lược dự phòng vì tính hiệu quả, chủ động, tích cực và kinh tế nhất của nó.

1.2. Các bệnh tâm thần thường gặp và chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng

- Các bệnh tâm thần chủ yếu thường gặp là bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh, chậm phát triển tâm thần. Ngoài ra, vấn đề tâm thần xã hội như nghiện rượu, nghiện ma túy, rối loạn hành vi ở thanh, thiếu niên... cũng là một vấn đề rất cần quan tâm của Ngành tâm thần.
- Các bệnh nhân tâm thần phần lớn là mạn tính, cần coi họ như những người bệnh khác, có thể chữa khỏi được hoặc ổn định. Vấn đề quản lý điều trị và phục hồi chức năng tâm lý xã hội tại cộng đồng có tầm quan trọng đặc biệt đối với bệnh nhân tâm thần.
- Mạng lưới Ngành tâm thần có từ trung ương đến địa phương.

Ở trung ương, Viện sức khỏe tâm thần và Bệnh viện Tâm thần Trung ương chỉ đạo công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ở địa phương, bên cạnh Bệnh viện Tâm thần có các Trạm tâm thần chỉ đạo trực tiếp công tác chăm sóc sức

khỏe tâm thần tại cộng đồng. Mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần đến tận xã, phường, và đến từng gia đình người bệnh.

2. TÌM HIỂU HOÀN CẢNH NƠI BỆNH NHÂN TÂM THẦN SINH SỐNG

- Những nước đang phát triển như nước ta, nền kinh tế đang có nhiều khó khăn, cơ sở vật chất còn thiếu thốn nhiều, nhìn chung chưa đáp ứng được yêu cầu nâng cao chất lượng chữa bệnh và phòng bệnh tích cực.
- Trong nhân dân vấn đề tâm lý xã hội như nghiện rượu, nghiện ma túy, rối loạn hành vi ở thanh niên, thiếu niên có xu hướng ngày càng tăng nên công tác quản lý và điều trị còn gặp nhiều khó khăn.
- Sự mặc cảm đối với bệnh nhân tâm thần trong nhân dân vẫn còn phổ biến. Cần phải được tuyên truyền, giáo dục cho mọi người hiểu biết đúng đắn về bệnh tâm thần và có trách nhiệm quản lý, giúp đỡ bệnh nhân tâm thần tái hoà nhập vào cộng đồng.
- Các hủ tục mê tín dị đoan cũng làm cản trở công tác phòng chống bệnh tâm thần. Vì vậy, cần phải tuyên truyền rộng rãi công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.
- Hoàn cảnh của bệnh nhân tâm thần nhìn chung về kinh tế còn nhiều khó khăn vì phải chữa bệnh lâu dài, mặt khác tình trạng tâm lý trong gia đình không ổn định. Gia đình, cộng đồng và toàn xã hội cần phải có trách nhiệm hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.

3. PHƯƠNG HƯỚNG QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

- Xây dựng và củng cố mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần từ trung ương đến các địa phương.
- Đào tạo cán bộ, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh tâm thần.
- Tuyên truyền giáo dục về sức khỏe tâm thần cho mọi thành viên trong cộng đồng hiểu biết đúng đắn hơn về các bệnh tâm thần, biết cách chăm sóc, nuôi dưỡng và cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc tại nhà.
- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân và cán bộ y tế cơ sở biết cách hướng dẫn bệnh nhân vui chơi, hoạt động, lao động tái thích ứng, phát hiện kịp thời những nguy cơ gây ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần để báo cáo cho thầy thuốc xử trí kịp thời.

Các Trạm tâm thần cơ sở tổ chức khám định kỳ một tháng một lần cho bệnh nhân tâm thần, có hồ sơ theo dõi quản lý bệnh nhân tâm thần chi tiết, đầy đủ và khoa học.

Vận động chính quyền các cấp, các tổ chức nhân đạo giải quyết việc làm thích hợp cho bệnh nhân tâm thần, tổ chức cho bệnh nhân tâm thần vui chơi, giải trí, tái hoà nhập vào cộng đồng.

Điều trị tích cực cho những bệnh nhân tâm thần cấp tính ở các bệnh viện tâm thần, sau đó cho họ trở về với gia đình. Khi bệnh nhân ra viện cần có những biện pháp cụ thể để điều trị, quản lý và phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng, nơi họ trở về sinh sống.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau đây:

1. Y tế cộng đồng thường đề cập đến những vấn đề gì?

- A.
- B.
- C.
- D.

2. Các bệnh tâm thần thường gặp và hoàn cảnh nơi bệnh nhân tâm thần kinh sinh sống;

2.1. Các bệnh tâm thần chính:

- A.
- B.
- C.
- D.

2.2. Hoàn cảnh nơi bệnh nhân tâm thần sinh sống:

- A.
- B.
- C.
- D.

3. Nêu phương hướng chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại cộng đồng:

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được khái niệm bệnh tâm thần phân liệt.
2. Lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tâm thần phân liệt.

1. BỆNH HỌC

1.1. Khái niệm bệnh tâm thần phân liệt (F20)

- Đặc điểm chung là sự lệch lạc đặc trưng về tư duy và tri giác, cảm xúc không thích hợp và cùn mòn.
- Ý thức còn rõ ràng, năng lực trí tuệ thường được duy trì mặc dù có một số thiếu sót về nhận thức có thể xuất hiện trong quá trình tiến triển.
- Đặc điểm bệnh lý quan trọng nhất bao gồm: Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị thu rút, tư duy bị phát thanh, tri giác hoang tưởng, hoang tưởng bị chi phối, trong một số trường hợp tư duy bị gián đoạn hay thêm từ khi nói. Áo thanh bình luận, kích động hay sững sờ giữ nguyên tư thế, mất thích thú, lười nhác hay cách ly xã hội, tập tính cá nhân bị biến đổi.
- Tiến triển liên tục hoặc từng giai đoạn, có thể thuyên giảm hoàn toàn hay không hoàn toàn.
- Không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt nếu có triệu chứng hưng cảm hay trầm cảm mở rộng, nếu có phải xuất hiện sau các triệu chứng phân liệt.
- Cũng không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang ở trong trạng thái nhiễm độc ma túy hay cai ma túy.

1.2. Nguyên nhân: Cho đến nay chưa tìm thấy căn nguyên

1.3. Dịch tễ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) bệnh tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ 1% dân số, một số thống kê khác từ 0,5-0,8% dân số.

1.4. Các thể lâm sàng

- Thể Paranoid: F20.0.
- Thể thanh xuân: F20.1.

- Thể căng trương lực: F20.2.
- Thể không biệt định: F20.3.
- Thể trầm cảm sau phân liệt: F20.4.
- Thể di chứng: F20.5.

1.5 Điều trị

Vì bệnh nguyên bệnh sinh chưa rõ ràng nên chỉ điều trị triệu chứng, hội chứng theo nguyên tắc chung sau:

- Điều trị lâu dài, điều trị tấn công ở bệnh viện và điều trị củng cố tại nhà.
- Bệnh có nhiều thể lâm sàng, mỗi thể có phương pháp điều trị riêng hoặc phối hợp.
- Điều trị phải kết hợp liệu pháp hoá học, lao động và thích ứng xã hội.
- Theo dõi các bệnh cơ thể phối hợp, biến chứng do dùng thuốc.

1.6. Phòng bệnh

Không có phương pháp phòng bệnh tuyệt đối vì chưa rõ căn nguyên, chỉ có phòng bệnh tương đối.

- Rèn luyện nhân cách để thích ứng với môi trường và xã hội.
- Theo dõi người có yếu tố di truyền để phát hiện bệnh sớm.
- Điều trị ngoại trú và quản lý tại nhà.

2. CHĂM SÓC

2.1. Nhận định

- Giai đoạn cấp tính: tùy theo từng thể lâm sàng mà có các triệu chứng khác nhau: Hội chứng ảo giác - Paranoid, hưng phấn vận động hoặc kích động, căng trương lực bất động, trầm cảm có hành vi tự sát, tự kỷ thiếu hoà hợp v.v... Thông thường bệnh nhân phủ định bệnh, không chịu nằm viện và không chịu uống thuốc.
- Giai đoạn thuyên giảm: Các triệu chứng lâm sàng trên **không** còn điển hình và rõ nét nữa, bệnh nhân có thể tiếp xúc được, **tác phong hài hoà** hơn nhưng thỉnh thoảng vẫn còn những biểu hiện kỳ dị **khó hiểu**, **ăn được**, **ngủ được**, bệnh nhân thường tự giác uống thuốc.
- Giai đoạn ổn định: Các triệu chứng lâm sàng **của thời kỳ cấp tính** hết hoặc giảm nhiều, tiếp xúc tốt, **ăn được**, **ngủ được**, **đi lại hoạt động bình thường**, có thể công tác được nhưng vẫn còn phải uống thuốc **duy trì**. Một số bệnh nhân mạn tính tuy ổn định nhưng không công tác được, không gây rối nhưng còn sống phụ thuộc, thỉnh thoảng trở nên **bất thường** rồi lại ổn định, chịu uống thuốc và chấp hành nội quy.

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Phân công theo dõi sát tình trạng của bệnh nhân trong quá trình nằm viện, tiếp xúc với bệnh nhân phát hiện các triệu chứng cấp tính đặc biệt tình trạng cấp cứu.
- Giúp đỡ bệnh nhân khắc phục tình trạng khó khăn khi ăn uống, mặc quần áo đi lại, uống thuốc v.v...
- Chuẩn bị thuốc, máy sốc điện và các phương tiện cấp cứu khác.
- Thực hiện đúng, kịp thời y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi các biến chứng do dùng thuốc và xử trí kịp thời.

2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Bệnh nhân có hoang tưởng, ảo giác: phát hiện sớm, cho uống hoặc tiêm các thuốc an thần kinh như haloperidol, tiserin, aminazin v.v.... Trong trường hợp bệnh nhân không chịu ăn do hoang tưởng hoặc ảo giác chi phối thì phải cho bệnh nhân ăn bằng ống thông hoặc tiêm truyền cung cấp năng lượng cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân hưng phấn vận động hoặc kích động: cần giải thích cho bệnh nhân tin tưởng nằm viện. Tiêm hoặc cho bệnh nhân uống các thuốc an thần kinh, sau khi cho bệnh nhân dùng thuốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ để đề phòng tai biến do thuốc. Trong trường hợp bệnh nhân chống đối, cần có đông người giữ để tiêm thuốc, sau đó cho vào buồng riêng để khỏi gây ảnh hưởng đến bệnh nhân khác.
- Bệnh nhân trầm cảm có ý tưởng, hành vi tự sát;
 - + Loại bỏ các đồ dùng có thể dùng để tự sát: dao kéo, dây, chai lọ v.v...
 - + Theo dõi thường xuyên, phát hiện kịp thời ý tưởng và hành vi tự sát.
 - + Thực hiện y lệnh của bác sĩ, tiêm hoặc cho uống các thuốc chống trầm cảm, trong trường hợp trầm cảm nặng cần tiến hành sốc điện.
 - + Chăm sóc dinh dưỡng và vệ sinh thân thể cho bệnh nhân, khi bệnh nhân **không** chịu ăn có thể cho ăn bằng ống thông hoặc tiêm truyền cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân căng trương lực bất động.
 - + Sau khi bác sĩ khám kỹ, loại trừ tổn thương thực thể ở não, cần thực hiện y lệnh điều trị, tiêm hoặc cho uống thuốc an thần kinh giải ức chế (Frenolon) hoặc sốc điện.
 - + Trong trường hợp bệnh nhân không chịu ăn, cần cho bệnh nhân ăn bằng ống thông hoặc tiêm truyền tĩnh mạch.
 - + Trong trường hợp bệnh nhân nằm nhiều, lâu ngày, cần trở mình thường xuyên cho bệnh nhân để chống loét và vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.

2.4. Đánh giá

- + Các triệu chứng lâm sàng hết hoặc giảm nhiều .
- + Bệnh nhân tiếp xúc được, ăn, ngủ, đi lại bình thường.
- + Chấp hành nội quy tốt.
- + Có thể lao động, công tác được nhưng phải tiếp tục điều trị củng cố tại nhà, quản lý và chăm sóc lâu dài cho bệnh nhân tại cộng đồng.

Tự lượng giá

Hãy đánh dấu cộng (+) vào đầu câu của những câu trả lời đúng sau:

1. Nêu một số đặc điểm bệnh lý quan trọng của bệnh tâm thần phân liệt:
 - Tư duy vang thành tiếng, bị áp đặt hay bị thu rút, trong một số trường hợp tư duy bị gián đoạn hay thêm từ khi nói.
 - Tri giác hoang tưởng hoặc hoang tưởng bị chi phối.
 - Ảo thanh bình luận hay thảo luận về bệnh nhân.
 - Cử chỉ tác phong bình thường.
 - Kích động hay sững sờ giữ nguyên tư thế.
 - Hoạt bát, hoà hợp với xung quanh.
 - Lười nhác, mất thích thú hay cách ly xã hội.
 - Tập tính cá nhân bị biến đổi.
 - Ăn, ngủ bình thường.
2. Nêu rõ nguyên nhân bệnh tâm thần phân liệt:
 - Do tổn thương thực thể.
 - Chưa rõ căn nguyên.
 - Do sang chấn tâm thần.
3. Nguyên tắc chung điều trị bệnh tâm thần phân liệt:
 - Điều trị theo nguyên nhân.
 - Điều trị triệu chứng, hội chứng.
 - Điều trị lâu dài, điều trị tấn công ở bệnh viện và sau đó điều trị duy trì tại nhà.
 - Điều trị phải kết hợp liệu pháp hoá học, lao động và thích ứng xã hội.
 - Theo dõi biến chứng do dùng thuốc và xử trí kịp thời.

Hãy trả lời ngắn gọn việc thực hiện kế hoạch chăm sóc cho những bệnh nhân có các biểu hiện như sau:

1. Có hoang tưởng, ảo giác.
2. Kích động.
3. Trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát.
4. Căng trương lực bất động.

BỆNH HYSTERIA VÀ CHĂM SÓC

Mục tiêu học tập

- Kể được nguyên nhân gây bệnh Hysteria.
- Kể được triệu chứng thường gặp của bệnh Hysteria.
- Trình bày được cách chăm sóc bệnh nhân Hysteria.

1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

- Hysteria là một bệnh căn nguyên tâm lý, xuất hiện sau những sang chấn tâm thần trên một nhân cách có những đặc điểm riêng, nói chung là yếu.
- Là bệnh tâm căn khá phổ biến.
- Bệnh phát sinh ở người trẻ nhiều hơn người già, nữ nhiều hơn nam.
- Triệu chứng bệnh đa dạng nên dễ nhầm với bệnh cơ thể khác.

1.2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân chủ yếu là các sang chấn tâm thần thường là những cảm xúc mạnh lo sợ cao độ, tức giận quá mức, thất vọng nặng nề...
- Bệnh thường xuất hiện ở những người có loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Các cơn Hysteria:

- Cơn co giật: Hay gặp nhất với các biểu hiện biết trước cơn, thường lên cơn khi có người xung quanh, chuẩn bị tư thế để ngã, ngã từ từ, có nhiều động tác lộn xộn như: xé quần áo, dứt tóc, cào cấu, lăn lộn, vung đập tay chân, rên rỉ từng tiếng rời rạc, ý thức không bị rối loạn vẫn có thể phản ứng theo thái độ và nhận xét của người xung quanh. Cơn kéo dài, có thể cắt cơn bằng âm thị hay kích thích mạnh.
- Sau cơn tỉnh táo ngay.
- Các cơn kích động cảm xúc, cơn ngất lịm, cơn ngủ đều hiếm gặp.

1.3.2. Các rối loạn vận động:

- Quá động: gật đầu, lắc đầu, nháy mắt... gặp nhiều nhất là run, run không có hệ thống, càng chú ý run càng tăng.

- Thiếu động: liệt chân tay.
- + Liệt mềm hay liệt co cứng, liệt một chi hay nhiều chi, liệt lên mức tới da ngay.
- + Đặc điểm không giống liệt thực thể.
- + Không thay đổi trương lực cơ và phản xạ gân xương, không teo cơ, không rối loạn cơ tròn, không phản xạ bệnh lý Bakinski, Hoffmann.

1.3.3. Các rối loạn cảm giác:

Tê hay mất cảm giác ở các vùng trên cơ thể không phù hợp với chi phối của thần kinh cảm giác (mất cảm giác hình găng tay, hình bít tất chân....) ranh giới vùng rối loạn cảm giác rất rõ ràng.

1.3.4. Các rối loạn giác quan:

- Mù Hysteria: Mù đột ngột hoàn toàn. Đáy mắt và các chức năng khác của mắt vẫn bình thường.
- Điếc Hysteria: cơ quan thính giác không thấy tổn thương, phản xạ thính mi (+).
- Rối loạn vị giác, khứu giác: ít gặp.

1.3.5. Rối loạn ngôn ngữ:

Nói khó, nói lắp, không nói. Cơ quan phát âm bình thường.

1.3.6. Các rối loạn thực vật nội tạng:

- Khó thở, đau ngực, đau bụng, nhức đầu...
- Nấc: do co thắt môn vị.
- Hôn Hysteria: do co thắt từ ruột lên thực quản.

1.3.7. Các rối loạn tâm thần:

- Cảm xúc không ổn định, dễ lây cảm xúc của người khác.
- Tri giác thay đổi mau lẹ.
- Tư duy cụ thể nông cạn.
- Trí tưởng tượng phong phú ly kỳ.
- Hành vi kịch tính, phô trương.

1.4. Điều trị

- Chủ yếu điều trị bằng liệu pháp tâm lý.
- Dùng thuốc và châm cứu chỉ có tính chất hỗ trợ.

1.5. Phòng bệnh

- Biết cách giáo dục và rèn luyện con cái để có nhân cách vững mạnh, có nhiều đức tính tốt như biết chịu đựng gian khổ, không ngại khó khăn, khiêm tốn, sống có lý tưởng, biết kiểm chế bản thân...

- Trong gia đình và xã hội, mỗi thành viên phải thương yêu nhau, sống chân thành, cởi mở và tôn trọng lẫn nhau. Phòng, tránh mọi sang chấn tâm thần có thể xảy ra.
- Rèn luyện thân thể, giải quyết các bệnh mạn tính.... cơ thể khoẻ mạnh là điều kiện tốt phòng chống các sang chấn tâm thần.

2. CHĂM SÓC

Từ lời nói, trang phục đến việc làm của nhân viên y tế phải thật đúng mực để tác động tích cực tới liệu pháp tâm lý của thầy thuốc.

Tuyệt đối không được coi thường bệnh nhân nhất là cho bệnh nhân bị bệnh giả vờ, từ đó mà có thái độ chế giễu, bỏ rơi, hắt hủi. Tránh thái độ quá lo lắng, quá sốt sắng, chiều chuộng hoặc theo dõi quá chặt làm bệnh nhân tưởng mình bị bệnh quá nặng.

Khi tiếp xúc với bệnh nhân thì phải nghiêm túc nhưng niềm nở, ân cần, chu đáo. Tạo điều kiện để bệnh nhân lao động và vui chơi giải trí hoà mình vào tập thể xung quanh, đồng thời luôn gần gũi thân mật để hiểu được hoàn cảnh và diễn biến tâm lý của bệnh nhân nhằm cung cấp thêm tư liệu cho thầy thuốc.

Phải chú ý: Lời nói của nhân viên phải ăn khớp với nội dung lời nói của thầy thuốc, những câu nói không khéo, những tiếng cười thiếu ý thức, những lời giải thích không đúng... có thể làm mất tác dụng liệu pháp tâm lý rất công phu của thầy thuốc.

Khi thầy thuốc đang tiến hành liệu pháp tâm lý trực tiếp:

- + Điều dưỡng viên phải có mặt để bệnh nhân yên tâm, tin tưởng tiếp thu lời nói của thầy thuốc.
- + Điều dưỡng viên phải tỏ ra hết sức tôn trọng thầy thuốc (thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời); lời nói, cử chỉ nhẹ nhàng, lịch thiệp phối hợp ăn ý, khớp với thầy thuốc.
- + Điều dưỡng viên phải biết cách động viên, an ủi, khích lệ bệnh nhân đúng lúc, đúng chỗ làm bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào chuyên môn.
- + Khi thầy thuốc tiến hành các liệu pháp, người điều dưỡng phải tích cực trợ giúp để tăng tác dụng tâm lý chữa bệnh như: châm cứu, bấm huyệt, tiêm thuốc v.v...

Nếu bệnh nhân có chỉ định thư dẫn luyện tập thì phải hướng dẫn cụ thể, tỉ mỉ để bệnh nhân tiếp thu dễ dàng và luyện tập thành công.

- + **Cần bồi dưỡng, giáo dục, nâng đỡ nhân cách cho bệnh nhân.**

Tự lượng giá

Đánh dấu (+) vào các ý đúng của các câu sau:

1. Nguyên nhân của bệnh Hysteria là:

- Do di truyền.
- Do sang chấn tâm thần tác động trên một nhân cách yếu.
- Do hậu quả của một bệnh cơ thể.

2. Cơ cơ giật Hysteria có đặc điểm:

- Biết trước cơn.
- Ngã gây chấn thương.
- Cấn phải lưỡi.
- Vẫn biết các sự việc xung quanh.
- Giãy giụa có hệ thống.
- Cất được cơn bằng ám thị.

3. Liệt Hysteria có đặc điểm:

- Liệt nặng ngay.
- Mất phản xạ gân xương.
- Không thay đổi trương lực cơ.
- Không rối loạn cơ tròn.

☒ Babinski (+).

4. Rối loạn cảm giác và giác quan do Hysteria có đặc điểm:

- Theo chi phối của dây thần kinh.
- Mất cảm giác hình găng tay.
- Mùi đột ngột hoàn toàn.
- Mùi kèm mất phản xạ đồng tử.
- Điếc hoàn toàn nhưng phản xạ thính - mi (+).

5. Chăm sóc bệnh nhân Hysteria phải:

- Có thái độ ân cần đúng mực.
- Nhiệt tình hơn bình thường.
- Để bệnh nhân tự xoay sở chăm sóc lấy.
- coi trọng bệnh nhân đúng mực, động viên khích lệ bệnh nhân yên tâm chữa bệnh.

ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ PHẦN ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

1D, 2 [A (S), B (Đ)], 3C, 4A, 5A, 6A, 7A, 8A, 9A, 10A, 11A, 12A

13: - Phòng bệnh phòng dịch

- Chế độ báo dịch

- Chế độ khử trùng, tẩy uế

VIÊM MÀNG NÃO MỦ VÀ CHĂM SÓC

1B, 2C, 3D, 4D, 5C

6: Aa, Ae, Ag, Bb, Bd, Be, Bf

7: (A) Đục

(B) Tăng

(C) Giảm

(D) Đa nhân trung tính

8: A

BỆNH LAO PHỔI VÀ CHĂM SÓC

1D, 2D, 3B, 4C, 5C, 6D, 7D.

8: Ab, Ae, Ba, Bc, Bd, Bf

9A; 10A

DỊCH TẢ VÀ CHĂM SÓC

1C, 2D, 3D, 4A, 5A, 6B

7: (1) Tiêu chảy xối xả

(2) Nôn mửa

(3) Tình trạng tiền sốc hoặc sốc

(4) Chuột rút

(5) Tiểu ít hoặc vô niệu

8: (1) Bồi hoàn nước, điện giải sớm, đầy đủ

(2) Kháng sinh trị liệu

BỆNH THƯƠNG HÀN VÀ CHĂM SÓC

1C, 2A, 3D, 4B, 5C, 6B, 7A, 8A, 9A, 10B, 11A, 12 A, 13 A.

DỊCH HẠCH

1A, 2C, 3B, 4C, 5A, 6D, 7D, 8A, 9B, 10A, 11A, 12A, 13B

BỆNH BẠCH HẦU VÀ CHĂM SÓC

1B, 2D, 3E, 4D, 5D, 6E, 7B, 8B.

9: (A) Độ II; (B) Mở khí quản

10: (A) 3-6 tháng; (B) 1 tháng; (C) 12-18 tháng; (D) 5-6 tuổi

11: (A) 7-10 ngày; (B) Hút đờm rãi thường xuyên

12: 48 giờ

13. Test da (+)

HO GÀ VÀ CHĂM SÓC

1D, 2B, 3B, 4C, 5D, 6C, 7C.

8: (A) 20.000 - 50.000 /mm³; (B) 60%; (C) tế bào lympho

9: (A) Chứng DTC; (B) Dùng kháng sinh cho người tiếp xúc; (C) Cách ly trẻ ốm

10: B

11: A

NHIỄM LEPTOSPIRA VÀ CHĂM SÓC

1A, 2B, 3A, 4B, 5C, 6C, 7D, 8C.

UỐN VÁN VÀ CHĂM SÓC

1D, 2D, 3C, 4D, 5D, 6D, 7D, 8A, 9A, 10A.

HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI

1. B

5. A

2. A

6. B

3. B,D,E

7. B

4. B

8. - Phòng chống lây qua đường tình dục

- Phòng chống lây lan qua đường máu

- Phòng lây lan qua tiêm chích và các dụng cụ y tế.

- Phòng chống lây lan qua việc cho tình dịch và ghép cơ quan

- Ngăn chặn lây nhiễm chu sinh

BỆNH CÚM VÀ CHĂM SÓC

1A, 2A, 3B, 4A, 5D, 6D, 7A.

8: Bội nhiễm

9: (A) Hội chứng nhiễm khuẩn;

(B) Hội chứng đau;

(C) Hội chứng hô hấp;

(D) Các rối loạn tiêu hoá và thần kinh.

10: (A) Bội nhiễm;

(B) Tim mạch;

(C) Thần kinh;

(D) Viêm cơ

SỐT BẠI LIỆT VÀ CHĂM SÓC

1A, 2A, 3B, 4C, 5C; 6: (A)2, (B)2;

7: (A) giảm, (B) giảm; 8: (2-3); 9: Ad; Ba; Cb; Dc.

BỆNH SỞI VÀ CHĂM SÓC

1. (A)

2. (B)

3.

3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

3.2. Xuất tiết niêm mạc

3.3. Phát ban

4. (C)

QUAI BỊ VÀ CHĂM SÓC

1. (B)

2. (A)

3. (D)

4. (D)

5. (C)

6. Viêm tinh hoàn

- Viêm màng não

- Viêm tụy cấp

- Viêm buồng trứng

- Viêm cơ tim

- Viêm tuyến giáp

7. (D) 10 năm.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE VÀ CHĂM SÓC

1A, 2A, 3B, 4A.

5. 3-5 năm

6. C; 7A

VIÊM GAN VIRUS VÀ CHĂM SÓC

1B, 2B; 3C; 4C; 5D.

6. Trắng nhạt

7: (1) Giải quyết triệu chứng

(2) Nâng cao thể trạng

(3) Tránh các biến chứng

BỆNH ĐẠI VÀ CHĂM SÓC

1D; 2D; 3D; 4B; 5D; 6B; 7A; 8A; 9A; 10A.

11: 3-7

12: Co thắt họng, thực quản gây đau và sặc

13: (1) Cắt đầu chó gửi tới Viện Pasteur chẩn đoán xác định bệnh dại

(2) Nếu kết quả trả lời bị bệnh dại, tiêm vaccin Fuenzalida ngay;

Không tiêm nếu kết quả loại trừ bệnh dại.

SỐT RÉT VÀ CHĂM SÓC

1A, 2A, 3C, 4C, 5C

6: (1) Giải quyết nguồn lây

(2) Diệt muỗi, chống muỗi đốt

(3) Bảo vệ người lành.

BỆNH DO GIUN KIM

1D, 2D, 3D, 4C, 5A, 6A

BỆNH DO GIUN Đũa

1B, 2A, 3B, 4A, 5D, 6D, 7B, 8C.

9: Xét nghiệm tìm trứng giun trong phân

10: (1) Tác dụng phụ của thuốc

(2) Chống chỉ định của thuốc (cho phụ nữ có thai).

BỆNH DO GIUN MỐC

1. (1) *Ancylostoma Duodenale*

(2) *Necator Americanus*

2.

2.1: Viêm ruột

2.2: Xuất huyết

4.

4.1: Tẩy giun

4.2: Bù sắt

5B, 6A, 7D, 8D, 9D, 10B.

3. (1) To lên

(2) Nhỏ lại

BỆNH DO SÁN DÀI BÒ

1A, 2C, 3B, 4B, 5C, 6A, 7B, 8A.

9. Đầu sán sẽ mọc thành con sán mới.

BỆNH DO SÁN DÀI HEO

1A, 2A, 3A.

4: T - Solium: 7-12

T - Saginata: 15-18

5: Có thể gây bệnh ấu trùng ở các mô (nở từ đốt sán đi ngược lên dạ dày) cho bệnh nhân.

6D, 7B, 8C, 9B.

ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ PHẦN ĐIỀU DƯỠNG BỆNH THẦN KINH

BỆNH THẦN KINH VÀ CHĂM SÓC

1.

- Rối loạn vận động
- Rối loạn cảm giác
- Rối loạn thần kinh thực vật
- Rối loạn tâm trí

2. Nguyên tắc:

- Tiến hành các kỹ thuật xét nghiệm
- Ghi nhận các dấu hiệu sinh tồn
- Thực hiện các kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể
- Giúp đỡ nuôi dưỡng bệnh nhân
- Chăm sóc vệ sinh cơ thể bệnh nhân
- Phòng chống loét
- Phục hồi chức năng thần kinh
- Theo dõi diễn biến bất thường của bệnh
- Nâng đỡ, động viên, an ủi bệnh nhân.

TIẾP ĐÓN BỆNH NHÂN THẦN KINH

1.

1.1. Giao tiếp

1.2. Lượng giá ban đầu

1.3. Xử trí

3. Sách giáo khoa.

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	3
PHẦN I. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM	5
• Đại cương về bệnh truyền nhiễm	6
• Hình thái và cấu trúc vi khuẩn	14
• Ảnh hưởng của các yếu tố ngoại cảnh tới vi khuẩn	21
• Viêm màng não mủ và chăm sóc	29
• Bệnh lao phổi và chăm sóc	39
• Dịch tả và chăm sóc	49
• Ly trực khuẩn và chăm sóc	57
• Bệnh thương hàn và chăm sóc	64
• Dịch hạch	73
• Bệnh bạch hầu và chăm sóc	82
• Ho gà và chăm sóc	92
• Nhiễm <i>Leptospira</i> và chăm sóc	100
• Uốn ván và chăm sóc người bệnh uốn ván	108
• Đại cương về virus	116
• Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải	126
• Bệnh cúm và chăm sóc người bệnh cúm	135
• Sốt bại liệt và chăm sóc	143
• Bệnh sởi và chăm sóc	152
• Quai bị và chăm sóc	160
• Sốt xuất huyết Dengue và chăm sóc	167
• Viêm gan virus và chăm sóc	177
• Bệnh dại và chăm sóc	186
• Chu kỳ của một số loại ký sinh trùng thường gặp ở Việt Nam	193
• Sốt rét và chăm sóc	201
• Bệnh do giun kim	211
• Bệnh do giun đũa	215
• Bệnh do giun móc	220
• Bệnh do sán dải bò	224
• Bệnh do sán dải heo	227

PHẦN II. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH THẦN KINH	232
• Đại cương về giải phẫu chức năng hệ thần kinh	233
• Thuốc thường dùng trong lâm sàng thần kinh	240
• Bệnh thần kinh và chăm sóc	246
• Tiếp đón bệnh nhân thần kinh	250
• Tổn thương tuỷ sống và chăm sóc	254
• Đau dây thần kinh toạ và chăm sóc	259
• Bệnh động kinh và chăm sóc	263
PHẦN III. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TÂM THẦN	271
• Đại cương về bệnh tâm thần	272
• Phụ giúp thầy thuốc khám bệnh nhân tâm thần	279
• Cho bệnh nhân tâm thần dùng thuốc	285
• Chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng	290
• Bệnh tâm thần phân liệt và chăm sóc	293
• Bệnh Hysteria và chăm sóc	297
ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ PHẦN ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM	301
ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ PHẦN ĐIỀU DƯỠNG BỆNH THẦN KINH	305

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN NHIỄM THẦN KINH - TÂM THẦN

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập</i>	BS. NGUYỄN THỊ HẰNG
<i>Sửa bản in:</i>	NGUYỄN THỊ HẰNG
<i>Trình bày bìa:</i>	DOÃN VƯỢNG

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Căn cứ kế hoạch xuất bản số: 590 - 13/XB-QLXB ngày 10/01/2005.
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2005.

