

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH NỘI KHOA

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH NỘI KHOA

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63A -QĐ/CDYT ngày 26 / 3 /2020
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình *chăm sóc sức khỏe người bệnh nội khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động -Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Cùng với lộ trình cập nhật chương trình đào tạo Điều dưỡng tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp và hoàn thiện học liệu giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe người bệnh nội khoa cho sinh viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Điều dưỡng tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên trong lĩnh vực điều dưỡng nói chung và điều dưỡng nội khoa nói riêng.

Giáo trình *chăm sóc sức khỏe người bệnh nội khoa* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực nội khoa, đồng thời quyển giáo trình cũng đã được hội đồng nghiệm thu cấp Trường.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, ngày 20 tháng 2 năm 2020

Nhóm biên soạn

CHỦ BIÊN

CNDD. Dương Hồng Oanh

THAM GIA BIÊN SOẠN

1. Ths ĐD. Giang Nhân Trí Nghĩa
2. CNDD. Dương Hồng Oanh
3. CNDD. Trịnh Thị Kiều Diễm

CHƯƠNG 1: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÃO KHOA

1.1. Vai trò của điều dưỡng và lão khoa.....	01
1.2.. Các thay đổi chức năng do tuổi.....	07
1.3. Chăm sóc bệnh nhân thoái hóa khớp.....	13
1.4. Chăm sóc bệnh nhân Alzheimer.....	24
1.5. Dinh dưỡng ở người cao tuổi.....	31
1.6. Sử dụng thuốc ở người cao tuổi.....	35

CHƯƠNG 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIM MẠCH

2.1. Nhận định lâm sàng hệ tim mạch.....	40
2.2. Chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp.....	54
2.3. Chăm sóc bệnh nhân suy tim.....	63
2.4. Chăm sóc bệnh nhân đau thắt ngực.....	72

CHƯƠNG 3: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH HÔ HẤP

3.1. Nhận định lâm sàng hệ hô hấp.....	79
3.2. Chăm sóc bệnh nhân viêm phổi.....	85
3.3. Chăm sóc bệnh nhân absces phổi.....	90
3.4. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản.....	94
3.5. Chăm sóc bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.....	100

CHƯƠNG 4: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH TIÊU HÓA

4.1. Nhận định lâm sàng hệ tiêu hóa.....	112
4.2. Chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng.....	119
4.3. Chăm sóc bệnh nhân viêm đại tràng.....	126
4.4. Chăm sóc bệnh nhân xuất tiêu hóa.....	133
4.5. Chăm sóc bệnh nhân absces gan.....	142
4.6. Chăm sóc bệnh nhân xơ gan.....	148

CHƯƠNG 5: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH TIẾT NIỆU

5.1. Nhận định lâm sàng hệ tiết niệu.....	161
5.2. Chăm sóc bệnh nhân viêm đài bể thận - viêm bàng quang cấp.....	165
5.3. Chăm sóc bệnh nhân suy thận mãn.....	168

CHƯƠNG 6: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH VỀ MÁU

6.1. Chăm sóc bệnh nhân thalassemia.....	177
6.2. Chăm sóc bệnh nhân Hemophillia - Xuất huyết giảm tiểu cầu.....	182
6.3. Chăm sóc bệnh nhân bệnh bạch cầu cấp - mạn.....	196

CHƯƠNG 7: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH NỘI TIẾT

7.1. Chăm sóc bệnh nhân Basedow.....	199
7.2. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường.....	204

Tên môn học: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH NỘI KHOA

Mã môn học : DD.15

Thời gian thực hiện môn học: 180 giờ (Lý thuyết: 42 giờ; thực tập bệnh viện 132 giờ; Kiểm tra: 06 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** môn chăm sóc sức khỏe người lớn bệnh nội khoa được bố trí sau khi sinh viên đã học các môn học Kiểm soát nhiễm khuẩn, Dược lý.

- **Tính chất:** môn chăm sóc sức khỏe người bệnh nội khoa này giới thiệu cho người học những kiến thức cơ bản của các bệnh nội khoa thường gặp. Ứng dụng kiến thức đã học chăm sóc được bệnh nhân khi thực tập tại bệnh viện.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1 Kiến thức

1.1. Giải thích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của các bệnh nội và lão khoa thường gặp.

1.2. Trình bày được hướng điều trị và cách dự phòng các bệnh nội và lão khoa thường gặp.

2. Kỹ năng

2.1. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc các bệnh nội và các bệnh lão khoa thường gặp.

2.2. Thực hiện được các kỹ năng chăm sóc các bệnh nội và các bệnh lão khoa thường gặp.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

3.1. Luôn có ý thức trong học tập, tích cực tham gia thảo luận nhóm, đóng góp ý kiến xây dựng bài trong học tập.

3.2. Luôn có ý thức trong chăm sóc người bệnh, rèn luyện đạo đức người điều dưỡng, tác phong thận trọng, nhanh nhẹn chính xác tự tin trong chăm sóc bệnh nhân.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	KT
1	Chương 1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÃO KHOA 1.1. Vai trò của điều dưỡng và lão khoa 1.2. Các thay đổi chức năng do tuổi 1.3. Chăm sóc bệnh nhân thoái hóa khớp 1.4. Chăm sóc bệnh nhân Alzheimer 1.5. Dinh dưỡng ở người cao tuổi 1.6. Sử dụng thuốc ở người cao tuổi	13	12		1

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	KT
2	<p align="center">Chương 2.</p> <p align="center">CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIM MẠCH</p> <p>2.1. Nhận định lâm sàng hệ tim mạch 2.2. Chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp 2.3. Chăm sóc bệnh nhân suy tim 2.4. Chăm sóc bệnh nhân đau thắt ngực</p>	5	5		
3	<p align="center">Chương 3.</p> <p align="center">CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH HÔ HẤP</p> <p>3.1. Nhận định lâm sàng hệ hô hấp 3.1. Chăm sóc bệnh nhân viêm phổi 3.3. Chăm sóc bệnh nhân abces phổi 3.4. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản 3.5. Chăm sóc bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính</p>	8	7		1
4	<p align="center">Chương 4.</p> <p align="center">CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH TIÊU HÓA</p> <p>4.1. Nhận định lâm sàng hệ tiêu hóa 4.2. Chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng 4.3 Chăm sóc bệnh nhân viêm đại tràng 4.4. Chăm sóc bệnh nhân xuất tiêu hóa 4.5. Chăm sóc bệnh nhân abces gan 4.6. Chăm sóc bệnh nhân xơ gan</p>	7	7		
5	<p align="center">Chương 5.</p> <p align="center">CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH TIẾT NIỆU</p> <p>5.1. Nhận định lâm sàng hệ tiết niệu 5.2. Chăm sóc bệnh nhân viêm đài bể thận - viêm bàng quang cấp 5.3. Chăm sóc bệnh nhân suy thận mãn</p>	4	3		1
6	<p align="center">Chương 6.</p> <p align="center">CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH VỀ MÁU</p> <p>6.1. Chăm sóc bệnh nhân thalassemia. 6.2. Chăm sóc bệnh nhân Hemophillia - Xuất huyết giảm tiểu cầu. 6.3. Chăm sóc bệnh nhân bệnh bạch cầu cấp - mạn.</p>	4	4		
7	<p align="center">Chương 7.</p> <p align="center">CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH NỘI TIẾT</p> <p>7.1. Chăm sóc bệnh nhân Basedow 7.2. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường</p>	4	4		

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	KT
8	Thực tập bệnh viện	135		132	3
Cộng		180	42	132	6

Chương 1

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÃO KHOA

Bài 1: VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ LÃO KHOA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được đại cương và tầm nhìn trong chăm sóc người bệnh cao tuổi.
- 1.2. Trình bày được vai trò, chức năng, nhiệm vụ của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh cao tuổi.

2. Kỹ năng

Vận dụng kiến thức đã học để thực hiện tốt vai trò chăm sóc người bệnh cao tuổi.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được vai trò chăm sóc người cao tuổi, từ đó có tác phong nhanh nhẹn, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc.
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự khó chịu của bệnh nhân cao tuổi.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Những năm gần đây, nhờ những thành quả của phát triển kinh tế - xã hội và công tác y tế, tuổi thọ của người Việt Nam ngày càng tăng lên. Từ năm 2011, Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số và sẽ trở thành nước có dân số già vào năm 2035. Điều đáng chú ý là quá trình già hóa của nước ta diễn ra quá nhanh. theo nhận định của Liên Hợp Quốc, từ nay đến năm 2050, Việt Nam nằm trong nhóm 10 nước có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất trên Thế giới. Tuổi thọ của người Việt Nam tăng lên là minh chứng cho sự phát triển của hệ thống y tế và an sinh xã hội tại Việt Nam và là niềm tự hào của Việt Nam. Đồng thời, người cao tuổi là vốn quý về kiến thức, về kinh nghiệm sống mà những người trẻ có thể học hỏi. Tuy nhiên, khi số lượng người cao tuổi gia tăng nhanh chóng đòi hỏi mỗi Quốc gia cũng cần có sự chuẩn bị tốt để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người cao tuổi, thay đổi sự quan tâm và nhận thức của toàn xã hội cũng như có các chính sách, pháp luật cải thiện chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

2. TẦM NHÌN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

- Giữ vững và phát triển thương hiệu Bệnh viện đầu ngành trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, với tinh thần thái độ phục vụ tận tâm, luôn mang lại sự hài lòng và tin tưởng cho người bệnh.

- Dẫn đầu về chất lượng chuyên môn, tinh thần thái độ phục vụ tốt trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

- Triển khai nhiều kỹ thuật chăm sóc người cao tuổi ngang tầm khu vực và Thế giới.

- Đào tạo các chuyên gia điều dưỡng, kỹ thuật viên trong chăm sóc người cao tuổi.

- Chuyển giao hiệu quả các kỹ thuật chăm sóc người cao tuổi cho các bệnh viện tuyến dưới.

- Phát triển nghiên cứu thực hành dựa vào bằng chứng.

- Mở rộng hợp tác Quốc tế với các nước trong khu vực và Thế giới.

3. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Cán bộ Điều dưỡng đã và đang ngày càng tăng trưởng cả về số lượng và chất lượng để phục vụ kịp thời cho tất cả các khoa, phòng trong khám, chữa bệnh ở các cơ sở Y tế và các cơ sở chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cũng như chăm sóc Y tế cộng đồng. Trong Hội nghị điều dưỡng tại Thành phố Hồ Chí Minh ngày 20/6/2016 cho thấy Việt Nam hiện đang rất thiếu điều dưỡng viên. Hơn nữa vị thế của người Điều dưỡng trong hệ thống Y tế Việt Nam nói chung và trong việc chăm sóc người cao tuổi nói riêng có một vị thế không thể thiếu. Cụ thể, trong công việc người điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong chăm sóc người bệnh ở tất cả các cơ sở Y tế và chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Y tế cơ sở với các chức năng nhiệm vụ dưới đây. Trong hệ thống Y tế Việt Nam: vị thế của người điều dưỡng đã được nâng cao và trách nhiệm cũng cụ thể hơn, vì vậy Chương trình đào tạo Y tế đã tách điều dưỡng thành một ngành riêng để đào tạo bài bản hơn, sâu rộng hơn, chuyên khoa hơn với các cấp độ từ thấp đến cao: trung cấp - cao đẳng - đại học - sau đại học.

Trong chăm sóc người cao tuổi: ở Việt Nam các cơ sở chăm sóc người cao tuổi đang dần được triển khai rộng hơn với số lượng tăng dần ở các tỉnh, thành phố. Làm việc ở các cơ sở này hầu hết là điều dưỡng viên, nên nguồn nhân lực điều dưỡng là nhu cầu số 1 cho việc chăm sóc người cao tuổi.

3.1. Vai trò của điều dưỡng đối với người bệnh cao tuổi

- Lòng tự trọng và sự tôn trọng - Những nền tảng văn hóa, niềm tin, giá trị và quan niệm của bệnh nhân và gia đình.

- Chia sẻ thông tin - Giao tiếp và chia sẻ thông tin đầy đủ và chính xác với bệnh nhân và gia đình.

- Sự tham gia - khuyến khích và hỗ trợ bệnh nhân và gia đình tham gia trong chăm sóc và đưa ra các quyết định.

- Hợp tác - Mời bệnh nhân và thành viên trong gia đình làm việc cùng nhân viên y tế.

- Đội ngũ điều dưỡng đa chuyên khoa tiếp cận chăm sóc sức khỏe người bệnh cao tuổi.

- Nhân viên thực hành chăm sóc từ các chuyên ngành khác nhau, có những thế mạnh khác nhau cần chia sẻ mục tiêu chăm sóc bệnh nhân.

- Hợp tác/Phối hợp

+ Nhận định

- + Lập kế hoạch
- + Quyết định
- + Giải quyết vấn đề
- + Thiết lập mục tiêu
- Giao tiếp.
- Chia sẻ nguồn lực/Tôn trọng lẫn nhau.
- Đội ngũ điều dưỡng đa chuyên khoa quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe phức tạp của bệnh nhân cao tuổi.
- Đội ngũ điều dưỡng đa chuyên khoa đáp ứng tốt hơn các thách thức của người cao tuổi với đa triệu chứng lão khoa (rối loạn tâm trí, té ngã, tiêu tiểu không tự chủ và sử dụng nhiều thuốc,...).



GIÁ TRỊ LỖI CỦA CHĂM SÓC LÃO KHOA LẤY BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH LÀM TRUNG TÂM

3.1.1. Đối với bệnh nhân cao tuổi

- Cải thiện chăm sóc bằng cách tăng cường phối hợp các dịch vụ, đặc biệt đối với các vấn đề phức tạp.
- Kết hợp chăm sóc sức khỏe cho một diện rộng các vấn đề và nhu cầu.
- Trao quyền cho bệnh nhân cao tuổi như một đối tác tích cực trong chăm sóc.
- Có thể chăm sóc bệnh nhân cao tuổi với nhiều nền tảng văn hóa đa dạng.
- Sử dụng thời gian hiệu quả hơn.

3.1.2. Đối với nhân viên chăm sóc sức khỏe bệnh nhân cao tuổi

- Tăng sự hài lòng về ngành nghề.
- Thuận tiện trong việc chăm sóc tích cực, chăm sóc từng giai đoạn cho đến chăm sóc phòng ngừa lâu dài.
- Người chăm sóc có thể học các kỹ năng và cách tiếp cận mới.
- Khuyến khích sự cải tiến.
- Cho phép người chăm sóc tập trung vào chuyên ngành của từng cá nhân.

3.1.3. Đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe bệnh nhân cao tuổi

- Có tiềm năng cung cấp chăm sóc hiệu quả hơn.
- Tối đa hóa nguồn lực và cơ sở vật chất.
- Giảm gánh nặng cho các cơ sở chăm sóc cấp tính, lấy hiệu quả từ việc tăng cường chăm sóc phòng ngừa.
- Tạo điều kiện cho nỗ lực cải tiến chất lượng liên tục.

3.2. Điều dưỡng là nhà thực hành chăm sóc

- Sử dụng quy trình điều dưỡng để đáp ứng nhu cầu cho người bệnh.
- Biết lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch theo mục tiêu đề ra.
- Giao tiếp được với người bệnh cao tuổi và những người liên quan đến việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh.
- Cộng tác với những người liên quan đến người bệnh, người bệnh và với đồng nghiệp để kế hoạch chăm sóc đạt hiệu quả hơn.

3.3. Điều dưỡng là nhà quản lý

- Sử dụng những khả năng giao tiếp và suy nghĩ lý luận của mình cho những bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính, những người bệnh trong giai đoạn cấp cứu, những người bệnh trong cộng đồng,... một cách khéo léo và đạt hiệu quả cao.
- Hướng dẫn cán bộ y tế khác trong việc chăm sóc người bệnh một cách chọn lọc và thích hợp.
- Sử dụng nguồn nhân lực sẵn có để phục vụ chăm sóc người bệnh có hiệu quả.

3.4. Điều dưỡng là nhà giáo dục

- Sử dụng phương pháp dạy và học cho đội ngũ kế thừa các kiến thức, kỹ năng và đạo đức điều dưỡng.
- Thực hiện tốt công tác giáo dục sức khỏe cho mọi người.
- Biết tự đào tạo liên tục, biết nhận lãnh trách nhiệm đối với nghề nghiệp. Yêu nghề tha thiết, tham gia vào việc bảo vệ và phát triển nghề nghiệp.

3.5. Điều dưỡng là nhà nghiên cứu

- Thực hiện và đóng góp các công trình nghiên cứu để nâng cao kiến thức cho ngành Điều dưỡng.
- Ứng dụng những thành quả các công trình nghiên cứu thành công.

4. CHỨC NĂNG CHUNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Người Điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân toàn diện (lấy bệnh nhân làm trung tâm) được thể hiện ba chức năng chính:

4.1. Chức năng độc lập

- Tiếp đón bệnh nhân: thái độ tiếp xúc, làm thủ tục hành chính, hướng dẫn nội quy khoa, phòng và sử dụng trang thiết bị trong buồng bệnh.
- Nhận định bệnh nhân theo quy trình điều dưỡng.
- Theo dõi và đánh giá bệnh nhân trong quá trình chăm sóc.
- Lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch chăm sóc theo kế hoạch đề ra.
- Thực hiện các trường hợp sơ cứu, cấp cứu ban đầu lúc chưa có Bác sỹ.
- Giúp đỡ bệnh nhân và làm các công việc vệ sinh thân thể (tắm gội, thay, mặc quần áo cho bệnh nhân).
- Giúp đỡ thực hiện trong việc cho bệnh nhân ăn uống.
- Giúp Bệnh nhân vận động, luyện tập phục hồi chức năng.
- Thực hiện các kỹ năng chăm sóc điều dưỡng.
- Thực hiện các quy tắc vô khuẩn khi tiến hành các kỹ thuật chăm sóc.
- Chăm sóc, giải quyết bệnh nhân hấp hối và bệnh nhân tử vong.

4.2. Chức năng phối hợp

- Phối hợp với một số kỹ thuật khác như: X quang, xét nghiệm, phục hồi chức năng, ECG,... để thực hiện một số chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.
- Phản ánh các diễn biến của bệnh nhân cho thầy thuốc để phối hợp xử trí kịp thời khi bệnh nhân chuyển bệnh nặng (thở oxy, hô hấp nhân tạo, ép tim, cầm máu, băng bó,...).

4.3. Chức năng phụ thuộc

- Cho bệnh nhân dùng thuốc (uống, tiêm truyền,...), đặt sonde, thực tháo,...theo y lệnh của thầy thuốc.
- Thực hiện một số thủ thuật, theo yêu cầu điều trị.
- Phụ giúp bác sỹ thực hiện một số thủ thuật điều trị.
- Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm.

5. NHIỆM VỤ CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Dưới sự chỉ đạo của Trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trung học có nhiệm vụ sau:

1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật.
2. Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc.
3. Thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng quy trình kỹ thuật bệnh viện: điều dưỡng trung cấp thực hiện được các kỹ thuật cơ bản như: lập kế hoạch chăm sóc người bệnh, uống thuốc, thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt ống thông,

kỹ thuật cấp cứu theo quy định và vận hành, bảo quản các thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công.

4. Đối với những người bệnh nặng, nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho Bác sỹ điều trị xử lý kịp thời.

5. Ghi những thông số, dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnh và cách xử lý vào phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc theo quy định.

6. Hàng ngày cuối giờ làm việc, phải bàn giao người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh, đặc biệt là người bệnh nặng.

7. Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế; trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.

8. Tham gia nghiên cứu khoa học về lĩnh vực chăm sóc người bệnh và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học viên khi được Điều dưỡng trưởng khoa phân công.

9. Tham gia thường trực theo sự phân công của Điều dưỡng trưởng khoa.

10. Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt quy định về y đức.

11. Thường xuyên tự học, cập nhật kiến thức./

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Chức năng độc lập trong vai trò của Điều dưỡng khi đón tiếp người bệnh cao tuổi, ngoại trừ:

- A. Thái độ tiếp xúc, làm thủ tục hành chính
- B. Hướng dẫn nội quy khoa, phòng
- C. Hướng dẫn sử dụng trang thiết bị trong buồng bệnh
- D. Ký cam kết thực hiện các nội quy trong thời gian nằm viện

Câu 2: Tầm nhìn lâu dài trong vai trò của điều dưỡng chăm sóc người cao tuổi, ngoại trừ:

- A. Chất lượng chuyên môn
- B. Tinh thần thái độ phục vụ tốt
- C. Hướng tới sự hài lòng của người bệnh
- D. Một điều dưỡng chăm sóc một bệnh nhân

Câu 3: Trong Hội nghị Điều dưỡng tại Thành phố Hồ Chí Minh ngày 20/6/2016 cho thấy trong hệ thống Y tế Việt Nam là:

- A. Chú ý nâng cao về kỹ năng tay nghề
- B. Vị thế của người điều dưỡng đã được nâng cao và trách nhiệm cũng cụ thể hơn
- C. Tất cả điều dưỡng phải đạt được bằng cao đẳng
- D. Câu A, B, C đều đúng

Bài 2: CÁC THAY ĐỔI CHỨC NĂNG DO TUỔI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được đặc điểm cơ thể và dịch tễ học người bệnh cao tuổi.
- 1.2. Chẩn đoán được một số bệnh thường gặp và vấn đề phục hồi chức năng do tuổi.
- 1.3. Trình bày được đặc điểm điều trị về bệnh tuổi già.

2. Kỹ năng

- 2.1. Vận dụng kiến thức đã học, nhận biết được những thay đổi chức năng do tuổi.
- 2.2. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân có những thay đổi chức năng do tuổi.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được những thay đổi chức năng do tuổi, từ đó rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc bệnh nhân.
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự thay đổi của bệnh nhân

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuổi thọ càng cao, số người cao tuổi ngày càng nhiều. Môn học lão khoa ra đời nhằm giải quyết các vấn đề liên quan đến lứa tuổi này. Lão khoa ngày nay phát triển theo 3 hướng.

- Lão khoa cơ bản
- Lão khoa lâm sàng
- Lão khoa xã hội

2. ĐẶC ĐIỂM CƠ THỂ NGƯỜI GIÀ: quá trình xảy ra ở 5 mức

- Mức phân tử
- Tế bào
- Tổ chức
- Cơ quan
- Hệ thống và toàn cơ thể.

Do đặc tính chung nhất của quá trình này là không đồng, có nghĩa là mọi bộ phận trong cơ thể không già cùng một lúc và với tốc độ như nhau. Có bộ phận già trước, có bộ phận già sau, có bộ phận già nhanh, có bộ phận già chậm,....

2.1. Sự hóa già của hệ tim mạch

- Tuần hoàn nuôi tim giảm, ảnh hưởng đến dinh dưỡng cơ tim.
- Hay có suy tim tiềm tàng, giảm dẫn truyền trong tim.
- Các động mạch xơ hóa, tĩnh mạch giảm trương lực, mao mạch kém hiệu lực.
- Huyết áp động mạch thường tăng cao theo tuổi.

2.2. Sự hóa già của hệ hô hấp

- Hình dạng của lồng ngực biến đổi nhiều do sụn sườn bị rối loạn, khớp sụn cột sống xơ cứng, đốt sống đĩa đệm bị thoái hóa, cơ lưng dài teo, hạn chế cử động. Tế bào biểu mô trụ phế quản dày, tế bào biểu mô tiết dịch loạn dưỡng, chất nhầy giảm lượng, cô đặc.

- Về chức năng: dung tích sống (CV) giảm chỉ số hô hấp (Tiffeneau) giảm, khả năng hấp thụ oxy và máu động mạch giảm dẫn đến tình trạng thiếu oxy tổ chức.

2.3. Sự hóa già của hệ tiêu hóa

- Ống tiêu hóa giảm trọng lượng, có hiện tượng thu teo, suy yếu các cơ thành bụng và các dây chằng dẫn đến tình trạng sa nội tạng.

- Giảm hoạt lực của các hệ tiết dịch tiêu hóa.

- Gan giảm trọng lượng, trong nhu mô gan có chỗ teo, vỏ liên kết dày lên, mật độ gan chắc hơn.

- Túi mật: tuổi từ 40 đã có sự giảm đàn hồi thành túi mật và ống dẫn mật do xơ hóa cơ vòng oddi hay có rối loạn điều hòa dẫn mật.

2.4. Sự hóa già của thận

- Về phương diện hình thái học, bắt đầu từ 20 tuổi đã có những biến đổi ở các động mạch nhỏ và trung bình của thận.

- Vào lúc 70 - 80 tuổi số nephron hoạt động giảm đi khoảng 1/3 hoặc 1/2 so với lúc mới sinh.

- Về phương diện chức năng mức lọc cầu thận giảm dần.

2.5. Sự hóa già của hệ nội tiết

- Tuyến nội tiết trong quá trình hóa già không đồng thì cũng không đồng tốc.

- Bắt đầu thoái hóa sớm nhất là thoái hóa tuyến ức, sau đó tuyến sinh dục, rồi đến tuyến giáp trạng, cuối cùng là tuyến yên và thượng thận. Những biến đổi chức năng của tuyến nội tiết, làm thay đổi tính chất các phản ứng thích nghi của cơ thể đối với các Stress.

2.6. Sự hóa già của hệ thần kinh

- Về mặt giải phẫu: khối lượng não giảm dần trong quá trình hóa già còn khoảng 1.180g ở nam và 1.060g ở nữ vào lúc 85 tuổi.

- Về mặt sinh lý: biến đổi thường gặp nhất là

+ Giảm khả năng thụ cảm,

+ Giảm thị lực,

+ Giảm sinh lực,

+ Giảm khứu giác,

+ Giảm vị giác,

+ Giảm xúc giác.

Hoạt động thần kinh cao cấp giảm ức chế sau đó giảm hưng phấn. Phổ biến nhất là giảm tính linh hoạt trong sự dẫn truyền xung động thần kinh. Gặp rối loạn giấc ngủ.

- Về mặt tâm lý: có sự giảm tốc độ và giảm tính linh hoạt của mọi hoạt động, vấn đề trừu tượng thường giảm.

2.7. Thay đổi về hệ xương khớp

Hệ xương khớp trong cơ thể thoát nhìn có vẻ cứng, rắn chắc nhưng thực ra đây là bộ phận dễ bị tổn thương nhất. Xương đạt độ rắn chắc ở tuổi 25, sau đó quá trình loãng xương và thoái hóa khớp cũng bắt đầu xuất hiện kéo dài trong vài chục năm, có biểu hiện ở tuổi trung niên và càng lớn tuổi bệnh càng rõ.

Bệnh ở hệ xương khớp có liên quan nhiều đến chế độ làm việc, ăn uống, thay đổi nội tiết tố, nhất là phụ nữ sau tuổi mãn kinh sớm. Thay đổi ở cột sống làm chi người lớn tuổi bị còng lưng, chiều cao cũng giảm dần theo tuổi.

2.8. Thay đổi da và tóc

- Da: da trở nên kém đàn hồi, khô, nhăn, sạm màu.

- Tóc: tóc bạc là biểu hiện quá trình lão hóa không ai tránh khỏi ở tuổi trên, dưới 50. Ở tuổi này, trung bình một người có khoảng 1/2 tóc bạc.

2.9. Thay đổi về khả năng tình dục

- Tình dục không những là nhu cầu sinh lý mà còn là hoạt động duy trì nòi giống. Khi về già sứ mệnh duy trì nòi giống đa phần đã hoàn thành nhưng việc giảm thiểu về khả năng tình dục cũng ảnh hưởng đến tâm lý, tính tình ở người cao tuổi.

- Ở nữ giới: có nhiều thay đổi ở tuổi mãn kinh, sự mất nội tiết tố nữ estrogen là nguyên nhân chủ yếu làm giảm ham muốn tình dục.

- Ở nam giới: khi về già có hiện tượng giảm nội tiết tố testosterone tương tự như mãn kinh ở nữ giới, phần còn lại vẫn có hoạt động tình dục bình thường.

3. DỊCH TỄ HỌC BỆNH NGƯỜI CÓ TUỔI

3.1. Đặc điểm chung

- Già không phải là bệnh nhưng già tạo điều kiện cho bệnh phát sinh và dễ tiến triển nặng thêm.

- Người già ít khi chỉ mắc một bệnh mà thường mắc nhiều bệnh nhất là các bệnh mãn tính.

- Các triệu chứng của bệnh tuổi già thường ít khi điển hình do đó dễ bỏ qua hoặc làm sai lệch chẩn đoán.

- Bệnh người già thường khả năng hồi phục kém, vì vậy chữa bệnh người già phải hết sức chú ý đến phục hồi chức năng.

3.2. Tình hình bệnh tật ở người cao tuổi

Có thể tìm hiểu bệnh tật của tuổi già ở 3 khu vực: trong nhân dân, qua điều tra cơ bản, tại các cơ sở điều trị qua mô tử thi. Mỗi nước có hoàn cảnh sinh sống riêng cho nên cơ cấu bệnh tật cũng khác nhau, đặc biệt giữa các nước phát triển và nước đang phát triển.

- Trong nhân dân: 13.392 người từ 60 tuổi trở lên đã được khám tại các vùng dân cư, dân tộc khác nhau. Các bệnh nội khoa thường gặp là:

+ Bệnh hô hấp	: 19,63%
+ Bệnh tiêu hóa	: 18,25%
+ Bệnh tim mạch	: 13,32%
+ Thận - Tiết niệu	: 1,64%
+ Bệnh máu và cơ quan tạo máu	: 2,29%
+ Cơ xương khớp	: 47,69%

3.3. Tình hình tử vong ở người có tuổi về thời gian

5% chết vào mùa lạnh, 72,7% chết về ban đêm. Xét về thời gian từ lúc vào viện đến khi chết 34,6% chết xảy ra vào ngày đầu, 64% chết trong 10 ngày đầu.

4. CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP VÀ VẤN ĐỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

4.1. Bệnh tim mạch

Cơn đau thắt ngực nhồi máu cơ tim rối loạn nhịp tim và dẫn truyền, tai biến mạch máu não, suy tĩnh mạch, nghẽn động mạch, túi phình động mạch,....

4.2. Bệnh hô hấp

Viêm phế quản mãn, giãn phế nang, ung thư phổi, giãn phế quản, xơ phổi, lao phổi màng phổi, phế quản phế viêm.

4.3. Bệnh tiêu hóa

Loét dạ dày tá tràng, viêm đại tràng mãn tính, ung thư dạ dày, ung thư gan, xơ gan, trĩ.

4.4. Bệnh thận tiết niệu

Viêm bể thận mãn tính, viêm cầu thận mãn, xơ mạch thận, sỏi thận, u xơ tiền liệt tuyến.

4.5. Bệnh nội tiết chuyển hóa

Đái tháo đường, tăng cholesterol máu, suy giáp trạng, suy sinh dục, rối loạn mãn kinh.

4.6. Bệnh tự miễn

Tự kháng thể Lipoprotein, kháng insulin, kháng niêm mạc dạ dày, kháng giáp.

4.7. Bệnh máu và cơ quan tạo máu

Thiếu máu do thiếu sắt, thiếu acid folic, thiếu khả năng tủy xương, đa u tủy xương, ung thư mạch.

4.8. Bệnh tâm thần

- Loạn tâm thần trước tuổi già và loạn tâm thần tuổi già.
- Bệnh tâm thần tuổi già, thường gặp sa sút trí tuệ kiểu Alzheimer.

4.9. Bệnh thần kinh

Rối loạn tuần hoàn não, hội chứng ngoại tháp nhất là bệnh Parkinson, viêm đa dây thần kinh.

4.10. Các bệnh giác quan

- Mắt: giảm thị lực, glaucome, đục thủy tinh thể tuổi già, teo dây thần kinh thị giác, thoái hóa võng mạc.
- Tai: giảm thính lực, rối loạn tiền đình.
- Da: ngứa tuổi già, ung thư hắc tố, ung thư biểu mô, xuất huyết dưới da.
- Răng: mất nhiều răng, viêm thoái hóa quanh răng.

5. ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ HỌC VỀ BỆNH TUỔI GIÀ

5.1. Nguyên tắc chung: Điều trị phải toàn diện, điều trị nguyên nhân, triệu chứng. Cần chú ý đến việc nâng đỡ cơ thể tạo điều kiện cho việc chữa bệnh, đặc biệt về dinh dưỡng hỗ trợ về tinh thần, tư tưởng.

5.2. Sử dụng thuốc ở người già

- Do đặc điểm cơ thể người già, tác dụng thuốc không hoàn toàn giống người trẻ, việc hấp thu thuốc kém và tốc độ cũng như mức độ chuyển hóa, độ nhạy cảm của cơ thể có nhiều biến chứng có thể xảy ra, do vậy cần chú ý:

+ Nếu một phương pháp điều trị chữa bệnh nào có hiệu nghiệm mà không cần dùng thuốc thì dùng.

+ Nếu nhất thiết phải dùng thuốc thì dùng càng ít loại thuốc càng tốt.

+ Cần chọn liều lượng thích hợp nhất, đạt hiệu quả cao nhất không gây tai biến.

Nên bắt đầu bằng liều thấp.

+ Nếu thuốc có độc tính cao, cần chú ý dùng các biện pháp hạn chế độc tính.

+ Dù thuốc không độc cũng phải đề phòng tai biến dị ứng.

+ Dùng thuốc trong thời gian dài phải theo dõi sát, kiểm tra, sơ kết từng đợt.

5.3. Phẫu thuật đối với người cao tuổi

- Đối với mổ cấp cứu, vấn đề đặt ra là phải cân nhắc giữa nguy hiểm nếu không mổ và nguy hiểm do mổ.

- Đối với mổ phiên, cần làm các việc như sau:

+ Kiểm tra sức khỏe toàn diện,

+ Làm công tác tư tưởng để bệnh nhân yên tâm,

+ Chuẩn bị thật kỹ việc vô cảm.

5.4. Phục hồi chức năng ở người cao tuổi

Phục hồi chức năng nhằm đảm bảo hoạt động thể lực, tâm lý, tư duy quan hệ gia đình, xã hội, khả năng lao động. Muốn đạt được yêu cầu đó phải:

- Bắt đầu phục hồi chức năng càng sớm càng tốt.
- Tiến hành điều trị phục hồi một cách tự giác.
- Kết hợp tự rèn luyện với hỗ trợ chuyên môn.
- Vận dụng tùy theo điều kiện.

5.5. Thuốc nâng cao tuổi thọ

Hiện nay do chưa biết rõ nguyên nhân cơ chế của tuổi già nên chưa có cơ sở nói đến các loại thuốc có khả năng nâng cao tuổi thọ. Do tuổi già hay kèm theo sức yếu nên người ta nghĩ rằng cần bổ sung các chất chống oxy hóa, các yếu tố vi lượng, các vitamin, sâm và nhung.

6. HƯỚNG DẪN CỘNG ĐỒNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI

- Hướng dẫn cộng đồng biết phát hiện sớm bệnh tật người cao tuổi.
- Biết khai thác những triệu chứng cơ năng và thăm khám thực thể.
- Có biện pháp điều trị sớm, tích cực./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Chi tiết nào sau đây không phải là đặc điểm tuổi già?

- A. Tính chất đa bệnh lý
- B. Khả năng phục hồi chậm
- C. Triệu chứng bệnh thường điển hình
- D. Tuổi già không phải là bệnh nhưng sự già tạo điều kiện cho vi khuẩn phát sinh

Câu 2. Bệnh phế quản, phổi thường gặp ở người cao tuổi là:

- A. Viêm phế quản mãn
- B. Hen phế quản ngoại sinh
- C. Viêm phổi thùy
- D. Viêm xoang

Câu 3. Vệ sinh phòng bệnh ở người cao tuổi là:

- A. Cường độ vận động tối đa có thể được
- B. Ăn uống hợp lý
- C. Không nên dùng thuốc ngủ cho người già
- D. Trời nắng nên tắm nước lạnh

Câu 4. Theo tổ chức Y tế Thế giới lứa tuổi người có tuổi là:

- A. 49 - 59
- B. 60 - 74
- C. 75 - 89
- D. 90 - 100

Câu 5. Bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi là:

- A. Thấp tim
- B. Bệnh tim bẩm sinh
- C. Con đau thắt ngực
- D. Hạ huyết áp

Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và phân loại bệnh thoái hóa khớp.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh thoái hóa khớp.
- 1.3. Trình bày được biện pháp phòng bệnh thoái hóa khớp.

2. Kỹ năng

- 2.1. Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được người bệnh thoái hóa khớp.
- 2.2. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh thoái hóa khớp.

3. Thái độ

Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn cho người bệnh thoái hóa khớp.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thoái hóa khớp là bệnh lý thoái giáng của các cấu trúc khớp: bào mòn sụn khớp, tái cấu trúc xương dưới sụn, phì đại tại bờ xương (mọc các gai xương) và thay đổi tính chất sinh hóa và hình thái học của màng hoạt dịch và bao khớp.

1.2. Nguyên nhân

Hiện nay, nguyên nhân chính xác của thoái hóa khớp vẫn chưa được xác định một cách rõ ràng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong thời gian qua đã phát hiện một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến thoái hóa khớp. Những yếu tố này có thể chia thành 2 nhóm chính: các yếu tố có thể can thiệp và các yếu tố không thể can thiệp

1.2.1. Yếu tố nguy cơ không thể can thiệp

*** Tuổi và giới tính:**

- Ảnh hưởng quan trọng đến tần suất thoái hóa khớp trong cộng đồng:
- Cả tần suất và tỉ suất mới mắc của thoái hóa khớp tăng 2 - 10 lần ở độ tuổi 65 so với độ tuổi 30, gần 80% người trên 75 tuổi bị ảnh hưởng bởi thoái hóa khớp và tiếp tục tăng lên sau đó.

- Dưới 50 tuổi, nam bị thoái hóa khớp nhiều hơn nữ, nhưng sau 50 tuổi, nữ bị nhiều hơn nam và bị ảnh hưởng chủ yếu ở các khớp gối, bàn tay.

*** Tiền căn gia đình và di truyền**

- Thoái hóa khớp là bệnh có tính di truyền.
- Bệnh nhân có thoái hóa khớp nhiều khớp hay thoái hóa khớp toàn thân không tìm thấy ảnh hưởng của yếu tố di truyền mà chủ yếu liên quan đến yếu tố tuổi.

1.2.2. Yếu tố nguy cơ có thể can thiệp

*** Béo phì**

Là một trong những yếu tố nguy cơ toàn thân ảnh hưởng quan trọng đến tần suất và diễn biến của bệnh thoái hóa khớp:

- Béo phì (BMI > 30kg/m²) có mối liên hệ mật thiết với thoái hóa khớp ở mọi vị trí khớp, ngay cả những khớp nhỏ như bàn tay và ảnh hưởng này thấy rõ ở nữ hơn nam.

- Người béo phì có nguy cơ bị thoái hóa khớp cao hơn người không béo phì, đồng thời béo phì còn làm tăng độ nặng của bệnh và giảm cân nặng sẽ làm giảm nguy cơ tiến triển của bệnh.

*** Dinh dưỡng**

Người có nồng độ vitamin D trong máu thấp có nguy cơ bị thoái hóa khớp tại khớp gối, khớp háng, đồng thời tăng tần suất mới mắc cũng như tiến triển của bệnh.

*** Nghề nghiệp**

- Nông dân có nguy cơ thoái hóa khớp háng cao gấp 2 lần so với tần suất trung bình trong dân số.

- Khoảng 30% các trường hợp thoái hóa khớp gối là do hoạt động nghề nghiệp có liên quan đến động tác gập gối, ngồi xổm, leo trèo. Nếu kèm thêm yếu tố khiêng vác nặng như trên 25kg, nguy cơ thoái hóa khớp gối sẽ tăng gấp 5 lần.

- Ở nam, thoái hóa khớp gối gắn kết với hoạt động leo cầu thang, lác chân; ở nữ, thoái hóa khớp gối gắn liền với những hoạt động phải đứng nhiều, còn thoái hóa khớp bàn tay liên quan với hoạt động lác bàn tay.

*** Hoạt động thể lực:**

Hàng ngày quá mức là yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối, và nguy cơ này tỉ lệ thuận với cường độ, thời gian hoạt động. Nữ trẻ tuổi hoặc > 50 tuổi, nếu hoạt động thể lực nhiều sẽ tăng nguy cơ thoái hóa khớp gối khi lớn tuổi.

*** Yếu tố tại chỗ:** như chấn thương được xác định là yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối:

- Tại khớp gối, chấn thương được ghi nhận rõ nhất là rách dây chằng và hư hại sụn chêm.

- Dị dạng khớp gối (malalignment: valgus, varus) cũng góp phần quan trọng làm tăng tần suất - tiến triển của thoái hóa khớp gối.

- Các bệnh lý khớp viêm mãn tính như viêm khớp dạng thấp, gout cũng thúc đẩy nhanh quá trình thoái hóa khớp.

1.3. Phân loại

1.3.1. Thoái hóa khớp nguyên phát

- Tại chỗ: thường gặp thoái hóa bàn tay, bàn chân, gối, háng, cột sống,...

- Toàn thân: khi ảnh hưởng từ 3 vùng trở lên

1.3.2. Thoái hóa khớp thứ phát: làm nặng thêm tình trạng thoái hóa khớp, gồm:

- Chấn thương.
- Bệnh lý bẩm sinh hay mắc phải:
 - Bệnh lý khớp háng: Legg - calve - perthes, trật khớp háng bẩm sinh, ổ cối nông,...
 - Yếu tố cơ học tại chỗ: chiều dài chi dưới không đều, biến dạng lệch trục, vẹo cột sống.
 - Loạn sản xương.
 - Rối loạn chuyển hóa: ứ sắt, rối loạn chuyển hóa acid amin, bệnh Gaucher, bất thường hemoglobin,...
- Bệnh lắng đọng tinh thể calcium pyrophosphate dihydrate (CPPD).
- Những rối loạn về xương - sụn khác: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp gout, viêm khớp nhiễm trùng, Paget, viêm xương sụn,...
- Bệnh lý khác: rối loạn nội tiết (đái tháo đường, to đầu chi, nhược giáp), bệnh khớp thần kinh,...

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Bệnh sử: đánh giá triệu chứng

2.1.1. Đau

Đau khớp kiểu cơ năng: đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, đau âm ỉ diễn tiến từng đợt, tăng dần, trong đợt cấp có thể biểu hiện đau kiểu viêm với sưng nóng khớp do phản ứng sung huyết và tiết dịch của màng hoạt dịch.

2.1.2. Cứng khớp

Hạn chế vận động, có dấu hiệu cứng và khó cử động khớp vào buổi sáng hay sau khi bất động khớp thời gian dài, thường < 30 phút.

2.1.3. Triệu chứng khác

- Có tiếng "lạo xạo" ở khớp khi vận động.
- Chuột rút.
- Teo cơ quanh khớp do giảm vận động.
- Biến dạng khớp.
- Có biểu hiện của các bệnh liên quan đến tuổi khác: cao huyết áp, tiểu đường, loãng xương,....

2.2. Khám lâm sàng: đánh giá tổn thương khớp

2.2.1. Nhìn

- Sưng: do tràn dịch trong đợt cấp, biến dạng đầu xương, tăng sinh màng hoạt dịch,... tìm các dấu hiệu như mất nếp nhăn da, các rãnh giải phẫu bình thường và so sánh 2 bên.

- Biến dạng khớp: biến dạng lệch trục, biến dạng đầu xương, trật hay bán trật khớp.

2.2.2. Sờ

Xác định điểm đau, tình trạng phù nề mô mềm quanh khớp, tràn dịch khớp. Dấu lạo xạo khớp: có thể cảm nhận thấy khi sờ và nghe như tiếng lách tách, răng rắc khi khớp vận động.

2.2.3. Khám vận động

Đánh giá biên độ vận động khớp:

- Giới hạn vận động khớp có thể do bất thường tại bề mặt khớp hay do bất thường những thành phần xung quanh khớp.

- Để phân biệt cần phải khám và so sánh vận động chủ động và vận động thụ động.

- Đau và không cải thiện biên độ vận động cả khi vận động chủ động và thụ động thường do bất thường tại khớp như trong thoái hóa khớp.

- Đau khi vận động chủ động và giảm đau khi vận động thụ động, cũng như biên độ vận động thụ động lớn hơn so với chủ động do bất thường, thường ở thành phần quanh khớp.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. Xét nghiệm sinh hóa

- Dịch khớp: có thể bình thường hoặc viêm nhẹ, dịch trắng trong hay vàng nhạt, độ nhớt bình thường hoặc giảm, tế bào đa nhân $< 2000/\text{mm}^3$, có thể quan sát thấy tinh thể calcium pyrophosphate trong 1 số trường hợp.

- Dấu ấn sinh học: định lượng sản phẩm chuyển hóa của sụn và xương trong máu. Nước tiểu, dịch khớp có thể giúp chẩn đoán sớm và theo dõi điều trị hiệu quả.

2.3.2. Chẩn đoán hình ảnh

2.3.2.1. X-quang quy ước

- Tương đối rẻ tiền và dễ thực hiện, dùng để xác định chẩn đoán hoặc loại trừ các chẩn đoán khác khi lâm sàng không chắc chắn:

+ Tổn thương các khớp không điển hình

+ Bằng chứng bệnh khác như bệnh khớp viêm, gãy xương, Paget, hoại tử, viêm khớp nhiễm trùng, u ác tính.

- X-quang thoái hóa khớp điển hình bao gồm:

+ Gai xương

+ Hẹp khe khớp

+ Xơ hóa và nang xương dưới sụn.

Phân loại thường được sử dụng để đánh giá độ nặng là phân độ theo Kellgren-Lawrence (KL) từ độ 0 - 4, trong đó từ độ 2 trở lên được chẩn đoán thoái hóa khớp.

Bảng 1: Phân độ thoái hóa khớp theo Kellgren - Lawrence (KL)

Grade	Mô tả
0	Bình thường
1	Nghi ngờ hẹp khe khớp và có thể có gai xương.

2	Chắc chắn có gai xương và nghi ngờ hẹp khe khớp.
3	Gai xương trung bình, chắc chắn hẹp khe khớp và xơ hóa hoặc biến dạng đầu xương.
4	Gai xương lớn, hẹp nặng khe khớp, xơ xóa và biến dạng rõ đầu xương.

2.3.2.2. Siêu âm khớp

Siêu âm nhạy hơn khám lâm sàng trong đánh giá tràn dịch khớp, tăng sản màng hoạt dịch, bất thường sụn khớp. Hướng dẫn điều trị trong chọc hút dịch khớp và tiêm khớp.

2.3.2.3. MRI

Các kỹ thuật cao khác như MRI có giá trị trong việc loại trừ các trường hợp hoại tử vô mạch, gãy xương mệt, gãy xương ẩn, bệnh lý nhiễm trùng hay các bệnh khớp viêm khác.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Thoái hóa gối

3.1.1. Bệnh cảnh lâm sàng

- Bệnh thường khởi phát âm thầm với đau, cứng khớp và hạn chế vận động.
- Đau khớp gối là dấu hiệu than phiền chính yếu của bệnh nhân. Đau mặt trước hoặc trong khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, đặc biệt khi chuyển tư thế từ ngồi sang đứng.
- Hạn chế vận động, khó khăn khi thực hiện động tác gập và duỗi gối. Có thể có tiếng “lạo xạo” trong khớp gối khi cử động.
- Khớp cứng và khó cử động sau khi bất động lâu, hoặc vào buổi sáng khi bắt đầu vận động, thường cải thiện nhanh sau khi người bệnh cố gắng cử động.
- Khớp gối có thể sưng to, tràn dịch nhưng hiếm khi có dấu hiệu viêm nặng (sưng nóng đỏ đau). Có thể có khối u vùng khoeo mặt sau khớp gối do thoát vị màng hoạt dịch khớp gối, còn gọi là nang Baker. Teo cơ ở mặt trước đùi do không vận động.
- Biến dạng khớp gối, thường gặp nhất là vẹo trong, chân bị lệch trục kiểu vòng kiềng (chân chữ O) hoặc kiểu chân chữ X dần dần đưa đến tình trạng mất chức năng vận động.

3.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

3.1.2.1. Lâm sàng: đau gối kèm theo ít nhất 3 trong 6 dấu hiệu sau:

- Tuổi > 50.
- Cứng khớp buổi sáng < 30 phút
- Lạo xạo khớp.
- Đau xương
- Phì đại xương.
- Sờ gối không nóng.

3.1.2.2. Lâm sàng và sinh hóa: đau gối kèm theo ít nhất 5 trong 9 dấu hiệu sau:

- Tuổi > 50.
- Cứng khớp buổi sáng < 30 phút
- Lạo xạo khớp.
- Đau xương.
- Phì đại xương.
- Sờ gôi không nóng.
- VS < 40 mm.
- RF < 1:40
- Dịch khớp đặc trưng thoái hóa khớp: dịch trong, nhớt, bạch cầu < 2000/mm³.

3.1.2.3. Lâm sàng và hình ảnh học

Đau gôi và gai xương trên x-quang khớp gôi kèm ít nhất 1 trong 3 dấu hiệu sau

- Tuổi > 50.
- Cứng khớp buổi sáng < 30 phút
- Lạo xạo khớp.

3.2. Thoái hóa cột sống thắt lưng

3.2.1. Bệnh cảnh lâm sàng

- Đau phần dưới của lưng âm ỉ, có thể khởi phát đột ngột sau mang vác nặng, cử động sai tư thế. Đau có thể liên tục hoặc từng đợt, hay tái phát.

- Đau tại chỗ, đau tăng khi thay đổi tư thế, khi vận động nhiều, khi thay đổi thời tiết.

- Những yếu tố thuận lợi cho bệnh: làm việc trong một tư thế cố định cột sống kéo dài, vận động hoặc làm việc trong một tư thế cột sống sai lệch (khom lưng, ngồi gù lưng, nằm võng hay ngồi xổm), cột sống phải chịu sự đè nén của trọng lượng cơ thể hay vật nặng, đi giày hoặc dép cao gót thường xuyên.

- Cột sống thắt lưng có thể bị biến dạng, vẹo và hạn chế một số động tác, các cơ cạnh cột sống thường co cứng.

3.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Đau lưng điển hình kèm dấu hiệu X-quang có hình ảnh hẹp đĩa đệm các đốt sống thắt lưng, đặc xương ở mặt đốt sống, hình ảnh mọc thêm xương (gai xương) ở rìa ngoài đốt sống.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích

- Giảm đau và giảm cứng khớp.
- Duy trì và cải thiện khả năng vận động khớp.
- Giảm tàn tật.
- Cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Hạn chế phá hủy khớp tiến triển.

4.2. Nguyên tắc điều trị

Luôn luôn phối hợp các biện pháp không dùng thuốc và thuốc điều trị.

4.2.1. Biện pháp không dùng thuốc: khuyến cáo cho mọi bệnh nhân

- **Can thiệp tâm lý xã hội:** hướng dẫn cho bệnh nhân kiến thức về bệnh, tham gia vào việc quyết định điều trị, điều trị các rối loạn về cảm xúc cho bệnh nhân.

- **Giảm cân:** bằng chế độ ăn và tập luyện, giảm 10% trọng lượng cơ thể (khoảng 0.5 – 1 kg/tuần) giúp cải thiện chức năng vận động khớp. Hạn chế các món ăn béo ngọt, chiên xào, không ăn nhiều vào cử tối, ăn nhiều rau, đậu trái cây đồng thời tăng thời gian vận động thể lực.

- **Liệu pháp nhiệt:** tiếp xúc nhiệt tại chỗ (nóng hoặc lạnh) hữu ích trong kế hoạch điều trị, hiệu quả với những khớp ở nông như khớp gối hơn các khớp sâu như khớp háng. Có thể sử dụng biện pháp như ngâm nước ấm hay miếng dán nhiệt, nhiệt độ không quá 45°C và không quá 30 phút.

- **Tập thể dục:** làm tăng sức mạnh của cơ và các cấu trúc quanh khớp, sử dụng các bài tập kéo căng và phù hợp.

- **Dụng cụ chỉnh hình:** nẹp gối, nẹp lưng, nẹp khuỷu tay, đệm lót chân hay giày chỉnh trực, có hiệu quả cao với các trường hợp có biến dạng lệch trục khớp.

- **Dụng cụ hỗ trợ đi lại:** gậy chống

- **Cải thiện hoạt động hàng ngày:** thay đổi điều kiện làm việc, thay đổi thói quen xấu để giảm bớt lực tỳ đè kéo dài lên sụn khớp và đĩa đệm cột sống, duy trì nếp sống trẻ trung, lành mạnh, vận động thường xuyên.

- **Các biện pháp khác:** những biện pháp không quy ước khác như: kích thích điện qua da, trường sóng điện từ, châm cứu, spa trị liệu hay yoga,...

4.2.2. Biện pháp dùng thuốc

4.2.2.1. Tác nhân tại chỗ

- Kem capsaicin bôi ngoài da 0.025% - 0.075%: được bào chế từ cây ớt, tác dụng làm giảm chất P tham gia vào quá trình dẫn truyền cảm giác đau, thoa khớp 4 lần/ngày chứng minh lâm sàng có hiệu quả giảm đau trong thoái hóa gối, bàn tay. Tránh bôi lên mắt, niêm mạc, vùng da dễ kích ứng.

- Gel NSAID thoa tại chỗ: Diclofenac gel thoa khớp.

- Lidocaine 5% thoa tại chỗ: tác dụng giảm đau kéo dài 12 giờ.

4.2.2.2. Tác nhân toàn thân

- **Thuốc giảm đau không gây nghiện:** Acetaminophen là lựa chọn đầu tay trong giảm đau do thoái hóa khớp, do tính an toàn và chi phí thấp, liều tối đa 4g/ngày, có thể sử dụng đơn thuần hay phối hợp với các opioid nhẹ như Paracetamol + codein, paracetamol + tramadol.

- **Các thuốc kháng viêm không có Steroid** (NSAIDS), khi dùng các thuốc giảm đau đơn thuần không có hiệu quả hoặc khi có các đợt viêm, xung huyết. Các thuốc thường sử dụng trong thoái hoá khớp là các thuốc được xếp vào loại an toàn hơn như:

+ Nhóm Coxibs: Celecoxib (Celebrex), Etoricoxib (Arcoxia),...giúp giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.

+ Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac (Voltarène) Meloxicam (Mobic) Tenoxicam (Tilcotil). Các thuốc này khi dùng dài ngày, thường được khuyến cáo dùng kèm một loại thuốc bảo vệ dạ dày.

- **Thuốc giảm đau có tính gây nghiện**: sử dụng khi bệnh nhân không đáp ứng giảm đau đầy đủ với các liệu pháp không dùng thuốc và dùng thuốc khác và không có nguyên nhân gây đau đặc hiệu nào khác (như đau xơ cơ - Fibromyalgia) như codein, propoxyphen, tramadol, oxymorphone, fentanyl.

4.2.2.3. Tác nhân nội khớp

- Corticosteroid

- Hyaluronic acid (Hyaluronan - Synvisc® Hylan G - F20,...). Chích nội khớp

4.2.3. Can thiệp ngoại khoa: chỉ định khi triệu chứng lâm sàng không cải thiện với điều trị nội khoa tích cực

- Rửa khớp

- Nội soi điều trị

- Các thủ thuật chỉnh sửa xương, khớp (Osteotomy):

- Thay khớp (Joint replacement surgery - joint arthroplasty)

- Điều trị tái tạo sụn

- Liệu pháp tế bào gốc (cell therapy)

5. PHÒNG BỆNH

- Bổ sung dinh dưỡng đầy đủ, đặc biệt là Calci và vitamin C, D từ các loại thịt, cá, trứng, sữa, ngũ cốc, các loại hạt, rau xanh, trái cây,... để giúp xương khớp khỏe mạnh. Đồng thời, chú ý điều chỉnh cân nặng phù hợp, tránh béo phì.

- Không mang vác vật nặng hoặc thực hiện các động tác quá sức và đột ngột. Tránh các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động như đứng nhiều, ngồi nhiều, cúi gập người quá nhiều, gập gối, ngồi xổm, leo trèo,... để giảm các lực tỳ đè không hợp lý lên sụn khớp và đĩa đệm.

- Thường xuyên vận động và luyện tập thể thao với các bài tập phù hợp, vừa sức như tập dưỡng sinh, bơi lội, đi bộ, chạy bộ, đạp xe đạp,... để nâng cao sức khỏe xương khớp, giúp các khớp trở nên linh hoạt dẻo dai.

- Khám sức khỏe định kỳ để theo dõi và phát hiện sớm các dị tật, di chứng do chấn thương hay các dấu hiệu bất thường của bệnh cột sống và xương khớp. Từ đó, có phương pháp điều trị kịp thời và hiệu quả, ngăn chặn tiến triển của bệnh.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi vị trí đau và tính chất đau
 - + Đau ở khớp nào? Thời gian đau?
 - + Có dấu hiệu cứng khớp vào buổi sáng?
 - + Vận động ở mức độ hạn chế? Có tự phục vụ mình (đi lại, tắm rửa, mặc quần áo,...) hay không?
 - + Có sốt? Có chán ăn, giảm cân không?
- Quan sát và khám thực thể
 - + Quan sát khớp viêm có đối xứng hay không? Xem khớp có sưng không?
 - + Quan sát các cơ vùng viêm có teo không? Có loạn dưỡng cơ, yếu cơ không?
 - + Sờ khớp viêm đánh giá nhiệt độ.
 - + Xem có phù nề, tràn dịch khớp, sờ điểm đau?

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Bệnh nhân đau và khó chịu liên quan đến viêm khớp.
- Giảm khả năng vận động do hạn chế vận động khớp.
- Bệnh nhân lo lắng bệnh tật do đau khớp kéo dài làm giảm khả năng lao động.
- Những thay đổi về dinh dưỡng do thức ăn chưa hợp lý.

6.3. Kế hoạch chăm sóc

- Giảm hoặc hết đau, hết khó chịu cho bệnh nhân.
- Tăng khả năng lao động.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.4.1. Làm giảm hoặc hết đau, hết khó chịu cho bệnh nhân

- Vị trí và tư thế bệnh nhân: để bệnh nhân và các khớp đau ở tư thế thích hợp, giúp bệnh nhân đỡ đau, dễ chịu.
- Bất động và nghỉ ngơi: giảm đau, giải phóng cho khớp khỏi sức nặng cơ thể.
- Áp dụng nhiệt trị liệu.
 - + Chườm nóng: có tác dụng giảm đau, giảm viêm và co cơ (Phương pháp tắm hơi nóng, chườm nóng, đắp parafin).
 - + Chườm lạnh: bệnh nhân chườm nóng đau tăng lên thì chườm lạnh (phương pháp: chườm bằng túi đá).
- Phương pháp trợ giúp: nạng, thanh nẹp, dùng đế chống đỡ và cố định khớp ở tư thế cơ năng.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc giảm đau: Diclophenac, Corticoid,...

Tất cả các thuốc chữa viêm khớp dạng thấp đều gây nhiều tác dụng phụ, gây nhiều tai biến đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa nên phải theo dõi và tránh lạm dụng thuốc.

6.4.2. Tăng cường khả năng vận động của khớp và hoạt động của cơ thể

- Điều dưỡng phải hướng dẫn bệnh nhân vận động sớm khi khớp đã giảm đau nhiều, đòi hỏi phải luyện tập vận động, xoa bóp sớm và thường xuyên để làm tăng sức mạnh của cơ, tránh teo cơ, cứng khớp.

- Hướng dẫn và giúp đỡ bệnh nhân tự chăm sóc một cách độc lập.

- Hướng dẫn bệnh nhân tự thực hiện một số công việc như tự chải đầu, tự xúc ăn, tắm rửa,....

6.4.3. Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho bệnh nhân

Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp hay lo sợ, buồn rầu, bi quan hoặc cáu kỉnh nên điều dưỡng cần kết hợp cùng gia đình bệnh nhân hiểu và thông cảm cho bệnh nhân, cổ vũ động viên sự lạc quan tin tưởng, khuyên bệnh nhân chịu khó tập luyện tránh tàn phế

6.4.4. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thường chán ăn, mệt mỏi và thiếu máu nhẹ,...nên giúp đỡ họ bằng biện pháp sau:

- Hướng dẫn cho bệnh nhân biết cách lựa chọn thức ăn để cung cấp nhiều năng lượng như: chọn thực phẩm nhiều protein, rau quả tươi, các Vitamin, sắt để giúp phục hồi tổ chức.

- Khuyên bệnh nhân ăn chia làm nhiều bữa nhỏ, ăn những thức ăn có nhiều giá trị dinh dưỡng cao như thịt nạc, trứng, sữa,....

- Đối với bệnh nhân quá béo, cần hướng dẫn ăn giảm trọng lượng vì tăng trọng lượng làm tăng thêm gánh nặng cho khớp và càng làm khớp tổn thương thêm.

6.5. Đánh giá chăm sóc

Những kết quả mong muốn cho bệnh nhân là:

- Hết đau các khớp, tăng cường khả năng hoạt động.

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

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Bệnh thoái hóa khớp, chụp x - quang có hình ảnh nào sau đây?

A. Hẹp khe khớp

B. Đặc xương dưới sụn

C. Mọc gai xương

D. Câu A, B, C đúng

Câu 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thoái hóa khớp, ngoại trừ:

A. Sưng tấy đỏ ổ khớp

- B. Đau ổ khớp
- C. Hạn chế vận động
- D. Biến dạng khớp

Câu 3. Thoái hóa khớp nguyên phát thường gặp ở lứa tuổi:

- A. 30 - 40 tuổi
- B. 40 - 50 tuổi
- C. 50 - 60 tuổi
- D. Trên 60 tuổi

Câu 4. Trong thoái hóa khớp, thành phần ít bị thay đổi nhất là:

- A. Đầu xương dưới sụn
- B. Màng hoạt dịch
- C. Sụn khớp
- D. Dịch khớp

Câu 5. Tổn thương sụn khớp không phù hợp với bệnh thoái hóa khớp:

- A. Sụn khớp trở nên khô mềm
- B. Mỏng và nứt rạn
- C. Tế bào sụn tăng sinh
- D. Có thể có những vết loét

Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ALZHEIMER

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Kể được nguyên nhân, triệu chứng và các nguy cơ dẫn đến bệnh Alzheimer.
- 1.2. Kể được các tầm soát, biến chứng và phòng ngừa bệnh Alzheimer.

2. Kỹ năng

- 2.1. Vận dụng kiến thức đã học để nhận định đúng người bệnh Alzheimer trên lâm sàng.
- 2.2. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh Alzheimer.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được bệnh Alzheimer, từ đó có tác phong nhanh nhẹn, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc người bệnh
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự khó chịu của người bệnh Alzheimer.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Alzheimer là bệnh mất trí phổ biến nhất hiện nay. Bệnh không chữa được, có tính thoái hóa và gây tử vong. Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi trên 65, tuy nhiên một số trường hợp có thể phát bệnh sớm hơn rất nhiều. Tỷ lệ người mắc Alzheimer đang ngày càng tăng và dự đoán sẽ là 1/85 vào năm 2050. Vậy nguyên nhân, triệu chứng bệnh Alzheimer là gì?

2. NGUYÊN NHÂN

- Hiện nay, chưa có một nguyên nhân nào xác định chính xác được nguyên nhân gây ra bệnh Alzheimer. Tuy nhiên, một số giả thiết cho rằng, sự tích tụ các protein cùng họ với Amyloid beta dẫn đến hình thành các “đám rối sợi thần kinh” bên trong tế bào thần kinh. Các vi ống tế bào tan rã làm chết tế bào dẫn đến hỏng hệ thống hoạt động của hệ thần kinh.

- Một giả thuyết khác là sự phá hủy Myelin trong quá trình lão hóa dẫn đến giảm khả năng dẫn truyền trong trục thần kinh dẫn đến phá hủy các nơron.

- Ngoài ra, một nguyên nhân có thể là do rối loạn quá trình sản xuất và hoạt động của các chất oxy hóa trong cơ thể. Trong một số trường hợp virus *Herpes simplex* loại 1 có thể gây bệnh ở người mang gen APOE mẫn cảm với virus này.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Alzheimer là bệnh lý phức tạp có thể chịu ảnh hưởng nhiều yếu tố khác nhau:

- Tuổi tác: bệnh thường xuất hiện ở những người trên 65 tuổi, nhưng đôi khi cũng thấy ở bệnh nhân dưới 40 tuổi (hiếm) tuổi trung bình của bệnh 80.

- Giới: nữ giới dễ bị hơn nam giới.

- Yếu tố di truyền: nguy cơ tăng lên nếu trong gia đình có người thân (cha, mẹ, anh, chị, em ruột) mắc bệnh này. Cơ chế gen và di truyền hiện vẫn còn là một dấu hỏi lớn nhưng các nhà khoa học đã phát hiện một số biến đổi gen làm tăng cao nguy cơ bệnh trong một số gia đình.

- Dân tộc: người da trắng ít mắc bệnh hơn người Mỹ gốc Phi, người Châu Á cũng ít mắc bệnh hơn các Châu khác.

- Yếu tố môi trường: người ta cho rằng yếu tố môi trường cũng ảnh hưởng đến bệnh Alzheimer (ví dụ: người Nhật sống tại Mỹ có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn người Nhật sống tại Nhật), nhiễm trùng, nhiễm kim loại (người ta phát hiện kẽm, đồng, nhôm lắng đọng trong mô não người bệnh Alzheimer).

- Người có huyết áp cao, tăng Cholesterol máu: có nguy cơ cao bệnh Alzheimer.

- Hội chứng Down: người bệnh hội chứng này sẽ bị Alzheimer khi sống đến tuổi 40 và những bà mẹ sinh con bị Down sẽ có nguy cơ cao bị Alzheimer.

- Ngoài ra một số yếu tố khác đã được xác định có liên quan đến Alzheimer là homocysteine, sự thiếu hụt vitamin nhóm B, trầm cảm, chấn thương đầu, nhóm người có điều kiện kinh tế kém và học vấn thấp.

4. TẦM SOÁT BỆNH ALZHEIMER

Hiện chưa có xét nghiệm để chẩn đoán xác định bệnh Alzheimer. Do vậy chỉ có thể chẩn đoán bệnh bằng cách loại trừ tất cả các nguyên nhân có thể gây mất trí nhớ.

Để giúp ích cho chẩn đoán Alzheimer từ nhiều nguyên nhân gây mất trí nhớ, người ta dựa vào những yếu tố sau:

- Tiền sử bệnh: hỏi kỹ về tình trạng sức khỏe chung và các vấn đề bệnh lý xảy ra trước đây, nhất là những vấn đề xảy ra trong các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Cần thu thập thêm thông tin từ người thân, bạn bè của bệnh nhân.

- Các xét nghiệm thường quy: xét nghiệm máu, nước tiểu giúp thầy thuốc có thể loại trừ những nguyên nhân gây sa sút trí tuệ khác.

- Các test tâm thần: các test này dùng để đánh giá trí nhớ, khả năng giải quyết vấn đề, khả năng chú ý, kỹ năng đếm và ngôn ngữ.

- Các test này giúp cho bác sỹ lượng giá chính xác khả năng nhận thức của bệnh nhân. Ví dụ, bác sỹ có thể kiểm tra trí nhớ gần và trí nhớ dài hạn bằng cách hỏi: hôm nay là ngày gì? Chiến tranh Thế Giới thứ II xảy ra năm nào? Các test nhắc lại cũng là một ví dụ. Bác sỹ liệt kê tên những người thân trong gia đình bệnh nhân, bệnh nhân nhắc lại ngay rồi lặp lại sau 5 phút.

- Kiểm tra não bộ bằng chụp cắt lớp điện toán CT scanner, chụp cộng hưởng từ hạt nhân MRI, chụp phát xạ positron PET, dựa vào đó có thể định vị được những bất thường có thể thấy được.

- Nhờ vào những phương pháp này, các thầy thuốc có thể chẩn đoán chính xác đến 90% các trường hợp Alzheimer. Chẩn đoán chính xác 100% chỉ có thể qua phương pháp phẫu tích não bộ tử thi để tìm các mảng và đám rối (đều không thể thực hiện khi bệnh nhân còn sống).

- Những xét nghiệm về gen và di truyền học vẫn còn trong vòng thử nghiệm. Thử nghiệm máu cho biết rằng một người có mang gen bất thường có thể có liên quan với Alzheimer mà không thể cho biết người mang các gen đó sẽ tiến triển thành bệnh.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Mọi người ai cũng thỉnh thoảng có lúc bị làm lẫn và mắc sai sót về trí nhớ, hết sức bình thường, nếu chúng ta quên tên của một người mà chúng ta hiếm khi gặp mặt. Nhưng điều này sẽ không phải là một chuyện bình thường cùng với tuổi tác, khi chúng ta quên ngay cả những đồ vật hàng ngày và tên những người thân trong gia đình mình.

Bệnh Alzheimer là một tiến trình thoái hóa bệnh lý của não bộ vượt qua giới hạn của sự quên thông thường. Nó có thể bắt đầu sự rối loạn và mất trí nhớ nhẹ nhàng, nhưng dần dần dẫn đến sự suy giảm trí tuệ không hồi phục, tàn phá khả năng nhớ, lý luận, học tập và trí tưởng tượng của người bệnh.

Phần lớn bệnh nhân Alzheimer đều có những dấu hiệu chung như sau:

- Tính hay quên liên tục và tăng dần: bệnh Alzheimer khởi đầu bằng một giai đoạn quên, đặc biệt là quên những sự việc mới diễn ra hoặc những việc đơn giản, nhưng về sau triệu chứng quên cứ tồn tại và tăng dần. Bệnh nhân thường quên các cuộc nói chuyện, quên các đồ vật, đặt sai vị trí của chúng, thường đặt chúng không đúng theo logic và công dụng. Bệnh nhân thường quên bạn bè, rồi cuối cùng quên hẳn tên người thân trong gia đình và tên các đồ dùng thông thường như cây lược, đồng hồ,....

- Khó khăn trong suy nghĩ và trừu tượng: bệnh nhân Alzheimer gặp rắc rối với sổ tiết kiệm của họ, nhất là phải nhận ra và hiểu các con số.

- Khó khăn trong tìm kiếm ngôn từ chính xác để diễn đạt: thật là một thử thách lớn lao cho các bệnh nhân Alzheimer khi phải tìm kiếm các từ ngữ chính xác để diễn đạt những suy nghĩ của mình và ngay cả chỉ để hiểu kịp các cuộc nói chuyện. Việc đọc và viết cũng gặp khó khăn.

- Mất định hướng: bệnh nhân Alzheimer bị mất định hướng về thời gian và không gian, họ không nhớ rõ ngày giờ, bị lạc trong chính ngôi nhà của mình. Sau cùng bệnh nhân hay đi lang thang ra khỏi nhà.

- Mất khả năng phân tích và suy xét: việc giải quyết các vấn đề xảy ra hàng ngày (làm thế nào để biết thức ăn trên bếp lò bị cháy) trở nên rất khó khăn. Bệnh nhân Alzheimer giờ đây gặp trở ngại lớn trong việc thực hiện những công việc đòi hỏi phải có kế hoạch, những quyết định và suy xét.

- Thực hiện các công việc quen khó khăn: bệnh nhân quên cả cách thực hiện những công việc quen thuộc hàng ngày như nấu ăn, đánh răng,....

- Thay đổi nhân cách: người bệnh có tính khí thay đổi thất thường, họ hoài nghi hết mọi người, cố chấp và cách ly với xã hội. Trầm cảm hay đi đôi với bệnh Alzheimer, mất ngủ cũng thường xảy ra. Khi bệnh tiến triển nặng, bệnh nhân trở nên khó tính hay kích động và cư xử không phù hợp.

- Diễn hình, những người thân của bệnh nhân Alzheimer ghi nhận sự thay đổi dần dần không phải đột ngột. Đến khi bệnh tiến triển, các triệu chứng ngày càng nặng lên buộc bệnh nhân hoặc người nhà phải tìm đến sự giúp đỡ của thầy thuốc. Nhiều bệnh nhân Alzheimer cũng nhận ra rằng trí nhớ của mình có vấn đề, có thể sẽ rất nặng nề.

- Quá trình bệnh lý xảy ra nhanh hay chậm tùy thuộc rất nhiều vào từng cá thể. Từ triệu chứng quên đơn giản đến lúc sa sút trí tuệ nặng nề có thể kéo dài 5 năm, nhưng cũng có người đến 10 năm hoặc lâu hơn.

- Bệnh Alzheimer thường diễn tiến từ nhẹ đến vừa, đến nặng. Bệnh nhân còn ở giai đoạn nhẹ thường có thể sống một mình được và có thể xử lý công việc khá tốt. Ở giai đoạn vừa người bệnh sẽ gặp khó khăn lớn nếu không có người giúp đỡ; còn ở giai đoạn cuối thường không thể tự chăm sóc bản thân họ được.

Các nhà nghiên cứu gọi giai đoạn mất trí nhớ là giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ, hay giai đoạn tiền Alzheimer. Giai đoạn này là thời khoảng giao nhau giữa những triệu chứng suy giảm trí nhớ bình thường do tuổi già và những triệu chứng nhẹ đầu tiên của Alzheimer.

Bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ, mất trí nhớ vượt quá ngưỡng bình thường ở tuổi của họ, nhưng chưa phải là sa sút trí tuệ của Alzheimer. Việc phân loại dạng mất trí nhớ này giúp các chẩn đoán chính xác hơn để hỗ trợ hữu hiệu cho người bệnh. Nó giúp cảnh báo cho bệnh nhân nguy cơ cao phát triển bệnh Alzheimer.

6. BIẾN CHỨNG: hầu hết bệnh nhân Alzheimer không tử vong do bệnh chính mà thường do các bệnh kèm theo, như viêm phổi hoặc các nhiễm trùng khác.

- Ở bệnh nhân Alzheimer giai đoạn nặng, bệnh nhân mất tất cả các khả năng tự chăm sóc cho bản thân. Họ ăn uống khó khăn, không kiểm chế hoặc không thể kiểm soát bước đi và thường đi lang thang khỏi nhà.

- Mất các khả năng kiểm soát này làm tăng nguy cơ mắc các bệnh như viêm phổi. Khó nuốt thức ăn và các dịch uống làm bệnh nhân dễ hít các chất này vào phổi, gây ra viêm phổi hít.

- Nhiễm trùng: bệnh nhân thường đi tiểu không tự chủ nên phải đặt thông tiểu, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường niệu, nếu không được điều trị sẽ càng nặng hơn, có thể đe dọa mạng sống bệnh nhân.

- Té ngã và các biến chứng: người bệnh thường mất định hướng và dễ dàng vấp ngã, làm tăng nguy cơ gãy xương. Hơn nữa, té ngã thường làm chấn thương đầu nặng, như xuất huyết nội sọ, bệnh nhân phải chịu phẫu thuật nằm viện dài ngày, càng làm tăng nguy cơ huyết khối trong não, tim, phổi, loét da do tư thế,...tất cả đều đe dọa mạng sống người bệnh.

7. ĐIỀU TRỊ BỆNH ALZHEIMER (tham khảo)

7.1. Các biện pháp chung

- Tạo môi trường tâm lý xã hội cho người cao tuổi. Không nên thay đổi chỗ ở, tạo điều kiện cho họ tham gia sinh hoạt các câu lạc bộ sức khỏe ngoài trời, câu lạc bộ người cao tuổi.

- Chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý, cung cấp đầy đủ các yếu tố vi lượng như calci, phospho. Tránh lạm dụng bia rượu, thuốc lá,....

- Điều trị các bệnh kết hợp như bệnh phổi, bệnh tim mạch, đái tháo đường,....

7.2. Điều trị bằng thuốc (tham khảo)

- Các chất cholinergic: Rivastigmine (exelon) là một chất ức chế men Acetylcholinesterase, thuốc có tác dụng chọn lọc trên enzym đích ở hồi hải mã và vỏ não, những vùng này ảnh hưởng nhiều nhất trong bệnh Alzheimer. Thuốc exelon nói chung dung nạp tốt, nhưng vẫn có vài tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, nhịp tim chậm.

- Ngoài ra, còn sử dụng các thuốc như Nivalin, Gliatilin cũng cho kết quả khả quan. Các thuốc trên chỉ có tác dụng làm chậm sự tiến triển của bệnh Alzheimer chứ không điều trị khỏi bệnh.

- Nếu bệnh nhân có các triệu chứng trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác đi kèm thì cần điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm (nhóm SSRI) và thuốc an thần (thuốc an thần mới). Việc điều trị này phải do bác sỹ chuyên khoa tâm thần đảm nhiệm. Liều thuốc chỉ dùng bằng 1/3 đến 1/2 liều người lớn thông thường. Khi bệnh nhân có kích động, trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác nặng thì phải nhập viện điều trị.

8. PHÒNG CHỐNG BỆNH ALZHEIMER

Các nghiên cứu dịch tễ đưa ra kết luận rằng các hoạt động như đánh cờ hoặc những mối tương tác xã hội có khả năng làm giảm nguy cơ mắc bệnh, mặc dù không tìm thấy được mối quan hệ nhân quả nào.

Hiện nay không có bất kỳ một bằng chứng dứt khoát nào hỗ trợ đặc biệt hiệu quả cho các biện pháp ngăn chặn hoặc trì hoãn sự khởi đầu của bệnh, tuy nhiên các nghiên cứu dịch tễ học đã đề xuất mối quan hệ giữa các yếu tố nhất định, chẳng hạn mối liên hệ giữa chế độ ăn uống, nguy cơ tim mạch, các sản phẩm dược phẩm, sản phẩm công nghệ thông tin, với khả năng số bệnh nhân ngày một tăng.

Mặc dù các yếu tố tim mạch, như tăng Cholesterol, cao huyết áp, tiểu đường, và hút thuốc lá, được liên kết với một nguy cơ khởi phát và phát triển bệnh Alzheimer, nhưng

Statin là thuốc làm giảm Cholesterol vẫn chưa chứng minh được hiệu quả trong việc ngăn ngừa hoặc cải thiện tiến trình phát triển bệnh. Chế độ ăn kiêng của người vùng Địa Trung Hải, trong đó bao gồm trái cây và rau quả, bánh mì, lúa mì và ngũ cốc khác, dầu ô liu, cá và rượu vang đỏ có thể làm giảm rủi ro mắc bệnh Alzheimer.

Việc sử dụng vitamin không tìm thấy bằng chứng đủ hiệu quả để khuyến cáo trong việc phòng ngừa và chữa trị bệnh: như vitamin C, E, hoặc acid folic, có hoặc không có vitamin B₁₂. Thử nghiệm kiểm tra acid folic (B₉) và vitamin B khác không cho thấy bất kỳ liên kết quan trọng với suy giảm nhận thức.

Những người tham gia vào các hoạt động trí tuệ như đọc sách, chơi trò chơi hội đồng, hoàn thành câu đố ô chữ, chơi nhạc cụ, hoặc tương tác xã hội thường xuyên cho thấy giảm nguy cơ mắc bệnh Alzheimer. Điều này tương thích với các lý thuyết dự trữ nhận thức, trong đó nêu rằng một số kinh nghiệm đời sống cho kết quả hoạt động thần kinh hiệu quả hơn việc cung cấp dự trữ một nhận thức cá nhân trong sự trì hoãn việc khởi đầu của những biểu hiện mất trí nhớ.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ALZHEIMER

Bệnh Alzheimer không thể chữa trị được và dần dần nó sẽ làm cho người bệnh không có khả năng đáp ứng những nhu cầu riêng của họ, cho nên việc chăm sóc bệnh nhân là một thử thách lớn. Sự suy sụp chậm chạp và không rõ giới hạn đòi hỏi người chăm sóc phải rèn luyện tính nhẫn nại, sự hiểu biết, tình thương và óc sáng tạo. Mấu chốt của việc chăm sóc là tập trung vào những công việc mà người bệnh Alzheimer vẫn còn thấy thích thú.

- Trợ giúp về trí nhớ: nhằm hỗ trợ cho người bệnh khả năng độc lập. Ví dụ như: viết ra cho bệnh nhân danh sách các công việc đơn giản như cách pha cà phê, cách sử dụng điện thoại.

- Nhà ở: yên tĩnh tạo cảm giác yên bình và thoải mái. Vị trí lạ, ồn ào, đông người tạo cảm giác bất an, lo âu cho bệnh nhân.

- Giám sát chặt chẽ: tránh để bệnh nhân đi lang thang. Sự đi lại của bệnh nhân có thể chỉ đơn giản là họ đang tìm kiếm một vật gì đó như đang tìm nhà tắm hay đang cố thực hiện một công việc có ý nghĩa. Nên dùng thẻ bỏ túi đơn giản có ghi số điện thoại và câu "***hãy gọi về nhà***" hoặc đeo vòng tay cho bệnh nhân có ghi rõ tên và số điện thoại để tiện liên lạc với người thân,....

- Xếp đặt thời gian buổi tối có trình tự: thái độ hành vi của người bệnh Alzheimer vào buổi tối thường xấu đi. Thiết lập giờ nghỉ ngơi ổn định và yên tĩnh, tránh xa tiếng ồn tivi, những bữa ăn tối và các thành viên hiếu động trong gia đình

- Tăng cường giao tiếp: khi nói chuyện với người bệnh Alzheimer, nên gần để họ có thể thấy, cầm tay hoặc vai để thực hiện sự chăm sóc thân mật. Nói chậm rãi, câu từ đơn giản và đừng giục họ trả lời.

- Tạo một môi trường an toàn: sắp xếp đồ đạc vào những vị trí cố định, tránh lộn xộn và yên tĩnh. Khóa tủ thuốc, rượu, vật sắc nhọn, các chất có thể gây ngộ độc, các vật dụng và công cụ nguy hiểm. Dời các dụng cụ điện tránh xa nhà tắm để ngừa sự cố.

- Tập các bài tập kết hợp: có thể đem lại lợi ích cho người bệnh lẫn người thường trước những thử thách của cuộc sống hàng ngày, những người thân trong gia đình cần phải có những dự định trước trong chăm sóc và xử thế với người bệnh, càng sớm càng tốt. Cần phải trả lời những câu hỏi như:

+ Bệnh nhân Alzheimer có thể làm việc hay sống một mình trong bao lâu?

+ Khả năng chăm sóc bệnh nhân trong giai đoạn nặng của người thân và gia đình đến mức độ nào?

+ Khả năng kinh tế của gia đình có thể đảm đương việc chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân Alzheimer tại nhà không?

- Khi bệnh tiến triển, các vấn đề y tế khác nhau có thể xuất hiện, chẳng hạn như bệnh răng miệng, loét áp lực, suy dinh dưỡng, các vấn đề vệ sinh, da, hô hấp, hoặc nhiễm trùng mắt. Chăm sóc cẩn thận có thể ngăn chặn chúng./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thay đổi nhân cách ở người bệnh Alzheimer, ngoại trừ:

- A. Hoài nghi hết mọi người
- B. Dễ chịu và thích gần gũi với xã hội
- C. Mất ngủ thường xảy ra
- D. Trầm cảm

Câu 2. Thay đổi nhân cách ở người bệnh Alzheimer, ngoại trừ:

- A. Hoài nghi hết mọi người
- B. Dễ chịu và thích gần gũi với xã hội
- C. Mất ngủ thường xảy ra
- D. Trầm cảm

Câu 3. Bệnh nhân Alzheimer ở giai đoạn nặng thường biểu hiện:

- A. Mất tất cả khả năng tự chăm sóc cho bản thân
- B. Ăn uống khó khăn
- C. Không kèm chế hoặc không thể kiểm soát bước đi
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 4. 50. Bệnh Alzheimer có các triệu chứng, ngoại trừ:

- A. Giảm khả năng vận động
- B. Tính hay quên và tăng dần
- C. Mất định hướng
- D. Khó khăn trong suy nghĩ

Câu 5. Nguy cơ nào sau đây thường gặp trong bệnh Alzheimer?

- A. Tiêu chảy
- B. Té ngã
- C. Suy kiệt
- D. Hôn mê

Bài 5: DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các nhu cầu năng lượng các chất glucid, protid, lipid, vitamin và chất khoáng.
- 1.2. Trình bày được các yếu tố làm tăng tuổi thọ và chế độ ăn của người cao tuổi.

2. Kỹ năng

- 2.1. Vận dụng kiến thức đã học vào hướng dẫn chế độ ăn của người cao tuổi.
- 2.2. Phát hiện sớm và lập kế hoạch chăm sóc các dấu hiệu bất thường về dinh dưỡng của người cao tuổi.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được dinh dưỡng là quan trọng cho người cao tuổi, từ đó có chế độ dinh dưỡng hợp lý và an toàn.
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự khó chịu của bệnh nhân cao tuổi về dinh dưỡng.

NỘI DUNG

1. NHU CẦU DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Ở người cao tuổi, các hoạt động chuyển hóa và dinh dưỡng có nhiều biến đổi. Khái niệm người già gắn liền với sự suy yếu. Khả năng thụ cảm của người cao tuổi bị giảm: mắt nhìn kém, mũi ngửi kém, vị giác và xúc giác không nhạy, ảnh hưởng đến ăn không ngon miệng. Bên cạnh đó sự thay đổi ở hệ thống tiêu hóa, hệ thống bài tiết, hệ tim mạch đều ảnh hưởng đến chuyển hóa và hấp thu. Nhưng điều quan trọng hơn cả là sự hoạt động của hệ thần kinh. Ở người tuổi khỏe mạnh, hệ thần kinh hoạt động tốt thì dù có sự suy yếu trên nhưng cơ thể vẫn có khả năng tự điều chỉnh, thích nghi được tốt và người nhiều tuổi vẫn có thể ăn uống, tiêu hóa được bình thường.

1.1. Nhu cầu năng lượng

Người cao tuổi hoạt động ít hơn, khối cơ của người cao tuổi cũng giảm đi khoảng 1/3 so với tuổi trẻ. Với một người 70 tuổi, nhu cầu năng lượng giảm đi khoảng 30% so với 20 tuổi. Do đó người cao tuổi phải ăn ít hơn lúc còn trẻ. Nếu thấy ăn vẫn ngon miệng, ăn quá thừa sẽ mắc bệnh béo phì. Để sống khỏe mạnh và tăng tuổi thọ, người cao tuổi nên thường xuyên kiểm tra cân nặng cơ thể.

Công thức Lorents để tính trọng lượng: - Đối với nam: $P = h - 100 - (h - 150)/4$

- Đối với nữ : $P = h - 100 - (h - 150)/2$

Có thể dùng công thức đơn giản để tính trọng lượng:

$$P = 50 + 5.75 (h - 150)$$

Trong đó: P: là trọng lượng cơ thể tính bằng kg;

h: là chiều cao tính bằng cm.

Đơn giản hơn nữa lấy chiều cao tính bằng cm trừ đi 100 rồi lấy 9/10 của trọng lượng đó. Ví dụ một người cao 160 cm trừ đi 100 còn 60, lấy 9/10 của 60 là 54 kg.

Gần đây, WHO khuyên dùng chỉ số khối cơ thể (body mass index) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng

$$BMI = \text{cân nặng} / \text{Chiều cao bình phương (m)}$$

BMI của người Việt Nam:

- BMI < 18.5 : là thiếu cân, thiếu năng lượng trường diễn
- BMI từ 18.5 - 22.99 : là bình thường
- BMI từ 23 - 24.99 : là thừa cân
- BMI > 25 : là béo phì

1.2. Nhu cầu về đường (glucid)

- Tuổi càng cao càng giảm sức chịu đựng đối với chất ngọt, ở người tuổi trên 60 tỷ lệ đái tháo đường cao hơn 8 - 10 lần so với dân cư chung.

- Đối với người cao tuổi cần hạn chế ăn đường, hạn chế uống nhiều nước ngọt, ăn nhiều bánh kẹo. Chất ngọt là chất cung cấp trực tiếp năng lượng cho cơ thể, nên dùng chất ngọt (glucid) từ nguồn chất bột như cơm, bánh mì,... vì chất ngọt này được tiêu hóa, hấp thu, dự trữ ở cơ thể và chỉ giải phóng ra từ từ đưa vào máu theo nhu cầu hoạt động của cơ thể nên không làm tăng đường huyết đột ngột.

1.3. Chuyển hóa chất béo (lipid)

- Cơ thể thừa lipid sẽ chuyển thành mỡ dự trữ. Ở người cao tuổi hoạt động của men lipase phân giải chất mỡ giảm dần theo tuổi và cơ thể dễ có xu hướng thừa mỡ trong máu, Cholesterol trong máu tăng, dễ gây rối loạn chuyển hóa mỡ và cũng là tiền đề dẫn đến xơ vữa động mạch.

- Hạn chế kcalo trong khẩu phần ăn, giảm mỡ động vật, hạn chế đường, bột muối, ăn nhiều rau quả.

1.4. Chuyển hóa chất đạm (protid)

Ở người cao tuổi tiêu hóa hấp thu protein kém, khả năng tổng hợp của cơ thể cũng giảm. Do đó dễ xảy ra trạng thái thiếu protein cho nên cần chú ý đảm bảo protein cho người cao tuổi. Chế độ ăn phù hợp trong việc cung cấp đạm cho người cao tuổi là:

Tóm lại: người cao tuổi nên ăn ít thịt, nhất là thịt mỡ, ăn thêm nhiều bữa cá trong tuần và tăng cường sử dụng nhiều nguồn đạm thực vật như đậu nành, các loại đậu. Các nguồn này ít thối rữa và nhiều chất xơ, các chất xơ trong thức ăn có tác dụng giữ Cholesterol thừa trong ống và sau đó thải ra theo phân.

1.5. Chuyển hóa nước, vitamin và chất khoáng

Người cao tuổi thường giảm nhạy cảm đối với cảm giác khát nước, vì thế cần có ý thức đề phòng thiếu nước và có chế độ cho người cao tuổi uống nước vào những buổi

nhất định (ví dụ: uống trà buổi sáng, buổi trưa, buổi tối), trong mùa hè cần tăng cường số lần cho uống nước.

Đối với người cao tuổi, cần chú ý tới hoạt động của các gốc tự do free radical (FR) trong cơ thể. Tổn thương do các gốc tự do gây ra thường gặp là bệnh xơ vữa động mạch, bệnh đái tháo đường, bệnh nha chu viêm, bệnh ung thư,....

Để chống lại các gốc tự do, cần tăng cường các gốc chống oxy hóa (AO) có trong các loại rau quả có vitamin E, vitamin C, beta carotene, vitamin PP, vitamin nhóm B, các chất khoáng K, Mg, Zn, Cu, S, Fe,....

2. TRÁNH LÀM GIẢM TUỔI THỌ

“ Nghệ thuật tăng tuổi thọ đó là nghệ thuật tránh làm giảm tuổi thọ ”

Cần làm giảm sản sinh ra gốc tự do và làm tăng chất oxy hóa trong cơ thể, cụ thể cần tránh làm giảm tuổi thọ bằng các biện pháp sau:

2.1. Về tinh thần

Có một tâm hồn thanh thản, phấn đấu để được luôn sống trong niềm vui.

Niềm vui kích thích tăng cường sức sống trong cơ thể, giúp duy trì thăng bằng hệ thần kinh là vũ khí chống lại mọi căng thẳng, mọi stress của cuộc sống hàng ngày.

2.2. Giảm chế độ ăn so với thời còn trẻ

Nhu cầu năng lượng của người 60 tuổi giảm đi 20%, của người 70 tuổi giảm 30% so với người 20 tuổi, cho nên người nhiều tuổi phải giảm thức ăn so với lúc còn trẻ.

2.3. Tránh ăn quá no (đặc biệt ở người có bệnh tim mạch)

Mạng lưới tuần hoàn ở hệ thống gan ở người tuổi trên 65 giảm 40 - 45% so với lúc 25 tuổi. Một bữa ăn quá no là sự căng thẳng, một gánh nặng quá tải, một stress tiêu hóa có thể dẫn đến những tai hại, đặc biệt với người bệnh tim mạch.

2.4. Giảm đường và muối trong bữa ăn

Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy lượng muối ăn có liên quan chặt chẽ với bệnh tăng huyết áp và ăn nhiều đường liên quan đến bệnh đái tháo đường.

2.5. Ăn nhiều rau tươi, quả chín, thức ăn giàu chất oxy hóa

Người cao tuổi cần chú ý ăn nhiều rau để có chất xơ kích thích nhu động ruột tránh táo bón. Ăn rau quả cũng góp phần tăng cảm giác no, ăn bớt cơm và điều quan trọng là rau quả cung cấp cho cơ thể các chất dinh dưỡng hết sức quan trọng với người cao tuổi là các vitamin và các yếu tố vi lượng. Ngoài ra các chất xơ trong rau quả còn đẩy cholesterol thừa theo phân, giúp cơ thể phòng ngừa xơ vữa động mạch.

2.6. Ăn thêm các loại mè và cá: Các loại đậu và mè có tác dụng phòng chống các bệnh và ung thư, đó là hai bệnh chính gây tử vong ở người cao tuổi.

2.7. Năng vận động

Vận động tay chân không phải chỉ cần thiết cho cơ bắp, xương khớp mà còn tác dụng đến toàn cơ thể.

3. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

- Tránh ăn quá no: đặc biệt ở người có bệnh tim mạch.
- Làm mềm thức ăn: chú ý đến món canh vì sức nhai giảm và vấn đề nuốt thức ăn có khó khăn hơn.
- Phải theo dõi và kiểm tra ăn uống: vấn đề ăn uống của người cao tuổi nhất là những người thần kinh không vững vàng, thường hay quên, bị lẫn.
- Cần xây dựng một tập tục mới: bữa ăn có thực đơn, tức là có kế hoạch.
- Trong bữa ăn gồm có:
 - + Món ăn cung cấp năng lượng: chủ yếu là chất bột, món chính là cơm,
 - + Món ăn chủ lực hỗn hợp giàu đạm và chất béo: chủ yếu cung cấp chất đạm và chất béo bao gồm thịt các loại như cá, đậu phụ và trứng,
 - + Rau quả cung cấp vitamin và chất xơ,
 - + Có món canh: cung cấp nước và các chất dinh dưỡng bổ sung cho cơ thể,
 - + Có đồ uống./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nhu cầu năng lượng ở người cao tuổi phụ thuộc vào những đặc điểm?

- A. Khối cơ của người cao tuổi cũng giảm đi khoảng 1/3 so với tuổi trẻ
- B. Với một người 70 tuổi, nhu cầu năng lượng giảm đi khoảng 30% so với 20 tuổi
- C. Người cao tuổi hoạt động ít hơn
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 2. Nhu cầu về đường đối với người cao tuổi, ngoại trừ:

- A. Hạn chế ăn đường
- B. Hạn chế uống nhiều nước ngọt
- C. Hạn chế ăn nhiều bánh kẹo
- D. Tăng cường cơm

Câu 3. Xây dựng một bữa ăn đúng thành phần cho người cao tuổi là:

- A. Đạm, đường, chất béo
- B. Đường, vitamin, chất béo
- C. Đạm, vitamin, chất béo
- D. Đường, đạm, chất béo, vitamin

Câu 4. Nhu cầu về đạm tốt cho người cao tuổi là:

- A. Ăn nhiều thịt, ít mỡ, nhiều cá, nhiều đạm thực vật
- B. Ăn ít thịt, ít mỡ, nhiều cá, nhiều đạm thực vật
- C. Ăn nhiều thịt, ít mỡ, ít cá, ít đạm thực vật
- D. Ăn ít thịt, ít mỡ, nhiều cá, ít đạm thực vật

Câu 5. Bữa ăn lý tưởng cho người cao tuổi là:

- A. Hạn chế đường, bớt muối
- B. giảm mỡ động vật
- C. Ăn nhiều rau quả
- D. Câu A, B, C đều đúng

Bài 6: SỬ DỤNG THUỐC CHO NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được những thay đổi sinh lý và biến đổi bệnh lý ở người cao tuổi
- 1.2. Trình bày được những thay đổi đáp ứng của thuốc đối với người cao tuổi
- 1.3. Trình bày được các điều lưu ý khi dùng thuốc cho người cao tuổi
- 1.4. Trình bày được các biện pháp nhằm hạn chế phản ứng bất lợi của thuốc khi sử dụng cho người cao tuổi

2. Kỹ năng

Vận dụng kiến thức đã học để biết cách sử dụng đúng thuốc cho người cao tuổi trên lâm sàng.

3. Thái độ

- 3.1. Nhận thức được việc sử dụng thuốc, từ đó có thái độ tích cực và đảm bảo an toàn trong việc sử dụng thuốc cho người cao tuổi.
- 3.2. Hình thành thái độ giao tiếp nhẹ nhàng, cảm thông sự khó chịu của người cao tuổi khi sử dụng thuốc.

NỘI DUNG

1. NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ VÀ BIẾN ĐỔI BỆNH LÝ Ở NGƯỜI CAO TUỔI LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC

1.1. Những thay đổi sinh lý ở người cao tuổi

Ở người cao tuổi, các cơ quan bị lão hóa gây nên những thay đổi trong cơ thể như

- Các thành phần trong cơ thể: tỷ lệ nước, khối cơ và protein trong huyết tương giảm, tỷ lệ mỡ tăng.
- Tiêu hóa: độ acid của dạ dày tăng, lưu lượng máu giảm, chậm tháo rỗng dạ dày, diện tích bề mặt hấp thu giảm.
- Gan: giảm khối lượng, lượng máu qua gan làm thay đổi hoạt tính chuyển hóa thuốc của gan.
- Thận: trọng lượng thận giảm, lưu lượng máu giảm, chức năng thận giảm.

Sự thay đổi này liên quan chủ yếu đến sự giảm dòng máu tuần hoàn đến các cơ quan dẫn đến sự nuôi dưỡng các cơ quan trong cơ thể bị giảm dần và đó chính là khởi nguồn của bệnh tật do tuổi tác.

1.2. Những biến đổi bệnh lý ở người cao tuổi

- Tình trạng bệnh lý làm tăng phản ứng bất lợi của thuốc: người cao tuổi mắc nhiều bệnh cùng một lúc, do đó phải dùng nhiều thuốc đồng thời dẫn đến tăng nguy cơ gặp tương tác thuốc và tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Tình trạng bệnh lý làm thay đổi đáp ứng của thuốc: người cao tuổi nhạy cảm hơn với một số tác dụng bất lợi của thuốc. Đáp ứng của thuốc cũng thay đổi do những tổn thương mãn tính của những quá trình bệnh lý kéo dài nhiều năm.

- Tình trạng bệnh lý làm thay đổi số phận của thuốc trong cơ thể như: tổn thương tiêu hóa, suy thận, suy gan, suy tim, viêm tụy,....

2. NHỮNG THAY ĐỔI CỦA CÁC QUÁ TRÌNH ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỐ PHẬN THUỐC TRONG CƠ THỂ

2.1. Hấp thu

- Đường uống: chức năng sinh lý của ống tiêu hóa làm giảm lượng thuốc hấp thu vào máu. Thuốc lưu trữ lâu trong dạ dày kèm theo việc tiết acid giảm làm tăng khả năng phá hủy một số thuốc đặc biệt và có thể gây ra một số biến chứng đường tiêu hóa.

- Đường tiêm bắp hoặc tiêm qua da: do sự tưới máu giảm nên hấp thu thuốc qua những đường này cũng giảm và không ổn định.

- Đường tĩnh mạch: hầu như không ảnh hưởng.

2.2. Phân bố thuốc

- Do giảm lượng nước, tăng lượng mỡ nên làm tăng nồng độ trong máu của các thuốc tan trong nước, tích lũy dẫn đến kéo dài thời gian tác dụng với các thuốc tan trong dầu.

- Giảm protein huyết tương làm tăng nồng độ thuốc tự do trong máu dẫn đến tăng tác dụng và độc tính của thuốc.

- Những bệnh mắc kèm theo như suy tim, mất nước do tiêu chảy hoặc nôn nhiều, phù do suy thận hay cổ chướng, suy dinh dưỡng,...cũng là nguyên nhân thay đổi phân bố thuốc trong cơ thể.

2.3. Chuyển hóa thuốc tại gan

Gan có vai trò chuyển hóa nhiều thuốc thành các chất không độc và có thể đào thải ra ngoài cơ thể. Ở người cao tuổi, chức năng gan giảm nên các thuốc chuyển hóa qua gan sẽ kéo dài thời gian tác dụng, dễ tích lũy và ngộ độc.

2.4. Thải trừ thuốc qua thận

- Thuốc sau khi vào cơ thể được thải trừ chủ yếu qua thận. Sự giảm sút dòng máu qua thận phối hợp với suy giảm chức năng thận ở người cao tuổi là nguyên nhân làm giảm độ thanh thải của nhiều thuốc. Do đó thuốc sẽ tăng tích lũy trong cơ thể hơn các đối tượng khác.

- Những thay đổi về sinh lý và bệnh lý ở người cao tuổi có thể gây ra nhiều vấn đề trong sử dụng thuốc. Chúng ta sẽ khó kiểm soát được nồng độ thuốc trong cơ thể. Do đó khó kiểm soát được tác dụng và độc tính của thuốc. Một số hậu quả thường gặp là: tai biến do ngừng thuốc, thất bại điều trị hoặc gặp nhiều tác dụng không mong muốn,....

- Những thay đổi này không đồng nhất trên các cá thể người cao tuổi nên cần được thăm khám kỹ trước khi quyết định dùng thuốc. Đôi khi còn cần phải điều chỉnh liều dùng, khoảng cách dùng thuốc và đường dùng,... để phù hợp với từng cá thể.

Trong quá trình dùng thuốc cũng cần phải theo dõi chặt chẽ hơn để đảm bảo hiệu quả điều trị cũng như phát hiện và xử lý kịp thời các tác dụng không mong muốn.

3. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ ĐÁP ỨNG CỦA THUỐC ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

3.1. Những nguyên nhân làm thay đổi đáp ứng với thuốc ở người cao tuổi

Tuổi càng cao, sự dung nạp thuốc càng kém và đây là những nguyên nhân ảnh hưởng đến đáp ứng thuốc ở người cao tuổi

3.1.1. Do sự biến đổi đáp ứng của cơ quan đích

Đây là nguyên nhân quan trọng thường gặp ở người cao tuổi. Nguyên nhân có thể là do cạn kiệt chất trung gian hóa học ở các sinap thần kinh do bệnh tật hoặc tuổi tác.

3.1.2. Do sự thay đổi đáp ứng với thuốc tại receptor

3.1.3. Do sự trợ của một số cơ chế kiểm soát thể dịch ở người cao tuổi

Đáp ứng thể dịch là một phần rất quan trọng toàn thể các đáp ứng của thuốc nên những thay đổi này dẫn tới thay đổi về kiểu và cường độ đáp ứng của thuốc.

Nhìn chung, những thay đổi về dược lực học ở người cao tuổi không có quy luật rõ rệt với mọi thuốc: có những trường hợp người cao tuổi rất nhạy cảm với thuốc nhưng cũng có trường hợp ngược lại rất trợ và thất thường lúc tăng lúc giảm.

3.2. Ảnh hưởng của tuổi tác đến đáp ứng với một số nhóm thuốc

3.2.1. Dễ bị tụt huyết áp thể đứng

Một số nhóm thuốc như chống tăng huyết áp, thuốc chẹn alpha giao cảm, thuốc ức chế giao cảm của thần kinh trung ương, thuốc chống Parkinson, thuốc liệt thần,... dễ gây tụt huyết áp thể đứng.

3.2.2. Dễ bị ngã do mất thăng bằng tư thế

Cơ thể có thể thăng bằng được là nhờ khả năng điều chỉnh thăng bằng. Cùng với tuổi tác khả năng giữ thăng bằng của cơ thể bị giảm. Chính vì thế một số nhóm thuốc như thuốc ngủ, thuốc an thần,... làm tỉ lệ ngã ở người cao tuổi.

3.2.3. Giảm điều hòa thân nhiệt

Khả năng điều hòa thân nhiệt của cơ thể ở người cao tuổi bị giảm. Hạ nhiệt bất thường có thể gặp khi dùng các thuốc an thần gây ngủ, chống trầm cảm 3 vòng, chế phẩm thuốc phiện và rượu.

3.2.4. Giảm chức năng nhận thức

Hệ thống thần kinh trung ương có sự thay đổi lớn về cấu trúc và chất trung gian hóa học ở người cao tuổi. Sự suy giảm trí nhớ mà hậu quả cuối cùng sự sa sút trí tuệ là bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh lý này trầm trọng thêm khi dùng một số nhóm

thuốc như thuốc kháng tiết cholin (Atropin), thuốc ngủ, thuốc an thần (đặc biệt là dẫn chất benzodiazepin), thuốc chẹn thụ thể beta.

3.2.5. Giảm chức năng các cơ nội tạng

Do sự giảm nhu động dạ dày - ruột, người cao tuổi dễ bị táo bón. Các thuốc kháng tiết cholin, các opiate, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và kháng histamin dễ gây táo bón hoặc tắc ruột ở người cao tuổi.

Thuốc kháng tiết cholin có thể gây bí tiểu ở nam giới cao tuổi, đặc biệt là những người phì đại tuyến tiền liệt. Rối loạn chức năng đường niệu hay gặp ở nữ giới cao tuổi và thuốc lợi tiểu quai có thể gây ra tiểu tiện không kiểm soát ở những đối tượng này.

4. MỘT SỐ ĐIỀU LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC CHO NGƯỜI CAO TUỔI

4.1. Những rối loạn do thuốc gây ra ở người cao tuổi

Tình trạng đa bệnh lý buộc người cao tuổi phải dùng nhiều thuốc, tình trạng suy kiệt và giảm sức đề kháng đòi hỏi quá trình dùng thuốc phải kéo dài. Hậu quả của việc dùng thuốc kéo dài dẫn đến những rối loạn bệnh lý nghiêm trọng và vòng luẩn quẩn này chính là khó khăn cho thầy thuốc điều trị.

4.2. Những tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến sử dụng thuốc

Tình trạng đa bệnh lý dẫn đến rối loạn hoạt động của nhiều cơ quan trong cơ thể và chính điều này làm ảnh hưởng đến sử dụng thuốc cho người cao tuổi. Những rối loạn hay gặp là:

- Rối loạn tiêu hóa (táo bón) do đó người cao tuổi hay dùng thuốc nhuận tràng, điều này làm giảm hấp thu các thuốc dùng đồng thời
- Giảm trí nhớ: hay quên dùng thuốc, nhầm lẫn liều.
- Mắt kém: đọc đơn kém, đọc nhầm.
- Run tay làm cho việc đếm giọt (thuốc nước) trở nên khó khăn.
- Thích lạm dụng thuốc, dùng kéo dài quá quy định do tâm lý sợ bệnh tật.
- Loãng xương nên ngại vận động do đau, bệnh nhân hay nằm kể cả khi uống nên dễ bị loét thực quản với những thuốc kích ứng mãn tính.
- Ít khát do giảm phản xạ khát ở người già, do đó uống ít nước gây tăng khả năng lắng đọng thuốc ở thận, gây sỏi thận (cotrimoxazol, vitamin C liều cao,...).

5. CÁC BIỆN PHÁP NHẪM HẠN CHẾ PHẢN ỨNG BẤT LỢI CỦA THUỐC KHI SỬ DỤNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI

5.1. Về phía bác sỹ kê đơn

- Nắm rõ tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân và các bệnh nhân đang điều trị.
- Phải lưu ý hiệu chỉnh nồng độ thuốc.
- Nên tránh các thuốc có nguy cơ tương tác thuốc cao khi phải sử dụng nhiều thuốc hoặc trên bệnh nhân có bệnh mãn tính.
- Nên chọn phác đồ đơn giản, dùng thuốc ít lần trong ngày.

- Phải giải thích rõ tình hình bệnh tật và mục đích điều trị.
- Phải lưu ý đến giá tiền trong điều trị.

5.2. Về phía người sử dụng

- Không tự ý mua thuốc.
- Không tự ý thay đổi cách điều trị.
- Phải báo cho bác sỹ hay dược sỹ khi gặp các hiện tượng bất thường xảy ra có liên quan đến dùng thuốc.

TÓM LẠI

Điều trị người cao tuổi là việc làm phức tạp do sự lão hóa không đồng đều giữa các cá thể và đáp ứng bất thường với thuốc ở đối tượng này. Khó khăn lớn nhất khi điều trị cho lớp tuổi này là khả năng tự sử dụng thuốc trong khi trợ giúp của người thân hay điều dưỡng viên không phải lúc nào cũng có.

Do đó để đảm bảo an toàn và hiệu quả trong điều trị cho người cao tuổi, cần tôn trọng những nguyên tắc sau:

- Chỉ dùng thuốc khi thật cần thiết.
- Hạn chế số thuốc trong đợt điều trị.
- Nên khởi đầu bằng những liều thấp và tăng dần.
- Phải lưu ý một đợt điều trị.
- Đơn thuốc phải rõ ràng./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên tắc dùng thuốc ở người già:

- | | |
|--|-------------------------|
| A. Chọn đường dùng an toàn | B. Càng nhiều, càng tốt |
| C. Thuốc không độc, không cần đề phòng | D. Cần tăng cao liều |

Câu 2. Tác dụng phụ thuốc ở người già:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| A. Hay gặp hơn ở người trẻ | B. Ngăn hơn ở người trẻ |
| C. A Đúng, B đúng | D. A Đúng, B sai |

Câu 3. Tác dụng thuốc ở người già:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| A. Hấp thu thuốc vào tổ chức tốt hơn | C. Bài xuất tốt hơn |
| B. Tốc độ chuyển hóa nhanh hơn | D. Tất cả đều sai |

Câu 4. Nguyên tắc điều trị bệnh tuổi già:

- | | |
|--|-----------------------|
| A. Điều trị luôn luôn phải dùng thuốc vì cơ thể đề kháng kém. | |
| C. Nên dùng nhiều thuốc phối hợp vì người già luôn có nhiều bệnh | |
| B. Nên dùng đường tiêm để có tác dụng tối ưu | D. Điều trị toàn diện |

Câu 5. Nhu cầu Calci cần thiết cho người cao tuổi mỗi ngày là:

- | | |
|-----------|-----------|
| A. 500mg | B. 850mg |
| C. 1000mg | D. 1200mg |

Chương 2

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIM MẠCH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của bệnh hệ tim mạch.
- 1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh tăng huyết áp.
- 1.3. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh suy tim.
- 1.4. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh đau thắt ngực.

2. Kỹ năng

- 2.1. Nhận định được người bệnh và lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp.
- 2.2. Nhận định được người bệnh và lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy tim.
- 2.3. Nhận định được người bệnh và lập kế hoạch bệnh nhân đau thắt ngực.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. NHẬN ĐỊNH LÂM SÀNG HỆ TIM MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay trên Thế giới cũng như ở trong nước, tỉ lệ người bệnh chết vì các bệnh tim mạch vẫn chiếm cao nhất. Trong mấy năm gần đây, theo một thống kê từ tháng 3 năm 1975 của tổ chức Y tế Thế giới khảo sát ở 27 nước, cho thấy trung bình cứ 100.000 người dân thì có 327 người chết vì bệnh tim mạch. Ở những người trên 65 tuổi thì tỷ lệ chết vì bệnh tim là 35%.

Ở Việt Nam, theo thống kê của khoa nội bệnh viện Bạch Mai, bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ gần 27%, so với các bệnh nội khoa khác, hàng trăm số người chết vì bệnh tim mạch, hàng năm, so với tổng số người chết vì các bệnh khác là trên dưới 10%.

Nhìn chung bệnh tim mạch đứng vào hàng thứ hai, thứ ba, cho nên việc chẩn đoán đúng để điều trị và phòng bệnh cho số lớn người bệnh đó có tầm quan trọng đặc biệt.

Người mắc bệnh tim thường tìm đến thầy thuốc vì một số triệu chứng do rối loạn chức năng của tim khi suy. Trong các rối loạn đó có những triệu chứng có giá trị chỉ điểm nhưng cũng có vài triệu chứng không đặc hiệu cho bệnh tim.

Một số người có những triệu chứng này cứ tưởng là mình thực sự bị bệnh tim nên lo lắng và cứ đi khám bệnh luôn. Vì thế ta cần phân biệt:

- Các triệu chứng đặc hiệu.

- Các triệu chứng không đặc hiệu.

Để đánh giá đúng mức giá trị từng loại triệu chứng, giúp ích cho chẩn đoán và điều trị, ta cần nhắc lại những nét chính về sinh lý của tim:

1.1. Bình thường tim có nhiệm vụ

- Lưu thông máu trong cơ thể: máu từ tim trái ra ngoại vi và từ ngoại vi về tim phải để lên phổi rồi trở về tim trái, sự lưu thông đó đảm bảo nhu cầu của cơ thể về cung cấp oxy từ oxyhemoglobin và thải trừ khí cacbonic từ carboxyhemoglobin.

- Tim có liên quan chặt chẽ với phổi qua hệ thống tiểu tuần hoàn để thực hiện việc cung cấp oxy và thải tiết CO₂.

- Sự dinh dưỡng của cơ tim được bảo đảm nhờ hệ thống động mạch vành.

- Sự điều hoà nhịp tim do hai hệ thống thần kinh: trung ương và nội tâm.

1.2. Trong trường hợp bệnh lý: tim bị suy không đảm bảo được nhiệm vụ nữa, nên:

- Sự lưu thông máu bị rối loạn: máu ứ lại ở hệ thống tiểu tuần hoàn, cụ thể là ở phổi nên người bệnh khó thở và ho ra máu. Đồng thời máu ứ ở gan, làm gan to ra, ứ ở ngoại biên làm thoát dịch ra khoảng gian bào, gây nên phù.

- Sự thải tiết CO₂ không được đảm bảo, lượng hemoglobin khử tăng lên gây ra xanh tím.

- Tim phải làm việc nhiều hơn, đập nhanh hơn để cố gắng đảm bảo nhu cầu, cho nên người bệnh hồi hộp đánh trống ngực, cũng có thể do thần kinh tim bị rối loạn gây ra triệu chứng này.

- Cơ tim không được nuôi dưỡng tốt, do bệnh tim mạch hoặc bệnh toàn thân, ví dụ bệnh xơ vữa động mạch vành bị tắc hoặc bị co thắt gây ra cơn đau tim.

- Màng ngoài tim cũng như màng trong tim bị viêm có thể gây ra những triệu chứng đau nhói vùng tim

2. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Mỗi người bệnh có thể có những triệu chứng cơ năng khác nhau, song có một số triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý hệ tim mạch là.

2.1. Triệu chứng đặc hiệu

2.1.1. Đau ngực

*** Đau vùng trước tim**

Đau vùng trước tim là một triệu chứng làm cho người bệnh và cả thầy thuốc chú trọng đến hệ tuần hoàn, nhưng không phải cứ có đau vùng tim là nhất thiết phải có bệnh tim.

Trước một trường hợp đau vùng trước tim ta cần nói thêm:

- Tuổi: cần biết tuổi người bệnh vì có những trường hợp đau trước tim chủ yếu xuất hiện ở người đứng tuổi.

- Hoàn cảnh xuất hiện đau ví dụ: đau đột ngột hoặc sau khi gắng sức khi bị lạnh,....

- Vị trí, cường độ và hướng lan của đau: ví dụ như đau ở mỏm tim hay sau xương ức, đau dữ dội hay chỉ lâm râm, đau đóng khung ở một chỗ trước tim, hay còn lan lên vai, ra cánh tay,....

- Thời gian đau: đau vài chục giây, vài phút hay kéo dài? Những tính chất đó đều giúp ích để chẩn đoán và phân loại đau.

* **Phân loại đau vùng trước tim:** chia làm hai loại

- Đau từng cơn.

- Đau thường xuyên.

* **Đau từng cơn:** điển hình nhất là cơn đau tim

- Cơn đau tim hay xuất hiện ở người có tuổi (ngoài 40 tuổi).

- Hoàn cảnh xuất hiện: người bệnh hay bị đau lúc gắng sức (như đi lên cầu thang, lên dốc, chạy nhanh), khi bị luồng gió lạnh, khi xúc cảm, đôi khi xuất hiện đau sau khi ăn một bữa thịnh soạn, có khi xuất hiện cơn đau tim sau khi cơ tim đập nhanh.

- Vị trí đau và hướng lan: đau sau xương ức lan lên vai trái, xuống phía trong cánh tay và cẳng tay rồi lan sang hai ngón tay thứ tư và thứ năm.

- Cường độ đau: người bệnh đau dữ dội như dao đâm, có cảm giác như có một vật rất nặng đè ép lên lồng ngực, bóp nghẹt trái tim lại, đồng thời người bệnh hốt hoảng, lo lắng có cảm tưởng là sắp chết.

- Thời gian đau: thường rất ngắn, từ vài giây đến vài phút. Nếu cơn đau xuất hiện và kéo dài quá nửa giờ là phải nghĩ đến khả năng tắc động mạch vành.

- Giá trị chẩn đoán: cơn đau tim xuất hiện là một triệu chứng đặc hiệu chứng tỏ người bệnh bị thiếu năng động mạch vành, cơ tim bị kém dinh dưỡng. Nguyên nhân gây thiếu năng động mạch vành có thể là:

+ Xơ hóa động mạch vành do vữa xơ động mạch vành.

+ Viêm động mạch do giang mai.

+ Hẹp lỗ động mạch chủ.

+ Bệnh thấp

+ Bệnh thiếu máu.

+ Đồng thời với đau, người bệnh còn bị khó thở, ho, sốt.

+ Khám thực thể lấy các triệu chứng của viêm màng tim như: diện tim to ra, tiếng tim mờ, tiếng cọ màng tim, dấu hiệu ST chênh lên ở các chuyển đạo trước tim, hoặc dấu hiệu giảm điện thế trên Điện Tâm Đồ.

* **Nhồi máu cơ tim**

Do một vùng của cơ tim không được dinh dưỡng (thường ở những người nhiều tuổi). Trước khi bị nhồi máu cơ tim, người bệnh cũng có một giai đoạn bị cơn đau tim rồi đến một lúc thấy đau nhiều, đau lan rộng kéo dài, người bệnh rất lo lắng, khó thở, có cảm giác sắp chết: dùng thuốc giảm đau mạnh như morphin cũng không đỡ, người thuốc giãn

động mạch vành như Trinitrin cũng không đỡ (trong cơn đau tim dùng thuốc này thì đỡ rõ rệt). Sau 2 đến 36 giờ có biến chuyển: người bệnh sốt, nghe tim thấy có tiếng cọ màng tim, tiếng ngựa phi, đồng thời huyết áp tối đa tụt.

Trong cơn đau người bệnh có thể chết cũng có thể qua khỏi nhưng chưa chắc đã thoát chết vì dễ tái phát.

Có thể chẩn đoán sớm bệnh này nhờ đo men transaminase, men lactate dehydrogenase và ghi điện tim.

*** Đau vùng trước tim cũng còn gặp trong một số bệnh ngoài tim như:**

- Đau dây thần kinh liên sườn:

+ Đau dây thần kinh liên sườn từ trước ra sau.

+ Nếu ấn ngón tay theo khoảng liên sườn, sẽ phát hiện các điểm đau là chỗ có nhánh dây thần kinh liên sườn xuyên ra.

- Đau do viêm màng phổi trái, viêm phổi trái. Khám người bệnh sẽ thấy các triệu chứng tràn dịch hoặc hội chứng đông đặc phổi trái.

2.1.2. Khó thở

Khó thở trong bệnh tim là một triệu chứng phổ biến có giá trị chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Có thể chia khó thở ra làm ba loại:

- Khó thở khi gắng sức.

- Khó thở thường xuyên.

- Khó thở xuất hiện từng cơn.

2.1.2.1. Khó thở khi gắng sức, người bệnh thấy

- Khó thở khi lên dốc, lên cầu thang, khi đi nhanh hoặc làm việc nặng.

- Khi nghỉ ngơi thì không khó thở nữa.

- Nhưng dần dần sẽ dẫn tới giai đoạn khó thở thường xuyên.

2.1.2.2. Khó thở thường xuyên

Xảy ra sau một thời gian khó thở khi gắng sức. Ở giai đoạn này, người bệnh không làm việc gì nặng, nằm cũng khó thở (khó thở do tư thế) cho nên người bệnh thường mất ngủ hoặc phải ngồi ngả lưng mà ngủ. Khó thở thường xuyên chứng tỏ tim đã suy nặng.

2.1.2.3. Khó thở xuất hiện từng cơn: gặp trong các trường hợp.

*** Phù phổi cấp**

Loại thở này có thể xuất hiện ở một người có bệnh tim rồi bây giờ bị suy tim đột ngột, cũng có thể là một tai biến xảy ra tức thời ở một người trước đó bị bệnh tim nhưng không thể hiện ra các rối loạn chức năng gì, hoặc cũng có thể xảy ra ở một người hoàn toàn không có bệnh tim. Ví dụ: ngộ độc bởi hơi độc, tai biến khi dùng Adrenalin tiêm mạch máu, tai biến trong bệnh viêm thận, bệnh thần kinh,....

- Hoàn cảnh xuất hiện: cơn phù phổi cấp thường xảy ra ban đêm hoặc xảy ra khi có một điều kiện thuận lợi cho bệnh phát sinh như: gắng sức, bị thêm một bệnh nhiễm khuẩn khác, khi bị lạnh,....

- Triệu chứng: người bệnh thấy ngứa cổ họng, ho khan từng cơn và sau đó chùng 15 thấy:

- Tức ngực, khó thở dữ dội, người bệnh phải ngồi thở, sau đó xanh tím và:

+ Khạc ra rất nhiều đàm bọt hồng.

+ Thần kinh bị kích động, hốt hoảng.

Nếu khám sẽ thấy:

+ Tim đập rất nhanh.

+ Hai phổi có nhiều ran nhỏ hạt, lúc đầu là ran nổ ở hai đáy phổi, các ran cứ tăng nhiều như nước triều dâng dần lên đến mức cả hai phế trường toàn ran ẩm.

+ Xét nghiệm đàm có nhiều protein và xét nghiệm nước tiểu cũng có protein thoáng qua. Đây là một trường hợp cấp cứu nội khoa, cần phải xử trí ngay, nếu chậm người bệnh sẽ chết.

* **Cơn hen tim:** cũng là một loại khó thở cấp gặp ở các người bị bệnh tim. Hoàn cảnh xuất hiện cũng giống như trong phù phổi cấp.

Triệu chứng:

- Người bệnh thở hỗn hển, có cảm giác như thiếu khí phải ngồi dậy để thở.

- Mặt, môi xanh tím.

- Tim đập rất nhanh.

- Khám phổi thấy nhiều ran khô (ran rít và ran ngáy) giống như trong cơn hen phế quản.

Từ trạng thái này người bệnh có thể qua khỏi do điều trị, nhưng cũng có thể nặng hơn và dẫn tới cơn phù phổi cấp.

* **Khó thở cấp trong nhồi máu phổi**

- Hoàn cảnh xuất hiện: đây là một biến chứng tắc động mạch phổi xảy ra do cục máu đông tại chỗ hoặc cục máu ở nơi khác do dòng máu chạy tới làm tắc động mạch phổi. Biến chứng này thường gặp:

+ Ở những người bị bệnh tim, đặc biệt là bệnh van hai lá có suy tim.

+ Những người bị viêm tĩnh mạch.

+ Những người vừa mới bị sảy thai, sinh hoặc sau khi mổ tuần đầu.

- Triệu chứng:

+ Đau dữ dội ở ngực như xé ngực, có người bệnh ngã xuống chết ngay.

+ Khó thở, thở nhanh.

+ Sau 24 đến 48 giờ, người bệnh sốt, khạc đàm ra lẫn máu.

- Khám thấy ở vùng ngực đau:

+ Một ổ ran nổ khu trú, có thể thấy hội chứng đông đặc. Cũng có thể phản ứng tiết dịch màng phổi nhiều (thanh dịch hay có máu) làm cho ta không nghe được ran nổ nữa, mà chỉ thấy hội chứng tràn dịch màng phổi.

+ Tim đập nhanh

+ Soi x-quang có thể thấy hình mờ tam giác, trong trường hợp điển hình, nhưng thường thì hình mờ này bờ không rõ rệt, hình này tồn tại từ 3 đến 6 tuần dù được điều trị.

2.1.2.4. Bệnh sinh của khó thở trong bệnh tim

* **Bệnh sinh của các cơn khó thở cấp và cơn hen tim:** chủ yếu là do vai trò của hiện tượng xung huyết phổi, xung huyết phổi cản trở hô hấp vì:

- Ngăn cản sự khuếch tán oxy nên máu kém bão hòa oxy.

- Tổ chức phổi xung huyết kém đàn hồi, căng ra khó, thu lại cũng hạn chế, do thở nóng như vậy nên người bệnh suy hô hấp, thiếu oxy và ứ lại khí cacbonic gây khó thở.

- Người ta đã chứng minh vai trò của xung huyết phổi trong cơn khó thở cấp, vì hầu như loại khó thở này chỉ gặp ở những người bị bệnh tăng huyết áp, bệnh lỗ động mạch chủ, bệnh van hai lá, động mạch vành và các trường hợp suy thất trái. Nhiều tác giả đã khảo sát về huyết động trong các trường hợp đó thấy khối lượng máu qua phổi tăng lên, đồng thời dung tích sống giảm xuống.

Trong lâm sàng cũng thấy rõ biểu hiện xung huyết phổi trong cơn khó thở: các ran ở phổi xuất hiện nhiều dần, tiếng thứ hai của tim ở ổ động mạch phổi mạnh lên, có khi mạnh hơn cả tiếng thứ hai ở ổ động mạch chủ ngay trong những người bệnh cao huyết áp.

Trong giấc ngủ, có sự tăng cường của hoạt động thần kinh phế vị, gây xung huyết phổi, co thắt cơ trơn nên dễ làm cho cơn hen tim xuất hiện.

* **Trong cơn phù phổi cấp:** cũng do yếu tố xung huyết tiểu tuần hoàn, áp lực mao mạch phổi tăng vượt áp lực keo của huyết tương, cho nên phù phổi cấp hay xuất hiện ở các người bệnh suy thất trái hay nhĩ trái, vì các trường hợp này có xung huyết phổi và cao áp mao mạch phổi, máu ứ trệ lâu, gây tổn hại thành mao mạch, dễ để huyết tương thẩm qua rồi vì một nguyên do thuận lợi, đột nhiên giảm lưu lượng tim trái mà tim phải còn khoẻ thì phù phổi cấp xuất hiện vì tim phải tổng một lượng máu khá nhiều mà tim trái, vì yếu không tiêu lượng máu ấy đi kịp. Ví dụ khi truyền một lượng lớn huyết thanh, khi gắng sức, khi có thai giai đoạn sắp đẻ, khi sản phụ mới đẻ hoặc khi ăn nhiều muối. Chính vì thế nên trong phù phổi cấp, chích máu hoặc buộc garo để làm giảm lưu lượng máu tĩnh mạch trở về tim.

* **Trong suy tim phải**

Do ứ máu ở ngoại vi, làm giảm áp lực riêng phần suy và tăng áp lực CO₂ trong tĩnh mạch, thiếu oxy ở xoang cánh và trung tâm thở, sẽ gây khó thở. Cũng do ứ máu, dẫn tới

tràn dịch màng phổi, màng bụng làm cản trở hoạt động của phổi, của cơ hoành và gây khó thở.

2.1.2.5. Các yếu tố thể dịch và huyết động trong khó thở

- Vai trò lưu lượng máu: có ý kiến cho rằng do lưu lượng máu trong suy tim giảm nên trung tâm hô hấp thiếu nuôi dưỡng gây khó thở.

- Vai trò oxy và CO₂: ở người suy tim có hiện tượng thiếu oxy trong mô vì áp lực riêng phần oxy trong tĩnh mạch hạ xuống trong khi áp lực CO₂ trong tĩnh mạch tăng lên, buộc cơ thể thích nghi bằng thông khí nhanh nên khó thở.

- Trong tư thế nằm người bệnh tim thường khó thở vì ở trong tư thế này khối lượng máu ở phần dưới cơ thể dồn lên làm xung huyết phổi, máu lại khó lưu thông do ứ trệ ngoại vi nên khó thở.

2.2.3. Ho ra máu

Trong các bệnh tim, ho ra máu thường xảy ra trong ba trường hợp:

- Hẹp van hai lá, trường hợp này thường gặp nhất.
- Tác động mạch phổi gây nhồi máu phổi.
- Trường hợp suy tim trái (phù phổi cấp).

2.2.3.1. Cơ chế

Trong bệnh hẹp van hai lá, do sự cản trở của dòng máu từ nhĩ trái về thất trái, máu ứ lại ở phổi làm áp lực mao mạch phổi tăng lên, có thể làm vỡ các mao mạch và người bệnh ho ra máu.

Trong trường hợp tắc động mạch phổi, vì các mạch tắc gây hư hại nội mạc của mạch, đồng thời có những hiện tượng phản ứng xung quanh gây giãn mạch, thoát huyết quản và dễ viêm nhiễm làm hư hại các mô nên người bệnh khạc ra máu lẫn những mảnh mô bị hủy hoại.

Trong các trường hợp phù phổi cấp, cơ chế ho ra máu cũng tương tự như trong hẹp van hai lá, ở đây cũng có yếu tố xung huyết phổi và tăng thâm tính mao mạch phổi, nhưng thường xảy ra khi lưu lượng tuần hoàn phía tim phải vẫn nhiều như lúc bình thường, hoặc tăng hơn do yếu tố bên ngoài (ví dụ truyền nhiều dịch vào chẳng hạn) nên huyết tương tràn ngập phế nang, người bệnh khạc ra rất nhiều bọt hồng.

2.2.3.2. Đặc tính của ho ra máu trong bệnh tim

Trong trường hợp phù phổi cấp, người bệnh sùi ra bọt hồng là chính nên dễ phân biệt và cũng khó lầm.

Còn các trường hợp hẹp van lá nhồi máu phổi thì máu ra thường ít, lẫn với đàm; muốn phân định xem ho ra máu thuộc nguyên nhân bệnh tim hay bệnh phổi ta cần kết hợp thêm khám tim phổi người bệnh, cần lưu ý xem có tổn thương van hai lá không, dựa vào bệnh cảnh cấp tính, đau ngực dữ dội và khó thở là những triệu chứng của nhồi máu phổi, đồng thời cần xem hình ảnh x-quang phổi, vì trong đa số trường hợp nếu có tổn

thương ở các đỉnh phổi và phế trường thể hiện bởi hình mờ không đồng đều hoặc hình hang thì nghĩ nhiều đến lao phổi và phải thử đờm nhiều lần tìm vi khuẩn lao, một số ít trường hợp khác ho ra máu là ung thư phổi và giãn phế quản thì phải có diễn biến từ trước và có thể chẩn đoán và sinh thiết hạch thấy tế bào ung thư (trường hợp ung thư), thấy hình giãn phế quản khi chụp phế quản có chất cản quang (trường hợp giãn phế quản).

2.2.4. Xanh tím: màu sắc da và niêm mạc người bệnh bị tím có thể ở mức độ:

- Tím ít: chỉ tím môi, móng tay, móng chân, có khi chỉ xuất hiện khi người bệnh làm việc nặng kèm với khó thở hoặc khi em bé khóc.

- Tím nhiều (dễ phát hiện): thầy thuốc, người nhà người bệnh và bản thân người bệnh cũng thấy. Thường là tím ở môi, lưỡi, đầu ngón tay, ngón chân. Xanh tím xuất hiện khi lượng Hemoglobin khử trong máu mao mạch có trên 5g trong 100ml máu (hậu quả của sự rối loạn thải tiết khí cacbonic từ cacboxyhemoglobin). Xanh tím trong bệnh tim mạch xảy ra trong các trường hợp sau:

- Các bệnh tim bẩm sinh có luồng máu thông từ tim phải sang tim trái nên máu tĩnh mạch qua trộn vào máu động mạch.

- Khi suy tim do tuần hoàn bị cản trở.

- Một số trường hợp tím khu trú do các bệnh của mạch máu.

2.2.5. Phù

2.2.5.1. Cơ chế

Trong giai đoạn suy tim có nhiều yếu tố phối hợp gây nên phù.

- Do máu ứ đọng ở ngoại vi nên huyết áp tĩnh mạch cao lên (thường là trên 17cm nước).

- Áp lực keo của máu giảm xuống.

- Đồng thời có rối loạn thẩm tính của mao mạch.

- Và sự thải tiết muối không thực hiện được đầy đủ, muối ứ lại trong cơ thể.

2.2.5.2. Tính chất phù trong bệnh tim

- Phù lúc đầu khu trú ở chi dưới, dần dần về sau xuất hiện ở bụng, ngực, và toàn thân hoặc ứ trong các ổ màng bụng, màng phổi.

- Da và niêm mạc có thể hơi tím vì tỷ lệ bão hòa oxy giảm trong máu.

- Có kèm theo các triệu chứng của suy tim như khó thở, gan to, tĩnh mạch cổ nổi,...

- Nếu phù mới hình thành thì có thể điều trị cho hết phù nhưng nếu diễn biến lâu hoặc không được điều trị cho đầy đủ, bệnh cảnh suy tim sẽ dẫn theo hiện tượng tăng chất Andosteron trong máu, vì thể Na^+ lại bị giữ trong cơ thể, người bệnh càng phù và suy tim không hồi phục được.

2.2.6. Ngất

- Ngất là sự mất tri giác trong 1 thời gian ngắn, đồng thời cũng giảm hoạt động hô hấp và tuần hoàn trong khoảng thời gian đó.

- Ngất thường do giảm đột ngột dòng máu tới não. Vì vậy bất kỳ nguyên nhân gì gây giảm lưu lượng tim đột ngột dẫn đến giảm dòng máu tới não đều có khả năng gây ngất.

- Trong bệnh lý tim mạch, ngất thường gặp trong các trường hợp sau:

- + Rối loạn nhịp tim: rối loạn nhịp thất, cơn nhịp chậm Adams - Stokes.
- + Các bệnh van tim như: hẹp van động mạch chủ.
- + U nhầy trong nhĩ trái.

- Ngoài ra có thể ngất không do bệnh tim mạch như: ngất do phản xạ thần kinh (ví dụ chấn thương vào khu vực đám rối dương), do thiếu máu...

2.3. Triệu chứng chủ quan không đặc hiệu

Hồi hộp và đánh trống ngực: đó là một cảm giác làm cho người bệnh chú ý và nghĩ tới bệnh tim rồi nói với thầy thuốc.

Người bệnh có cảm giác tim đập nhanh và mạnh trong lồng ngực, có khi có cảm giác tim ngừng lại một lúc như người bước hụt chân, sau đó tim lại đập nhanh, đồng thời người bệnh có cảm giác tức ngực, khó thở. Cảm giác này thường xuất hiện khi người bệnh gắng sức hoặc bị cảm giác mạnh.

Hiện tượng này có thể có trong bệnh tim: tất cả các trường hợp suy tim, các rối loạn nhịp tim như: nhịp tim nhanh, nhịp ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn. Tuy vậy số người không bệnh tim mà có triệu chứng hồi hộp lại rất nhiều, phổ biến gặp trong các trường hợp sau:

- Cơ địa dễ xúc động, thần kinh giao cảm hoạt động mạch.
- Dùng nhiều chè, thuốc lá.
- Thiếu máu.
- Bệnh cường tuyến giáp
- Các bệnh về tiêu hóa (chậm tiêu, viêm ruột).
- Các trường hợp nhiễm khuẩn cấp và mãn tính.

3. KHAI THÁC NHỮNG THÔNG TIN KHÁC VỀ NGƯỜI BỆNH

Việc khai thác có thể trực tiếp từ người bệnh và/hoặc từ người thân của họ nhằm thu được những thông tin về:

3.1. Tiền sử

Những bệnh tật đã mắc, quá trình theo dõi và điều trị ? có được điều trị đúng cách không?

Với các bệnh mãn tính (như tăng huyết áp, suy tim) phải hỏi xem bệnh nhân về nhà có điều trị theo đơn, tuân thủ đúng những lời khuyên và chỉ dẫn của thầy thuốc và có đi khám sức khỏe định kỳ không?...

3.2. Các yếu tố nguy cơ: là những yếu tố dễ làm cho bệnh phát sinh, phát triển hoặc làm nặng thêm bệnh đã mắc. *Ví dụ:*

- Béo phì dễ sinh ra các chứng bệnh về chuyển hóa, bệnh tim mạch (như đau thắt ngực),...

- Hút thuốc lá dễ gây các bệnh đường hô hấp.

- Tăng huyết áp dễ gây tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim,...

3.3. Ngoài ra cần khai thác cả những chi tiết các nhân của người bệnh có ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và phòng bệnh như:

- Trình độ học vấn.

- Hoàn cảnh kinh tế.

- Môi trường sống và làm việc.

- Văn hóa tín ngưỡng.

- Sự quan tâm của gia đình và những người xung quanh đối với người bệnh.

4. NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ

Điều dưỡng cần dựa vào các kỹ năng nhận định như: quan sát, sờ nắn, gõ và nghe nhằm phát hiện các triệu chứng thực thể (triệu chứng khách quan) của người bệnh.

4.1. Nhận định toàn trạng

4.1.1. Ý thức và thể trạng chung

Tinh thần: xem người bệnh có tỉnh không hay là, lơ mơ, hôn mê?

Quan sát hình dạng, thể trạng (gầy, béo,...), tình trạng mệt, tư thế và đáp ứng ngôn ngữ của người bệnh. Ví dụ ở người suy tim mãn có thể thấy:

- Thể trạng gầy, vẻ mệt nhọc.

- Tím môi, đầu chi hoặc tím toàn thân.

- Phù 2 chân hoặc toàn thân.

- Nếu người bệnh có giảm lưu lượng tim nhiều làm giảm dòng máu tới não có thể lú lẫn, giảm trí nhớ, đáp ứng nói chậm chạp.

4.1.2. Da và niêm mạc

- Nhận định về màu sắc da, độ chun giãn, nhiệt độ, độ ẩm của da và niêm mạc.

- Vùng tốt nhất để nhận định là da mặt, môi, lưỡi, đầu chi, lòng bàn tay.

- Bình thường khi được cung cấp máu đầy đủ thì da có màu hồng, sờ ấm. Nếu giảm cung cấp máu thì da xanh, sờ lạnh.

- Trong bệnh lý tim mạch tím da là 1 dấu hiệu cần chú ý. Có 2 loại tím:

*** Tím trung tâm**

- Do giảm oxy trong máu động mạch.

- Quan sát thấy môi và lưỡi tím, da ẩm.

- Tím trung tâm xảy ra khi chức năng phổi giảm hoặc trong bệnh tim bẩm sinh.

*** Tím ngoại biên**

- Do dòng máu đến mạch máu ngoại biên giảm, co mạch ngoại biên.
- Da toàn thân tím, lạnh và ẩm.
- Tím ngoại biên gặp trong: sốc giảm thể tích, giảm lưu lượng tim trong suy tim ứ trệ, bệnh mạch máu ngoại vi.

4.1.3. Các chi: nhận định cả 2 bên chi, so sánh 2 bên chi để phát hiện:

- Sự thay đổi màu sắc.
- Sự thay đổi tình trạng mạch máu.
- Móng tay khum, ngón tay dùi trống là các dấu hiệu đặc trưng trong các bệnh tim phổi mãn, tim bẩm sinh, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.
- Tình trạng phù chi.
- Độ chun giãn da: mất nước và tuổi cao làm giảm độ chun giãn da.
- Vận động chi: tai biến mạch não thường gây liệt chi, yếu cơ, đau và rụng lông do thiếu nuôi dưỡng.

4.1.4. Đo huyết áp động mạch chi

- Đo huyết áp cả 2 bên, cả chi trên và chi dưới bình thường:
 - + HA tâm thu : 90 - 140 mmHg
 - + HA tâm trương : 60 - 90 mmHg
- Khi huyết áp giảm: cung cấp máu giảm, thiếu oxy và dinh dưỡng tổ chức.
- Hạ huyết áp khi đứng: thường biểu hiện bằng chóng mặt khi chuyển từ tư thế nằm sang tư thế ngồi hoặc đứng dậy.
 - + Hạ huyết áp khi đứng được xác định khi:
 - HA tâm thu giảm đi 10 - 15 mmHg.
 - HA tâm trương giảm đi 10 mmHg.
 - Tần số tim tăng thêm 10 - 20 %.
 - + Nguyên nhân hạ huyết áp tư thế có thể là:
 - Mất nước ngoài tế bào do dùng thuốc lợi tiểu.
 - Giảm trương lực mạch máu.
 - Suy hệ thần kinh tự động điều hòa huyết áp.
- Huyết áp hiệu số (chênh lệch huyết áp):

Huyết áp hiệu số = HA tâm thu - HA tâm trương

Bình thường huyết áp hiệu số khoảng 30 - 40 mmHg.

 - + Huyết áp hiệu số tăng trong các trường hợp:
 - Tim đập chậm.
 - Hở van động mạch chủ.
 - Vữa xơ động mạch.
 - Tăng huyết áp theo tuổi.
 - + Huyết áp hiệu số giảm (kẹt huyết áp) trong trường hợp:

- Sốc giảm thể tích.
- Sốc tim.
- Suy tim.
- Tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim.
- Hẹp van 2 lá.

4.2. Nhận định về hệ tim mạch

4.2.1. Mạch máu

* Tĩnh mạch:

- Quan sát tĩnh mạch cổ và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALMTT):
 - + Tĩnh mạch cổ nổi và áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng > 10 cm H₂O gặp trong 1 số trường hợp như:
 - + Suy tim phải.
 - Hở hoặc hẹp van 3 lá.
 - Tăng áp lực động mạch phổi.
 - Tràn dịch màng tim.
 - Viêm màng ngoài tim co thắt.
 - + ALMTT giảm gặp trong các trường hợp giảm thể tích tuần hoàn.
 - + Dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ:
 - + Cách làm dấu hiệu này: để bệnh nhân nằm đầu cao chéch 1 góc 45⁰, dùng bàn tay ép vào vùng mạn sườn phải bệnh nhân (vùng gan) trong khoảng 30-40 giây.
 - + Dấu hiệu được coi là dương tính khi ta ép vào vùng gan thì tĩnh mạch cổ giãn to ra và chậm trở lại trạng thái ban đầu khi ta bỏ tay ra không ép vùng gan nữa.
 - + Dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính gặp trong suy tim phải.

* Động mạch ngoại biên:

- Động mạch ngoại biên gồm tất cả các động mạch ở ngoại vi như:
 - + Phía trên gồm: động mạch thái dương, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch cánh tay, động mạch quay.
 - + Phía dưới gồm: động mạch bẹn, động mạch khoeo, động mạch chày sau, động mạch mu bàn chân.
- Phải nhận định đầy đủ các động mạch ngoại biên và so sánh hai bên về các vấn đề sau:
 - + Có mạch đập hay không?
 - + Biên độ mạch này mạnh hay yếu?
 - + Tần số bao nhiêu lần/phút?
 - + Nhịp đều hay không đều?
 - + Thành mạch co cứng không hay mềm?

Chú ý: riêng động mạch cảnh không nên khám cùng một lúc cả hai bên.

4.2.2. Tim

* Quan sát:

- Lòng ngực trái có thể biến dạng, nhô cao trong trường hợp bệnh tim từ nhỏ.
- Mỏm tim: bình thường mỏm tim đập ở khoảng liên sườn IV - V đường trung đòn trái.

+ Khi tim trái to: mỏm tim đập ở thấp và ở ngoài đường trung đòn trái.

+ Mỏm tim đập mạnh trong hở van động mạch chủ.

* Sờ:

- Xác định vị trí mỏm tim đập. Nếu tim to, vị trí mỏm tim cũng thay đổi.

- Xác định rung miu: nếu có rung miu thì có ở thì tâm thu hay ở thì tâm trương?

* Gõ: nhằm xác định diện đục của tim.

- Bình thường bờ phải của diện đục tim không vượt quá bờ phải xương ức 0,5 cm, bờ trái không vượt quá đường trung đòn trái.

- Nếu tim to: diện đục của tim sẽ rộng hơn bình thường (về bên trái, hoặc về bên phải, hoặc về cả 2 bên).

* Nghe tim bằng ống nghe

- Có 4 vị trí (4 ổ) nghe tim thông thường là:

1. Liên sườn II cạnh bờ phải xương ức: ổ van động mạch chủ.

2. Liên sườn II cạnh bờ trái xương ức: ổ van động mạch phổi.

3. Sụn sườn VI sát bờ trái xương ức: ổ van 3 lá.

4. Liên sườn IV - V đường trung đòn trái: ổ van 2 lá.

Mỏm tim còn là nơi để xác định chính xác tần số tim.

- Những điểm cần ghi nhận khi nghe tim:

+ Có tiếng tim (T_1 , T_2) đập không? cường độ mạnh (rõ) hay yếu (mờ)?

+ Đếm tần số tim, phát hiện tần số tim bất thường như: Nhịp chậm dưới 60 lần/phút hoặc nhịp nhanh trên 100 lần/phút.

+ Nhịp tim đều hay không đều?

• Bình thường khoảng thời gian giữa các tiếng tim tương đối đều nhau.

• Bất thường trong trường hợp có loạn nhịp tim. Ví dụ các loại loạn nhịp sau: các khoảng thời gian giữa các tiếng tim không đều, lúc nhanh, lúc chậm, lúc rõ, lúc yếu khó xác định.

+ Có tiếng tim bất thường không? Ví dụ: tiếng ngựa phi trong suy tim cấp. Tiếng cọ màng ngoài tim trong viêm màng ngoài tim.

+ Các tiếng thổi hay gập trong các bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh có lỗ thông. Cần xác định là thổi ở thì nào (tâm thu hay tâm trương)? vị trí nghe thấy tiếng thổi ở đâu?

4.3. Nhận định về hô hấp

- Quan sát hình thể lồng ngực:

- + Bình thường lồng ngực cân đối 2 bên.
- + Lồng ngực có thể biến dạng: đường kính ngang = đường kính trước sau (lồng ngực hình thùng) gặp trong bệnh khí phế thũng, tim phổi mãn,...
- Di động lồng ngực (biên độ thở): có thể thở nông hoặc rối loạn kiểu thở.
- Đếm tần số thở:
 - + Nhịp thở bình thường ở người lớn: 16 - 20 lần/phút.
 - + Trong trường hợp thở nhanh, biên độ thở nông, có sự co kéo các cơ hô hấp phụ (như rút lõm hõm ức, hạ đòn, các khoảng liên sườn) là dấu hiệu sớm của suy tim ứ trệ.
 - + Trường hợp bệnh nhân khó thở đột ngột không giải thích được có thể là do nghẽn mạch phổi hay nhồi máu phổi.
- Rối loạn kiểu thở:
 - + Thở nông còn có thể do đau ngực trong viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi.
 - + Thở kiểu Cheyne - Stokes: thường thấy ở bệnh nhân suy tim, nhiễm toan chuyển hóa hoặc ở bệnh nhân thiếu máu nặng.
- Đàm: số lượng, màu sắc, tính chất?
- Nghe phổi: ở bệnh nhân tim mạch có thể nghe:
 - + Ran ẩm do tích dịch phế nang trong suy tim trái, phù phổi cấp.
 - + Ran rít, ran ngáy do chuyển động của luồng khí qua phế quản bị hẹp, có thể thấy trong cơn hen tim, suy tim ứ trệ lâu ngày.

4.4. Các cơ quan khác

Tham khảo các bài nhận định ở các chương khác. Tuy nhiên cần chú ý những vấn đề liên quan đến bệnh lý tim mạch như:

- Lượng nước tiểu 24 giờ:
 - + Số lượng nước tiểu ít phản ánh tình trạng giảm tưới máu thận.
 - + Bệnh nhân suy tim mãn thường hay đi tiểu nhiều lần, mỗi lần đi tiểu số lượng nước tiểu ít, hay đi tiểu ban đêm.
- Đặc điểm của gan to do ứ huyết (gan tim):
 - + Gan có thể to ít (chỉ mập mé bờ sườn) hoặc có thể rất to (ngang rốn) tùy thuộc vào giai đoạn và mức độ của suy tim.
 - + Mật độ gan thường mềm, bề mặt nhẵn.
 - + Gan to có thể thu nhỏ lại (gan đàn xẹp) nhiều hay ít sau điều trị tùy thuộc vào mức độ còn bù trừ nhiều hay ít của tim.
- Những bất thường ở các giác quan (đặc biệt là mắt): những tổn thương mạch máu ở võng mạc do tăng huyết áp gây ra có thể làm giảm thị lực, thậm chí gây mù hoàn toàn.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

1. ĐẠI CƯƠNG

Từ 65 tuổi trở lên: 2/3 có tăng huyết áp (USA). Từ 60 tuổi trở lên 1/2 bị THA (BV Lão Khoa trung ương)

Người già THA: tai biến tim mạch tăng gấp 3.

Ở người già, HA tâm thu là yếu tố nguy cơ quan trọng hơn HA tâm trương.

Điều trị hạ HA làm giảm 30 - 40% đột quỵ, 20 - 25% NMCT và 50% suy tim.

Điều trị hạ HA có lợi ở NCT cho đến tuổi 80. Sau tuổi này chưa có kết luận.

Tại Việt Nam	tăng huyết áp
1970: 6	8% Dân số
1990: 12	14% Dân số
2000: 18	22% Dân số
2005: 20% - 24% Dân số	20% - 24% Dân số

Định nghĩa

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới: ở người trưởng thành gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg (với ít nhất 2 lần khám khác nhau, mỗi lần khám đo huyết áp ít nhất ở 2 thời điểm khác nhau)

Thay đổi huyết áp trong ngày

- Nhắc lại sinh lý: huyết áp động mạch thường không cố định mà có thể thay đổi:

+ Trong ngày: huyết áp ban đêm thường thấp hơn ban ngày.

+ Theo tuổi: huyết áp người già thường cao hơn huyết áp người trẻ.

+ Theo giới: huyết áp của nữ thường thấp hơn của nam.

Hoạt động	Huyết áp tâm thu mmHg	Huyết áp tâm trương mmHg
Hợp	+ 20,2	+ 15,0
Làm việc	+ 16,0	+ 13,0
Đi bộ	+ 12,0	+ 5,5
Gọi điện thoại	+ 9,5	+ 7,2
Ăn	+ 8,8	+ 9,6
Nói chuyện	+ 6,7	+ 6,7
Đọc sách	+ 1,9	+ 2,2
Xem tivi	+ 0,3	+ 1,1
Nghỉ ngơi	0,0	0,0
Ngủ	- 10,0	- 7,6

2. PHÂN LOẠI TĂNG HUYẾT ÁP

- Theo tính chất

+ Tăng huyết áp thường xuyên.

+ Tăng huyết áp cơn: trên cơ sở huyết áp bình thường hoặc gần bình thường có những cơn huyết áp cao vọt. Những lúc có cơn tăng huyết áp kiểu này rất hay xảy ra tai biến.

+ Tăng huyết áp dao động.

- Theo nguyên nhân

+ Tăng huyết áp nguyên phát (còn gọi là: “tăng huyết áp không rõ nguyên nhân”, “tăng huyết áp vô căn” hay “bệnh tăng huyết áp”) loại này chiếm tới 90 % các trường hợp tăng huyết áp.

+ Tăng huyết áp thứ phát (tăng huyết áp có nguyên nhân) gặp trong một số bệnh (như bệnh tim, thận, nội tiết,...). Trong trường hợp này tăng huyết áp chỉ là triệu chứng của bệnh đó (còn gọi là tăng huyết áp triệu chứng) loại chiếm 10 % các trường hợp tăng huyết áp và thường gặp ở người trẻ.

Bảng 2.1. Phân loại huyết áp ở người lớn như sau:

ESH/ESC - 2007	Huyết áp (mmHg)	
Tối ưu	< 120/80	Bình thường
Bình thường	120 - 129/80-84	Tiền THA
Bình thường cao	130 - 139/85 - 89	
Tăng huyết áp	≥ 140/90	Tăng huyết áp
Giai đoạn 1	140 - 159/90 - 99	Giai đoạn 1
Giai đoạn 2	160 - 179/100 - 109	Giai đoạn 2
Giai đoạn 3	≥ 180/110	

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Nguyên nhân của tăng huyết áp thứ phát

Các nhóm nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát là:

3.1.1. Bệnh thận

Bệnh thận là nguyên nhân gây tăng huyết áp hay gặp. Bệnh thận gồm:

- Viêm cầu thận cấp hoặc mãn tính.
- Viêm thận mãn (cầu thận, kẽ thận) mắc phải hoặc bẩm sinh.
- Thận đa nang.
- Ú nước bể thận.
- U tăng tiết Renin.

- Hẹp động mạch thận.
- Suy thận.

3.1.2. Bệnh nội tiết

- Cường Aldosteron tiên phát (hội chứng Conn).
- Hội chứng Cushing.
- Phi đại tuyến thượng thận bẩm sinh.
- U tủy thượng thận.
- Cường giáp.
- Bệnh to đầu chi.

3.1.3. Bệnh tim mạch

- Hẹp eo động mạch chủ: tăng huyết áp chi trên nhưng lại giảm huyết áp chi dưới.
- Hở van động mạch chủ: tăng huyết áp tâm thu nhưng lại giảm huyết áp tâm trương.
- Rò động tĩnh mạch.

3.1.4. Các nguyên nhân khác

- Nhiễm độc thai nghén.
- Bệnh tăng hồng cầu.
- Nhiễm toan hô hấp (nguyên nhân thần kinh).

3.2. Yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp.

Khi không tìm thấy nguyên nhân gây tăng huyết áp người ta gọi là tăng huyết áp nguyên phát. Loại này chiếm 90 % các trường hợp tăng huyết áp, thường gặp ở người trung niên và người già.

Tuy không tìm thấy nguyên nhân nhưng người ta thấy có một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Các yếu tố nguy cơ này làm sớm xuất hiện tăng huyết áp và đẩy nhanh biến chứng do tăng huyết áp gây ra. Các yếu tố nguy cơ đó là:

- HA tâm thu và tâm trương
- Chênh lệch HA (ở người già)
- Tuổi: nam > 55, nữ > 65
- Hút thuốc lá
- Rối loạn lipid máu: TC > 5mmol/L, LDL > 3mmol/L, HDL: nam < 1mmol/L, nữ < 1,2mmol/L, TG > 1,7mmol/L
 - + Đường huyết đói 5,6 - 6,9mmol/L
 - + Rối loạn dung nạp đường
 - + Béo bụng: vòng bụng nam > 102cm, nữ > 88cm
- Tiền sử gia đình chết sớm về tim mạch: nam < 55, nữ < 65
- Hội chứng chuyển hóa, 3 trong 5 tiêu chuẩn sau:
 - + Béo bụng: vòng bụng nam > 102cm, nữ > 88cm (Châu Á là 90 và 80 cm)

- + Đường huyết đói 5,6 - 6,9mmol/L
- + HA \geq 130/85mmHg
- + HDL: nam <1mmol/L, nữ < 1,2mmol/L
- + TG > 1,7mmol/L

4. TRIỆU CHỨNG

- Tăng huyết áp thường không có triệu chứng cơ năng. Nhiều người tình cờ phát hiện tăng huyết áp khi đo huyết áp (khám sức khỏe định kỳ).

- Đo ít nhất 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất là 2 phút, nếu chênh nhau \square 5 mmHg phải đo lần thứ 3, lấy trung bình cộng.

- Tư thế nằm hoặc ngồi.

- Máy đo HA thủy ngân, đồng hồ.

- Đo hai tay: khi nghi ngờ (mạch 2 tay không đều, chóng mặt...). Chênh lệch khi HA tối đa \geq 20 mmHg/ tối thiểu \geq 10 mmHg

- Một số trường hợp có thể có biểu hiện như:

* *Triệu chứng do huyết áp tăng*

- Đau đầu buổi sáng sau khi thức dậy, hết sau vài giờ

- Chóng mặt

- Mặt đỏ phừng

- Hồi hộp, mau mệt mỏi

* *Triệu chứng do mạch máu do tăng huyết áp*

- Chảy máu mũi

- Nhìn lòa

- Đau ngực

- Chóng mặt tư thế

* *Thăm khám*

- Không có dấu hiệu đặc biệt

- Nghe tiếng A2 mạnh

- Khi tăng huyết áp đã có biến chứng thì bệnh nhân có các biểu hiện của biến chứng đó, ví dụ: khi tăng huyết áp có biến chứng suy tim thì có triệu chứng của suy tim (khó thở...).

- Triệu chứng quan trọng nhất của tăng huyết áp là: Đo huyết áp chỉ số huyết áp tăng.

- Tăng huyết áp ác tính:

+ Chỉ số huyết áp rất cao.

+ Đau đầu dữ dội.

+ Hay gây biến chứng ở não và tim.

+ Tiến triển nhanh, nặng nề.

5. BIẾN CHỨNG: tăng huyết áp thường gây biến chứng vào các cơ quan sau:

5.1. Tim mạch

- Biến chứng ở tim:
 - + Suy tim: đầu tiên là suy tim trái, sau đó suy tim toàn bộ.
 - + Rối loạn nhịp tim, ngoại tâm thu, nhịp nhanh thất, rung thất gây đột tử.
 - + Cơn đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp thường kèm theo xơ vữa động mạch vành gây cơn đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim.
 - + Cơn hen tim hay phù phổi cấp.
- Biến chứng mạch: xơ cứng mạch máu.

5.2. Não

- Khi bị tăng huyết áp gây thiếu máu não: có các triệu chứng như đau đầu, hoa mắt, chóng mặt.
 - Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua: bệnh nhân bị tổn thương thần kinh khu trú (liệt nửa mặt, rối loạn ngôn ngữ) nhưng hồi phục hoàn toàn trong 24 giờ.
 - Đột quy (tai biến mạch máu não): có các triệu chứng như liệt nửa người, liệt nửa mặt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cơ tròn...

5.3. Thận

Tổn thương thận diễn biến theo mức độ, giai đoạn của tăng huyết áp:

- Tiểu đêm nhiều lần.
- Protein niệu do tổn thương cầu thận.
- Suy thận mãn.

5.4. Mắt

- Tăng huyết áp có thể gây mờ mắt, giảm thị lực, nhìn mờ, soi đáy mắt thấy tổn thương.
 - Ngoài ra tăng huyết áp còn có thể gây các biến chứng khác như: xuất huyết mũi (vùng màng mạch mũi cũng dễ bị tổn thương gây xuất huyết nặng khó cầm).

6. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

6.1. Nguyên tắc điều trị

- Loại trừ các yếu tố nguy cơ.
- Điều trị nguyên nhân gây tăng huyết áp (nếu có).
- Tăng huyết áp vô căn phải điều trị suốt đời vì bệnh không khỏi được.
- Kết hợp điều trị biến chứng do tăng huyết áp gây ra.
- Tuyên truyền, quản lý, theo dõi định kỳ để điều chỉnh phác đồ điều trị thích hợp riêng cho từng bệnh nhân.

6.2. Cách điều trị

Có rất nhiều khuyến cáo về điều trị tăng huyết áp khác nhau, mỗi khuyến cáo đều hướng tới lợi ích cho người bệnh.

Theo JNC VI (Six Report of Joint National Committee) việc điều trị tăng huyết áp được chia thành 3 nhóm dựa theo:

- Chỉ số huyết áp.
- Tồn thương cơ quan đích.
- Các yếu tố nguy cơ.

BẢNG 1. CÁCH ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP THEO NHÓM BỆNH

	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm C
Chỉ số huyết áp	Không có tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim trên lâm sàng	Có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ nhưng không có bệnh tiểu đường, không có tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim trên lâm sàng	Có tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim trên lâm sàng và/hoặc bệnh tiểu đường, có hoặc không có các yếu tố nguy cơ khác
Bình thường cao (130-139/80-89)	Điều chỉnh lối sống	Điều chỉnh lối sống	Điều trị thuốc
Tăng huyết áp giai đoạn 1 (140-159/90-99)	Điều chỉnh lối sống, theo dõi tới 12 tháng	Điều chỉnh lối sống, theo dõi tới 6 tháng	Điều trị thuốc
Tăng huyết áp giai đoạn 2 ($\geq 160/\geq 100$)	Điều trị thuốc	Điều trị thuốc	Điều trị thuốc

Mục tiêu chung của điều trị tăng huyết áp là: giảm các biến chứng và giảm tử vong. Để đạt được mục tiêu trên, người bệnh tăng huyết áp phải thay đổi lối sống và đưa huyết áp về $< 140/90$ mmHg. Riêng với những bệnh nhân tăng huyết áp có kèm theo bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mãn thì cần đạt mức huyết áp $< 130/80$ mmHg. Các biện pháp điều trị tăng huyết áp bao gồm:

- Điều chỉnh lối sống: tránh các tránh các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp bằng cách:

- + Ngừng hút thuốc lá.
 - + Không uống rượu bia.
 - + Ăn nhạt.
 - + Người béo phải giảm cân thừa.
 - + Hoạt động thể lực vừa phải.
 - + Tránh stress tinh thần.
 - + Chế độ ăn uống phù hợp: ăn nhiều trái cây và rau, hạn chế mỡ.
- Dùng thuốc hạ huyết áp:

+ Nhằm hạ huyết áp đến mức mong muốn: < 140/90 mmHg, với người có bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mãn thì hạ xuống mức < 130/80 mmHg.

+ Cần chú ý không hạ huyết áp quá nhanh, chú ý đến khả năng duy trì tác dụng hạ huyết áp 24 giờ trong ngày.

+ Việc lựa chọn thuốc phải dựa vào đánh giá cụ thể tình trạng người bệnh, quan tâm đến những bệnh nội khoa phối hợp và phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

+ Vẫn cần phải duy trì biện pháp điều chỉnh lối sống mặc dù đã điều trị bằng thuốc.

* HUYẾT ÁP MỤC TIÊU Ở NGƯỜI GIÀ

Người già (60 - 79 tuổi): HA < 140/90 mmHg

Người rất già (> = 80 tuổi): HA < 140/90 mmHg nếu chỉ cần dùng 2 loại thuốc, không tụt HA tư thế, không tác dụng phụ

HA < 150/90 nếu phải dùng 3 loại thuốc, có tụt HA tư thế, tác dụng phụ khác

HA < 130/80 nếu bệnh nhân có đái tháo đường và/hoặc bệnh thận mãn.

6.3. Một số thuốc điều trị tăng huyết áp

Huyết áp phụ thuộc vào 2 yếu tố chính là: cung lượng tim và sức cản ngoại vi. Tăng huyết áp xảy ra khi có tăng cung lượng tim hoặc tăng sức cản ngoại vi, hoặc tăng cả hai. Ngoài ra còn có vai trò của hệ thần kinh giao cảm, các ion Na⁺ và Ca⁺⁺, hệ thống renin - angiotensin - aldosteron trong việc điều hòa huyết áp.

Các thuốc điều trị tăng huyết áp tác động vào các yếu tố trên. Có 5 nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp thường được sử dụng là:

6.3.1. Thuốc lợi tiểu

- Tác dụng: làm giảm thể tích huyết tương dẫn đến giảm cung lượng tim và giảm huyết áp.

- Các thuốc thường dùng: Furosemid, Hypothiazid, Natrilix.

- Lưu ý: nhóm thuốc này gây rối loạn điện giải, đặc biệt là gây hạ kali máu.

6.3.2. Thuốc liệt giao cảm trung ương

- Tác dụng: kích thích thụ giao cảm alpha trung ương, dẫn đến giảm trương lực giao cảm ngoại vi, giảm huyết áp.

- Thuốc thường dùng alpha methyl dopa (biệt dược là: aldomet, dopegyt)

- Lưu ý: nhóm thuốc này có thể gây hạ nhẹ huyết áp khi đứng, giảm khả năng hoạt động trí óc, khó tập trung tư tưởng, đôi khi có rối loạn tiêu hóa (nhưng sau 1 thời gian sẽ hết).

6.3.3. Thuốc ức chế cảm thụ giao cảm beta (thuốc chẹn beta)

- Tác dụng làm giảm cung lượng tim dẫn đến giảm huyết áp, ngoài ra còn làm giảm tính dẫn truyền thần kinh tự động tim.

- Thuốc thường dùng là Propranolon, bisoprolon.
- Lưu ý: không được dùng nhóm thuốc này cho bệnh nhân huyết áp có nhịp tim chậm, tắc nghẽn dẫn truyền thần kinh tự động tim, hen phế quản.

6.3.4. Thuốc ức chế calci (thuốc chẹn calci)

- Tác dụng ức chế các kênh calci chậm phụ thuộc điện thế ở các sợi cơ trơn, không cho Ca^{++} vào trong tế bào, do đó làm giãn mạch và hạ huyết áp.
- Thuốc thường dùng nifedipin (adalat), amlodipin.
- Lưu ý: thuốc có thể gây nóng bừng mặt, hồi hộp trống ngực, đau đầu, mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa.

6.3.5. Thuốc ức chế men chuyển

- Tác dụng ức chế men chuyển Angiotensin I thành Angiotensin II, làm mất tác dụng co mạch, giữ muối và nước của Angiotensin II, do đó làm giảm huyết áp.
- Các thuốc thường dùng Caporil, Enalapril, Perindopril (Coversyl).
- Lưu ý: không dùng thuốc ức chế men chuyển cho bệnh nhân bị hẹp động mạch thận 2 bên hoặc hẹp động mạch thận ở bệnh nhân chỉ có 1 thận. Nhóm thuốc có thể gây ho khan.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

7.1. Nhận định chăm sóc

- Tìm hiểu lối sống và xác định các yếu tố nguy cơ mạch vành khác hoặc các bệnh kèm theo có ảnh hưởng đến tiên lượng và điều trị bệnh nhân.
- Tìm các nguyên nhân có thể xác định được gây tăng huyết áp.
- Đánh giá các tổn thương cơ quan đích và bệnh mạch vành.
- Nhận định chi tiết về thực thể, tinh thần, kinh tế, văn hóa, xã hội, môi trường sống và văn hóa tín ngưỡng.
- Trọng tâm của nhận định thực thể là đo huyết áp đúng kỹ thuật (đo nhiều lần ở những thời điểm khác nhau, với 1 số trường hợp cần đo ở nhiều tư thế khác nhau như nằm, ngồi, đứng, đo cả 4 chi).
- Thông qua việc hỏi người bệnh, khám thực thể, thực hiện và tham khảo các kết quả xét nghiệm các thăm dò cận lâm sàng, điều dưỡng phải khai thác được:
 - + Người bệnh bị tăng huyết áp nguyên phát hay thứ phát?
 - + Nguyên nhân của tăng huyết áp là gì đối với tăng huyết áp thứ phát?
 - + Có các yếu tố nguy cơ nào (nhất là đối với tăng huyết áp nguyên phát)?
 - + Đã có những biến chứng hay tổn thương cơ quan đích nào? được biểu hiện bằng những khó chịu hoặc những thiếu hụt chức năng đi kèm, hoặc do hậu quả của tăng huyết áp gây ra như đau đầu, chóng mặt, đau ngực, mệt nhọc,...
 - + Các bệnh phối hợp như tiểu đường, bệnh thận mãn, bệnh tim mạch.
 - + Nhận thức của người bệnh về tăng huyết áp?

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa vào các dữ liệu thu thập được qua nhận định người bệnh tăng huyết áp có thể đưa ra các chẩn đoán chăm sóc sau:

- Nhức đầu, mệt mỏi do tình trạng tăng huyết áp.
- Chế độ ăn uống không phù hợp liên quan thiếu kiến thức về chế độ ăn tiết chế
- Nguy cơ xảy ra cơn tăng huyết áp cấp, nhồi máu não, phù phổi cấp, ..liên quan thiếu kiến thức quản lý bệnh.

7.3. Kế hoạch chăm sóc: các mục tiêu cần đạt được là:

- Giảm nhức đầu, mệt mỏi
- Thiết lập chế độ ăn
- Người bệnh hiểu biết về bệnh, loại bỏ được các yếu tố nguy cơ, tuân thủ chế độ điều trị và kiểm soát huyết áp lâu dài theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

7.4. Thực hiện chăm sóc

* Giảm nhức đầu, mệt mỏi do tình trạng tăng huyết áp.

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ, thoáng mát, tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột
- Khuyến bệnh nhân tránh lao động trí óc căng thẳng, lo lắng quá độ.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Hướng dẫn bệnh nhân: tập hít thở sâu, nghe nhạc êm dịu,...
- Người bệnh có thể làm những công việc phục vụ mình, đi lại trong phòng, tập vận động nhẹ nhàng.
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ áp cho người bệnh
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là tình trạng tăng huyết áp. Tùy theo y lệnh có thể từ 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 2 giờ đo một lần.

* Người bệnh có kiến thức để thiết lập chế độ ăn uống phù hợp

- Ăn hạn chế mỡ, thay bằng dầu thực vật, hạn chế ăn lòng đỏ trứng, phủ tạng và da của động vật.

- Hạn chế muối (ăn nhạt). Chỉ dùng 2,4g natri (hoặc 6g NaCl) một ngày. Tránh ăn thức ăn chế biến sẵn (cá hay thịt khô, thức ăn đóng hộp, mứt, khoai tây chiên...), tránh thêm nước mắm, bột nêm, bột ngọt khi nấu ăn.

- Hạn chế đồ uống có cồn (rượu bia).

- Ăn nhiều trái cây, rau xanh.

- Giảm cân:

+ BMI < 25 kg/m²

+ Vòng bụng: • Nam < 90 cm

• Nữ < 80 cm

- Ngưng thuốc lá

- Hạn chế chất kích thích cà phê, rượu, bia.

- Vận động thể lực đều đặn 5 - 7 ngày/1 tuần ít nhất 30 phút

*** Ngăn ngừa các biến chứng của tăng huyết áp**

Thực hiện nghiêm túc các y lệnh điều trị, theo dõi huyết áp trước và sau khi dùng thuốc hạ huyết áp, kịp thời báo cáo thầy thuốc nếu người bệnh không đáp ứng với thuốc.

*** Người bệnh an toàn khi sử dụng thuốc hạ áp**

*** Người bệnh có kiến thức về quản lý bệnh**

- Cung cấp kiến thức về bệnh tăng huyết áp
- Thuyết phục người bệnh điều trị suốt đời
- Thuyết phục người bệnh thay đổi lối sống

7.5. Đánh giá chăm sóc

Các kết quả mong muốn là:

- Đạt được huyết áp ở mức tối ưu mà người bệnh có thể chịu đựng được.
- Người bệnh ngủ được, an tâm điều trị.
- Người bệnh hết hoa mắt, chóng mặt.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh, loại bỏ được các yếu tố nguy cơ, tuân thủ chế độ điều trị và kiểm soát huyết áp lâu dài theo chỉ dẫn của thầy thuốc./.

III. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy tim (HF) là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng tim, dẫn đến suy giảm cung cấp oxy tương xứng với nhu cầu chuyển hóa mô ở áp lực đổ đầy bình thường (hoặc chỉ ở áp lực đổ đầy gia tăng).

Suy tim cấp (AHF) là từ mô tả đặc tính khởi phát nhanh hoặc thay đổi nhanh trong các dấu hiệu và triệu chứng của HF.

Đây là tình trạng đe dọa cần phải điều trị ngay lập tức và thường phải nhập viện khẩn cấp

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Tim có hai buồng (tim phải và tim trái) có nhiệm vụ khác nhau nên người ta chia ra suy tim phải và suy tim trái.

2.1. Suy tim trái

2.1.1. Bệnh căn và bệnh sinh

Tất cả các bệnh làm ứ đọng máu trong thất trái hoặc làm cho thất trái phải làm việc nhiều đều gây suy tim trái, ví dụ:

- Hở lỗ van hai lá: ở đây mỗi lần tim bóp, có một lượng máu chạy lên nhĩ trái, không đi ra đại tuần hoàn, nên tim đáp ứng bằng cách bóp nhiều và mạnh vì thế lâu ngày dẫn tới suy tim.

- Hở van động mạch chủ: cơ chế gây suy tim ở đây là do máu từ động mạch chủ trở lại tâm thất trái trong mỗi thì tâm trương nên ở mỗi thì tâm thu tim phải bóp mạnh để bù

lại khối lượng máu thiếu, từ chỗ phải làm việc nhiều mà đem lại kết quả ít làm tim trái bị suy.

- Tăng huyết áp động mạch: ở đây tim trái phải bóp mạnh để thắng áp lực tác động lên van động mạch chủ cũng như thắng sức cản của thành mạch tăng lên trong bệnh tăng huyết áp làm cho tim trái suy.

- Bệnh nhồi máu cơ tim: một phần cơ tim bị hủy hoại do không được tưới máu vì tắc động mạch vành.

- Bệnh viêm cơ tim, do thấp tim do nhiễm độc, nhiễm khuẩn làm cơ tim bị suy.

2.1.2. Triệu chứng

2.1.2.1. Triệu chứng chức năng

- Triệu chứng chính là khó thở và ho. Lúc đầu người bệnh chỉ khó thở khi gắng sức, về sau nằm hoặc ngồi nghỉ cũng khó thở và ho thường ho khan, nhưng người bệnh có thể khạc ra đàm lẫn máu, có khi khó thở đến đột ngột như *trong cơn hen tim (khó thở kịch phát về đêm, nặng hơn kéo dài khó thở hơn, khó thở khi nằm đầu thấp)*, cơn phù phổi cấp, làm người bệnh khó thở dữ dội, hốt hoảng, ho ra đàm có bọt hồng, có khi bọt hồng tự trào ra miệng. Nếu nghe phổi sẽ thấy rất nhiều ran nhỏ hạt rồi sau là ran ướt từ hai đáy phổi lan lên khắp hai trường phổi người bệnh rất dễ bị tử vong (xem phần rối loạn chức năng).

- Cơn đau ngực: trường hợp này gặp trong suy tim vì viêm hay tắc động mạch vành, người bệnh đau dữ dội sau xương ức lan ra cánh tay trái theo bờ trong hai cánh tay xuống tới hai ngón tay số 4 và số 5.

- Thiếu niệu do giảm tưới máu cầu thận

2.1.2.2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng ở tim:

+ Tiếng tim nhỏ, mờ.

+ Nhịp tim nhanh.

+ Có thể thấy tiếng ngựa phi trái.

+ Tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm, ít lan, đây là tiếng thổi do hở van hai lá chức năng vì thất trái to ra.

- Triệu chứng ở mạch:

+ Mạch nhỏ khó bắt.

+ Huyết áp tụt xuống, đặc biệt là số tối đa.

- Triệu chứng x-quang:

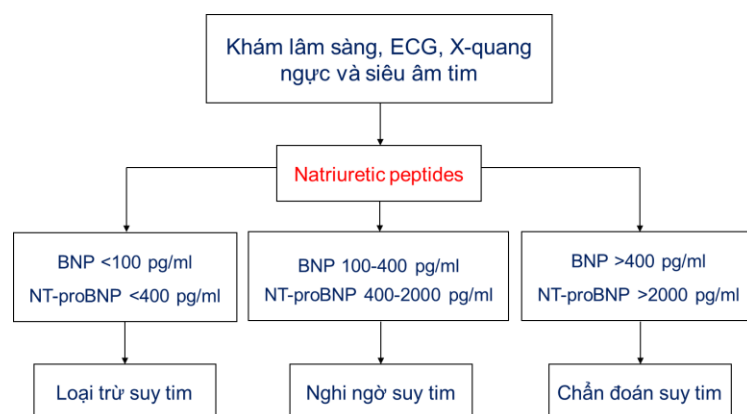
+ Tim trái to ra, biểu hiện bởi cung dưới trái phình, mỏm tim chúc xuống.

+ Phổi mờ do ứ máu nhiều, nhất là vùng rốn phổi.

- Triệu chứng điện tâm đồ: trục điện chuyên sang trái.

+ Hình ảnh R cao ở D, S sâu ở D3 (R1S3).

- + QRS giãn rộng, T đảo ngược.
- Siêu âm tim
- BNP tăng (BNP: B - type natriuretic peptide (peptide lợi niệu type - B)
NT- proBNP: N terminal fragment pro - B - type natriuretic peptide



Tóm lại trong suy tim trái, nổi bật lên các triệu chứng về phổi (từ khó thở qua cơn hen tim đến phù phổi cấp). Vì tim trái suy, tiểu tuần hoàn bị ứ máu nên bộ phận chịu ảnh hưởng đầu tiên là phổi. Trái lại trong suy tim phải, máu về tim phải khó nên ứ lại ở ngoại biên mà cơ quan bị ảnh hưởng đầu tiên là gan.

2.2. Suy tim phải

2.2.1. Bệnh căn, bệnh sinh

Tất cả các trường hợp gây cản trở cho sự đẩy máu từ timphải lên phổi đều gây suy tim phải như:

- Hẹp van hai lá: nhĩ trái suy, áp lực tiểu tuần hoàn tăng lên vì ứ máu, do đó tim phải đẩy máu lên phổi khó khăn và dẫn tới suy.
- Các bệnh phổi mãn tính như hen phế quản, khí thũng phổi, xơ phổi, giãn phế quản, dính màng phổi,... các bệnh này đều dẫn tới hậu quả làm tăng áp lực mao mạch phổi nên tim phải dễ suy vì gắng sức nhiều.
- Các bệnh tim bẩm sinh: ví dụ hẹp động mạch phổi, tứ chứng Fallot đều làm tâm thất phải ứ máu rồi suy.

2.2.2. Triệu chứng

2.2.2.1. *Triệu chứng chức năng*: hai triệu chứng chính là xanh tím và khó thở

- Xanh tím: do lượng huyết cầu tố khử tăng lên, người bệnh bị tím ở niêm mạc như môi, lưỡi và ngoài da, có khi tím toàn thân.
- Khó thở: tùy theo tình trạng ứ trệ ở phổi mà người bệnh khó thở ít hoặc nhiều, nhưng không có cơn kịch phát.

2.2.2.2. *Triệu chứng thực thể*: là các triệu chứng ứ máu ngoại vi như:

- Tĩnh mạch cổ nổi to và đập, nhất là khi người bệnh nằm: nếu ta ấn tay vào gan rồi đẩy lên, sẽ thấy tĩnh mạch cổ nổi to hơn, đó là dấu hiệu phản hồi gan, tĩnh mạch cổ.
- Tiếng thổi tâm thu do hở val 3 lá.

- Biểu hiện gan:
 - + Gan to, mắt nhũn, sờ vào đau.
 - + Gan nhỏ đi khi nghỉ ngơi, khi dùng thuốc lợi tiểu mạnh và thuốc trợ tim.
 - + Gan to lại trong đợt suy tim sau, vì thế gọi là gan đàn xẹp.
 - + Cuối cùng vì ứ máu lâu, gan không thu nhỏ được và cứng: xơ gan tim.
- Biểu hiện phù: phù tim thường xuất hiện sớm, phù toàn thể kể cả ngoại vi, cả trong nội tạng.
 - Phù ngoại vi: phù mềm, lúc đầu ở chỗ thấp như hai chân, sau mới phù ở bụng, ngực.
 - Phù nội tạng. xảy ra sau phù ngoại vi, dịch có thể ứ lại gây tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi. Dịch ở màng này là dịch thấm, lấy ra đem thử phản ứng Rivalta sẽ âm tính. Ngoài biểu hiện tràn dịch, nghe phổi còn có nhiều ran ẩm.
 - Biểu hiện ở thận: người bệnh tiểu ít (200ml - 300ml/ngày), nước tiểu sẫm màu, có ít protein.
 - Biểu hiện ở tim: khám tim sẽ thấy các triệu chứng của bệnh đã gây suy tim phải, có thể nghe thấy thêm một tiếng thổi tâm thu chức năng.
 - Biểu hiện ở mạch:
 - + Mạch nhanh, huyết áp tối đa bình thường hoặc giảm, tối thiểu nặng.
 - + Tốc độ tuần hoàn: chậm lại, thời gian tay lười và tay - phổi đều kéo dài.

2.2.2.3. Triệu chứng x-quang

- Tim to ra nhất là thất phải, mỏm tim đẩy lên cao, cung dưới phải cũng to ra vì thất phải to ra cả hai bên.
- Phổi mờ vì ứ máu.

2.2.2.4. Triệu chứng điện tâm đồ: trục điện tim chuyển sang phải, hình ảnh S sâu ở D, R cao ở D3, (S1R3).

Chú ý: trong bệnh cảnh suy tim phải, có trường hợp dày dính màng tim và tràn dịch màng ngoài tim, triệu chứng lâm sàng giống hệt suy tim phải, nhưng thực ra đây chỉ là một trường hợp tim trương, không đủ sức vì bị ép lại gây khó khăn cho thì tâm trương, hậu quả là ứ máu ngoại biên.

Tóm lại trong trường hợp suy tim phải, nổi bật lên các triệu chứng ứ máu ngoại vi mà hai biểu hiện rõ nhất là gan to và phù. Ngoài hai loại suy tim phải và suy tim trái riêng biệt nói trên, hai loại ấy có thể phối hợp thành suy tim toàn bộ.

2.3. Suy tim toàn bộ

2.3.1. Bệnh căn

Ngoài những nguyên do đã gây nên hai loại suy tim nói trên, còn các nguyên căn khác như:

- Thấp tim toàn bộ (quá trình thấp gây tổn thương cơ tim và các màng ngoài, màng trong tim).
- Thối hóa cơ tim (chưa biết rõ nguyên nhân do thoái hóa), nhưng hậu quả là cơ tim bị tổn thương.
- Thiếu máu nặng (làm cơ tim cũng bị thiếu máu).
- Thiếu vitamin B (do ứ nước sâu là ứ trệ, rồi ứ nước ngay cả cơ tim).
- Bệnh cường tuyến giáp trạng (do nhiễm độc bởi hoocmon tuyến giáp trạng).

2.3.2. Triệu chứng

Là bản bệnh án của suy tim phải ở thể nặng sẽ thấy:

- Bệnh nhân khó thở thường xuyên ngồi cũng khó thở.
- Phù toàn thân và nội tạng (có thể tràn dịch màng phổi, màng bụng).
- Phổi có nhiều ran ướt.
- Mạch nhanh, yếu, huyết áp tối đa hạ, tối thiểu nặng.
- Áp lực tĩnh mạch tăng cao.
- Tốc độ tuần hoàn chậm lại.
- Chiếu x-quang thấy tim to toàn bộ.
- Trên điện tâm đồ biểu hiện dày cả hai thất (ở D1, D2, D3 thấy trục điện của phức bộ QRS chuyển sang phải, ở V1V2 sóng R cao, T âm, ở V5V6 sóng R rất cao)

3. KẾT LUẬN

Suy tim là trạng thái cuối cùng của bệnh lỗ tim, cơ tim, màng ngoài tim và các bệnh toàn thể có ảnh hưởng đến tim như thiếu máu, thiếu Vitamin B1, bệnh cường tuyến giáp trạng,... Bệnh cảnh thể hiện hoặc suy đơn độc từng buồng tim hoặc suy toàn bộ: nhận định được triệu chứng rồi, ta cần tìm nguyên nhân từng trường hợp để xử trí đúng bệnh.

4. PHÂN GIAI ĐOẠN SUY TIM

Hội tim New York viết tắt là NYHA chia giai đoạn suy tim dựa vào các dấu hiệu cơ năng như sau:

- Giai đoạn 1 (NYHA I): có bệnh tim nhưng chưa có triệu chứng cơ năng.
- Giai đoạn 2 (NYHA II): triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, bệnh nhân giảm nhẹ các hoạt động thể lực.
- Giai đoạn 3 (NYHA III): triệu chứng cơ năng xuất hiện cả khi gắng sức rất ít, làm hạn chế nhiều các hoạt động thể lực.
- Giai đoạn 4 (NYHA IV): triệu chứng cơ năng tồn tại thường xuyên kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi.

5. ĐIỀU TRỊ SUY TIM

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm gánh nặng cho tim bằng chế độ nghỉ ngơi.

- Tăng sức co bóp cơ tim bằng các thuốc trợ tim.
- Giảm ứ máu ngoại biên bằng chế độ ăn nhạt, dùng thuốc lợi tiểu.
- Giải quyết nguyên nhân: điều trị tăng huyết áp, thay van tim,...

5.2. Những biện pháp điều trị chung

5.2.1. Chế độ nghỉ ngơi góp phần làm giảm gánh nặng làm việc cho tim

5.2.2. Chế độ ăn nhạt nhằm hạn chế ứ nước

5.2.3. Oxy liệu pháp

- Nâng PaO₂ ≥ 60 mmHg
- Mặt nạ không thở lại có thể đạt FiO₂ 90%, có thể kèm thở với áp lực dương ngắt quãng
- Đặt nội khí quản và thở máy: nếu PaO₂ vẫn < 50 mmHg khi thở oxy 100% qua mặt nạ có thở lại
- Thở với áp lực dương cuối kỳ thở ra (PEEP): nếu PaO₂ vẫn không đạt tới 80 mmHg, hoặc chỉ với FiO₂ > 60%
- PEEP có thể làm giảm cung lượng tim do làm giảm lượng máu tĩnh mạch đổ về tim.

5.2.4. Lợi tiểu (Furosemide tiêm tĩnh mạch)

Tác dụng

- Giãn mạch xảy ra sớm trong vài phút sau tiêm
- Lợi tiểu: xảy ra sau khi có tác dụng giãn mạch
- Giảm hậu tải nhẹ
- Liều khởi đầu
 - + 10 - 20mg TM chậm ở bệnh nhân chưa từng dùng qua Furosemide
 - + 40 - 80 mg TM chậm ở bệnh nhân đã có dùng Furosemide
 - + Tối đa 200mg
 - + Chưa đáp ứng: truyền TM liên tục 10 - 40 mg/giờ tùy theo chức năng thận
 - + Không đáp ứng với Furosemide đơn độc: Furosemide 100mg TM + Chlorothiazide 500 mg TM

5.2.5. Morphine

Vai trò có giảm do thuốc inotrop (+) và thuốc giãn mạch tốt 2 - 5 mg TTM chậm, có thể lặp lại mỗi 10 - 25 phút

Tác dụng:

- Giảm lo lắng stress
- Giảm đáp ứng phản xạ thông khí của thụ thể trung gian huyết học.
- Tác động giãn mạch do giảm co thắt mạch do
 - Không dùng: huyết áp thấp < 100 mmHg, Bệnh phổi mãn, Bệnh thận kinh hoặc tri giác xấu

Theo dõi sát hô hấp và luôn có dụng cụ hỗ trợ hô hấp sẵn

5.2.6. Dẫn xuất Nitrat - Nitroglycerine: giãn tĩnh mạch

- Tốt trong bệnh cảnh mạch vành: thiếu máu cơ tim - nhồi máu cơ tim cấp. Tăng tác dụng của Furosemide

- Dạng thuốc dùng: đầu tiên có thể dạng NDV hoặc dạng xịt. Dạng thuốc dán không dùng do co mạch. Sau đó truyền tĩnh mạch.

Hiện tượng lờn thuốc khi dùng liên tục phải mở cửa sổ

- Chống chỉ định:

+ Mạch > 110 lần/phút hoặc dưới 50 lần/phút

+ Huyết áp tâm thu < 90 mmHg

+ Nhồi máu cơ tim thất phải

Nitroprusside: thuốc giãn ĐM nhanh mạnh

Tốt trong: hở van cấp (MR, AR), THA kịch phát khó kiểm soát

Bất tiện: phải theo dõi huyết áp xâm lấn; Có thể gây HT cấp máu ĐMV

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

- Cần nhớ suy tim gây nên hai hậu quả về mặt huyết động:

+ Lượng máu từ tim đến các cơ quan tổ chức giảm (giảm tưới máu tổ chức).

+ Ứ trệ tuần hoàn ngoại biên (tích dịch trong cơ thể).

- Ngoài việc nhận định bệnh nhân một cách hệ thống thông qua hỏi bệnh, khám thực thể, tham khảo kết quả xét nghiệm cận lâm sàng điều dưỡng cần chú ý khai thác các vấn đề sau:

- Những biểu hiện của giảm tưới máu tổ chức do giảm chức năng tổng máu của cơ tim như:

+ Trạng thái mệt nhọc? mức độ?

+ Lượng nước tiểu 24 giờ có giảm không?

+ Huyết áp tâm thu giảm?

+ Tần số tim nhanh?

+ Con đau thắt ngực?

- Những biểu hiện của ứ huyết phổi như:

+ Khó thở? Tần số thở nhanh? Biên độ thở nông?

+ Tím da, môi, đầu chi hoặc toàn thân không?

+ Ran ẩm ở phổi? Mức độ ran?

+ Con khó thở kịch phát về đêm?

- Những biểu hiện của ứ máu ngoại biên như:

+ Gan to ứ huyết?

+ Tĩnh mạch cổ nổi?

- + Tăng cân đột ngột?
- + Phù 2 chân, phù toàn thân, tràn dịch các màng?
- + Áp lực tĩnh mạch trung tâm và ngoại biên có tăng không?
- Tìm các yếu tố làm nặng thêm suy tim:
 - + Thói quen ăn mặn?
 - + Lao động nặng, hoạt động gắng sức?
 - + Uống thuốc gây giữ muối nước hoặc gây giảm sức co bóp của cơ tim?
 - + Mắc thêm một số bệnh khác như: nhiễm trùng đường hô hấp, loạn nhịp tim,...
- Tìm nguyên nhân gây suy tim.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Giảm tưới máu tổ chức do giảm chức năng co bóp của cơ tim.
- Bệnh nhân khó thở do ứ huyết phổi.
- Tăng tích dịch trong cơ thể (phù) do ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Nguy cơ xảy ra biến chứng của suy tim do thiếu kiến thức về bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Người bệnh cải thiện được tưới máu tổ chức.
- Người bệnh cải thiện được trao đổi khí ở phổi.
- Người bệnh giảm được ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Người bệnh hiểu được về bệnh tật và biết cách tự chăm sóc.

6.4. Thực hiện chăm sóc

6.4.1. Cải thiện tưới máu tổ chức bằng các biện pháp sau

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, tránh gắng sức.
- Tuy nhiên cần khuyến khích bệnh nhân vận động nhẹ nhàng các chi để phòng các biến chứng tắc mạch.
 - Thực hiện y lệnh thuốc trợ tim. Chú ý theo dõi tần số tim và các tác dụng phụ khác của thuốc.
 - Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch. Chú ý theo dõi huyết áp và các tác dụng phụ khác của thuốc.
 - Cung cấp cho bệnh nhân chế độ dinh dưỡng phù hợp đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng cho cơ thể nhưng không làm tăng gánh nặng cho tim.
 - + Giảm kcalo: Khoảng 1500 kcalo/ngày, những trường hợp suy tim rất nặng có khi chỉ còn 500 kcalo/ngày.
 - + Ăn ít một, thức ăn dễ hấp thu (chế độ ăn nhẹ bộ máy tiêu hóa).
 - + Giảm muối, nước (thiết lập bilan dịch vào - ra).

6.4.2. Cải thiện trao đổi khí ở phổi bằng các biện pháp

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế nửa ngồi.

- Nếu bệnh nhân có cơn khó thở kịch phát về đêm thì ngay từ đầu tối khuyên bệnh nhân nằm ngủ ở tư thế nửa ngồi.

- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu: chú ý cho bệnh nhân uống thuốc lợi tiểu vào buổi sáng để tránh mất ngủ do tiểu đêm, theo dõi các biểu hiện thiếu kali máu và khuyên bệnh nhân nên ăn các loại rau quả chứa nhiều kali.

- Cho bệnh nhân thở oxy khi có y lệnh.

6.4.3. Giảm úr trệ tuần hoàn ngoại biên bằng cách

- Chế độ ăn hạn chế muối:

+ Từ 1 - 2 gam NaCl/ngày khi có phù nhẹ.

+ Dưới 1 gam NaCl/ngày khi có phù nhiều hoặc có tổn thương thận kết hợp.

+ Chỉ 0,3 gam NaCl/ngày khi có suy tim quá nặng (cho ăn cơm đường, sữa đậu nành).

- Hạn chế dịch và nước uống vào (lượng nước vào cơ thể được tính bằng lượng nước tiểu 24 giờ + 300 ml), phải theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu, chú ý bù đủ kali.

6.4.4. Tư vấn giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho bệnh nhân hiểu biết về suy tim: các biểu hiện của suy tim, các yếu tố gây suy tim hoặc làm tăng nặng suy tim, cách điều trị suy tim.

- Tránh các hoạt động gắng sức (nếu là phụ nữ không nên sinh đẻ khi đã bị suy tim), không dùng chất kích thích như rượu bia, thuốc lá,...

- Thuyết phục người bệnh điều trị suy tim suốt đời theo đơn thầy thuốc, theo dõi bệnh định kỳ tại chuyên khoa tim mạch.

- Thuyết phục người bệnh duy trì chế độ ăn hạn chế muối suốt đời (2 - 3 gam NaCl/ngày), tránh các thức ăn như dưa, cà, hành muối và các loại thức ăn sẵn có nhiều muối như cá muối, dưa muối, cá khô, cá kho, cá biển... Nên ăn nhiều bữa nhỏ, chọn thức ăn dễ tiêu hóa hấp thu.

- Cần đến thầy thuốc khám ngay nếu thấy xuất hiện các dấu hiệu sau:

+ Khó thở nhiều.

+ Tăng cân đột ngột.

+ Ho kéo dài.

+ Đau ngực.

+ Thay đổi tần số tim từ 20 lần/phút trở lên.

6.5. Đánh giá chăm sóc

- Người bệnh có đạt được các mục tiêu chăm sóc đề ra không?

- Cải thiện tưới máu tổ chức?

- Dựa vào người bệnh đỡ mệt, huyết áp tâm thu ở mức bình thường, tần số tim về bình thường, lượng nước tiểu tăng,...

- Cải thiện được trao đổi khí: người bệnh giảm hoặc hết khó thở, giảm hoặc hết tím.
- Đạt được cân bằng thể dịch, giảm ú trệ tuần hoàn ngoại biên, giảm cân, hết phù, gan nhỏ lại.

- Người bệnh tuân thủ chế độ điều trị suốt đời theo hướng dẫn của thầy thuốc.

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐAU THẮT NGỰC

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau thắt ngực là cơn đau thắt từng cơn ở vùng tim do thiếu máu cơ tim, là hậu quả của tình trạng mất cân bằng tạm thời giữa cung cấp và nhu cầu oxy.

Lưu lượng tuần hoàn < 50% xuất hiện đau thắt ngực.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

- Do bệnh mạch vành: là nguyên nhân hay gặp nhất.
 - + Xơ vữa động mạch vành: là nguyên nhân hay gặp nhất, chiếm 90% các trường hợp.
 - + Các nguyên nhân khác ít gặp hơn như: co thắt động mạch vành, viêm động mạch vành.
- Bệnh van tim:
 - + Tổn thương van động mạch chủ: hẹp van động mạch chủ, hở van động mạch chủ.
 - + Hẹp van 2 lá.
- Bệnh cơ tim phì đại: có thể nguyên phát hoặc thứ phát gây hẹp van động mạch chủ.

2.2. Các yếu tố nguy cơ của đau thắt ngực

- Tuổi: nam > 45 tuổi, nữ > 55 tuổi.
- Hút thuốc lá.
- Tăng LDL, tăng triglycerides, giảm HDL.
- Tăng huyết áp.

Những yếu tố này chỉ gây cơn đau thắt ngực trên cơ sở động mạch vành đã có tổn thương ít nhiều mà nhu cầu oxy của cơ tim lại tăng.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng: gồm 5 đặc điểm

- Đau có cảm giác đè nặng, ép sâu trong tạng, đau dữ dội hoặc đau nhói như dao đâm, kim châm.
- Đau dưới xương ức, đôi khi đau bên (P) hoặc bên (T), sau lưng hay thượng vị
- Đau lan từ ngực lên cằm, cổ hay cánh tay.
- Xuất hiện khi gắng sức, stress, tình huống làm tăng nhu cầu oxy cơ tim.

- Đau thường thoáng qua, từ 2 - 20 phút, giảm khi ngừng gắng sức hoặc ngậm nitroglycerine

*** Các thể đau thắt ngực**

	Cơn đau thắt ngực ổn định	Cơn đau thắt ngực không ổn định
Tiền triệu	Dự báo trước	Không
Hoàn cảnh	Khi gắng sức	Khi nghỉ ngơi
Thời gian	Vài giây đến vài phút	Trên 10phút, có thể kéo đến hàng giờ
Làm dịu	Làm dịu Nitroglycerin	Không làm dịu bởi Nitroglycerin

- *Đau thắt ngực điển hình* gồm 3 yếu tố:

- + Đau thắt chẹn sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình.
- + Xuất hiện khi gắng sức hoặc xúc cảm.
- + Dỡ đau khi nghỉ hoặc dùng nitrates.

- *Đau thắt ngực không điển hình*: 2 yếu tố trên.

Không phải đau thắt ngực: có 1 hoặc không có yếu tố nào.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Điện tim

Là biện pháp thăm dò sàng lọc trong bệnh mạch vành. Chẩn đoán thiếu máu cục bộ cơ tim là đoạn ST chênh xuống, nằm ngang hay dốc xuống ít nhất là 0.1 mV.

60% bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ổn định nhưng ECG bình thường

- Điện tim trong cơn đau: thường thấy đoạn ST chênh xuống với cơn đau thắt ngực điển hình. Điện tim trong cơn đau còn giúp xác định vị trí vùng cơ tim bị thiếu máu cục bộ.

- Điện tim ngoài cơn đau: có thể bình thường hoặc biểu hiện của nhồi máu cơ tim cũ, hoặc dày thất. Điện tim có thể bình thường cũng không loại trừ chẩn đoán đau thắt ngực.

- Đôi khi phải ghi điện tim lúc gắng sức: chỉ được tiến hành ở cơ sở chuyên khoa tim mạch, có bác sĩ có kinh nghiệm theo dõi và có sẵn phương tiện hồi sức cấp cứu. Nghiệm pháp được gọi là dương tính khi thấy xuất hiện dòng điện của thiếu máu cục bộ cơ tim.

3.2.2. Chụp động mạch vành

Nếu hình ảnh điện tim lúc nghỉ ngơi và lúc gắng sức không cho phép khẳng định chắc chắn thì tùy điều kiện có thể chụp động mạch vành: thấy chỗ động mạch vành bị hẹp. Đây là phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh động mạch vành, nó giúp đánh giá tiên lượng và nguy cơ của thiếu máu cơ tim, giúp chỉ định ngoại khoa hay tiến hành nong động mạch vành.

3.2.3. Các xét nghiệm hóa sinh

Nên được tiến hành ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định là: hemoglobin, đường huyết lúc đói, bộ mỡ (Cholesterol toàn phần, LDL - HDL - triglycerid).

3.2.4. Siêu âm tim

- Để đánh giá vùng thiếu máu cơ tim (giảm vận động vùng).
- Hẹp van động mạch chủ hay bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn.

3.2.5. Chụp động mạch vành

- Hẹp trên 70% diện tích lòng mạch sẽ làm hạn chế đáng kể lưu lượng máu.
- Chụp mạch vành được coi là tiêu chuẩn vàng trong ứng dụng lâm sàng để đánh giá thương tổn động mạch vành

3.2.6. Nghiệm pháp gắng sức

- Nghiệm pháp gắng sức thường dùng là: xe đạp.
- Ngoài ra còn nghiệm pháp gắng sức bằng thuốc như Dobutamin, Adenosin.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa

4.1.1. Điều trị cắt cơn đau thắt ngực gắng sức

- Nên áp dụng ngay trước khi vào viện và áp dụng càng sớm càng tốt.
- Nghỉ ngơi, tránh gắng sức.
- Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Dùng các dẫn xuất Nitrés ngậm dưới lưỡi (Natirose viên 0,75mg) có thể lập lại sau 5 phút hay xịt Natispray liều 0,4mg lập lại sau 5 phút nếu cần.

4.1.2. Điều trị lâu dài cơn đau thắt ngực gắng sức

- Loại bỏ các yếu tố làm khởi phát cơn đau.
- Điều trị căn nguyên, hạn chế hoặc loại bỏ các yếu tố nguy cơ như: giảm cân với người béo phì, điều chỉnh mỡ máu nếu có rối loạn lipid máu, điều trị tăng HA,...
- Chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.
- Dùng thuốc ngừa cơn đau:

+ *Ức chế beta:*

- Giảm nhu cầu oxy. Propranolol → kiểm soát nhịp tim.
- Propranolol (Avlocardyl viên 40mg) liều 2 - 4 viên chia 2 lần mỗi ngày

Các dẫn xuất Nitrat:

+ *Nitroglycerine:*

Rất ít chống chỉ định (ngoại trừ bệnh cơ tim tắc nghẽn) và ít tác dụng phụ (thường gặp là hạ huyết áp, nhức đầu).

+ *Trinitrine* (Lénitral) viên 2,5 mg liều: 2 viên/ngày chia 2 lần.

+ *Aspirin:* 81mg, liều 75 - 162 mg/ngày(1v/ngày).

- *Hoặc clopidogrel* 75 mg/ngày. Clopidogrel hiệu quả tốt cho những bệnh nhân sau can thiệp mạch vành.

4.2. Điều trị bằng các biện pháp can thiệp (điều trị ngoại khoa)

- Sau khi chụp động mạch vành xác định được chỗ hẹp, có thể tiến hành: phương pháp can thiệp:

- Nong và đặt stent (giá đỡ).

- Bypass nối động mạch chủ - vành: khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, nong vành thất bại kèm hẹp tái phát.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

Cần khai thác tỉ mỉ thông qua

5.1.1. Hỏi

- Khởi phát (sau gắng sức, sang chấn tinh thần,...)

- Tính chất đau: cảm giác đè nặng bóp nghẹt hay xiết chặt ở lồng ngực.

- Vị trí đau: thường ở giữa lồng ngực, vùng sau xương ức, có thể kèm hoặc chỉ đau vùng thượng vị.

- Hướng lan: đau có thể lan tới cánh tay, ít hơn tới bụng, lưng, hàm dưới và cổ. Không bao giờ lan dưới rốn.

- Thời gian: cơn đau kéo dài hơn 30 phút.

- Các triệu chứng kèm theo: cảm giác yếu, toát mồ hôi, buồn nôn, nôn, chóng mặt và lo lắng,...

- Khai thác tiền sử (bản thân và gia đình): tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim và các yếu tố nguy cơ khác.

- Thói quen ăn uống

- Tác nhân gây stress (công việc, gia đình...) và cách xử lý

5.1.2. Khám

- Tri giác: mất tri giác, lẫn lộn

- Da tái, toát mồ hôi, lạnh chi

- DHST:

+ HA và mạch có thể bình thường

+ HA và mạch tăng: cường giao cảm

+ HA và mạch giảm: cường phó giao cảm

+ Nhiệt độ thường tăng (38⁰C) trong tuần đầu nhồi máu cơ tim.

- Khám tim: mỏm tim khó sờ

- Ran ở phổi: ran ẩm ở đáy phổi

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa vào các dữ kiện đã thu thập được sau khi nhận định có thể đưa ra các chẩn đoán chăm sóc chính của bệnh nhân đau thắt ngực là:

- Đau ngực do thiếu máu cơ tim .

- Khó thở do ứ máu ở phổi.
- Lo lắng do thiếu kiến thức quản lý bệnh
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng (suy tim, loạn nhịp tim, xuất huyết,...) liên quan thiếu kiến thức về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Làm mất cơn đau ngực cho người bệnh.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Phòng biến chứng

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.4.1. Giảm đau ngực

- Hạn chế vận động giảm tiêu thụ oxy cơ tim. Tốt nhất là cho người bệnh nằm nghỉ trong tư thế nửa ngồi.

- Thực hiện y lệnh Morphin Sulfat (giảm đau)
- Chú ý theo dõi tần số thở vì thuốc gây ức chế trung tâm hô hấp. Nitroglycerin (giãn mạch vành để tăng cung cấp oxy cho cơ tim). Aspirin, clopidogrel (chống kết tập tiểu cầu)

- Monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, mạch, nhịp thở, SpO₂
- Hạn chế người thăm viếng, tránh xúc động mạnh, căng thẳng thần kinh
- Theo dõi diễn tiến cơn đau, thời gian làm giảm cơn đau sau dùng thuốc
- Thời gian nghỉ ngơi hoàn toàn này thường kéo dài từ vài ngày đến vài tuần cho đến khi tình trạng đau ngực cải thiện,...

5.4.2. Giảm khó thở

- Cho người bệnh nằm nghỉ ở tư thế nửa ngồi.
- Cho người bệnh thở oxy theo y lệnh.
- Theo dõi độ bão hòa oxy, khí máu động mạch
- Quan sát màu sắc da niêm, đầu chi
- Khi đã hết đau ngực hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và thường xuyên thay đổi tư thế để tránh ứ đọng ở phổi.

5.4.3. Giảm lo lắng cho người bệnh

- Giữ cho bệnh phòng thật yên tĩnh để tránh các kích thích đối với người bệnh.
- Tránh mọi sang chấn tinh thần, tránh mọi căng thẳng cho người bệnh.
- Khuyến khích người bệnh giải bày những lo lắng trên cơ sở đó giải thích để làm yên lòng họ.

- Thực hiện y lệnh thuốc an thần

5.4.4. Đề phòng biến chứng

- Theo dõi sát người bệnh trong quá trình điều trị.

- Xuất huyết: huyết áp, mạch, khó thở, vật vã
- Loạn nhịp tim: hồi hộp, đánh trống ngực, hạ huyết áp, ngất,...
- Suy tim: tĩnh mạch cổ nổi, thở nhanh, phù ngoại biên,...

5.5. Đánh giá chăm sóc: Những kết quả mong muốn ở người bệnh là:

- Hết đau ngực.
- An tâm tin tưởng điều trị
- Biết cách ngăn ngừa cơn đau.
- Biết cách đối phó với cơn đau khi nó xảy ra.
- Biết thay đổi lối sống cho phù hợp với bệnh./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tăng huyết áp có thể gây ra biến chứng ở các cơ quan sau:

- A. Tim và mạch máu.
- B. Não và mắt.
- C. Thận.
- D. Tất cả đúng.

2. Người bệnh tăng huyết áp nguyên phát cần phải điều trị như thế nào?

- A. Thường xuyên và lâu dài.
- B. Khi có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích.
- C. Khi có các biến chứng ở cơ quan đích.
- D. Khi đo huyết áp thấy tăng.

3. Khi cho người bệnh sử dụng thuốc hạ huyết áp, điều dưỡng phải theo dõi huyết áp cho người bệnh:

- A. Trước khi dùng thuốc.
- B. Sau khi dùng thuốc.
- C. Buổi sáng và buổi chiều.
- D. Trước và sau khi dùng thuốc.

4. Nhận định người bệnh tăng huyết áp, kỹ năng quan trọng nhất của điều dưỡng là:

- A. Phát hiện được các biến chứng của tăng huyết áp.
- B. Đo huyết áp đúng kỹ thuật.
- C. Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.
- D. Khai thác được thuốc mà người bệnh đã sử dụng.

5. Người bệnh suy tim sử dụng thuốc lợi tiểu điều dưỡng cần theo dõi:

- A. Cân nặng người bệnh và tình trạng phù.
- B. Lượng nước tiểu 24 giờ.
- C. Biểu hiện hạ kali máu.
- D. Tất cả đúng.

6. Tác dụng chủ yếu của việc cho bệnh nhân suy tim nằm ở tư thế nửa ngò là:

- A. Giảm sự chèn ép của các tạng trong ổ bụng.
- B. Tạo điều kiện để phổi giãn nở tốt hơn.
- C. Hạn chế ứ huyết ở phổi.

D. Hạn chế dòng máu từ tim lên phổi.

7. Bệnh nhân khó thở khi gắng sức ít, giảm nhiều các hoạt động thể lực, phân loại suy tim theo NYHA là:

- A. Suy tim độ I
- B. Suy tim độ II
- C. Suy tim độ III
- D. Suy tim độ IV

8. Suy tim phải có triệu chứng nào, ngoại trừ:

- A. Tĩnh mạch cổ nổi
- B. Ran ẩm hai đáy phổi
- C. Phù hai chi dưới
- D. Gan to, đau hạ sườn phải

9. Biện pháp nào sau đây có thể làm giảm phù ở bệnh nhân suy tim:

- A. Ăn hạn chế đạm
- B. Cho nằm đầu cao
- C. Hạn chế lượng dịch vào cơ thể
- D. Tất cả đúng

10. Nguyên nhân thường gặp nhất của cơn đau thắt ngực là do:

- A. Xơ vữa động mạch vành.
- B. Huyết khối động mạch vành.
- C. Hẹp động mạch vành.
- D. Viêm động mạch vành.

11. Để tránh cơn đau thắt ngực tái phát điều dưỡng cần khuyên bệnh nhân:

- A. Không được gắng sức.
- B. Tránh các xúc cảm đột ngột quá mức.
- C. Tìm và loại bỏ các yếu tố nguy cơ.
- D. Câu A, B, C đúng

12. Thuốc nào sau đây có tác dụng giảm cơn đau thắt ngực khi ngậm dưới lưỡi?

- A. Lenitral
- B. Isosorbid dinitrat
- C. Nitroglycerin
- D. Enalapril

13. Xét nghiệm nào có giá trị nhất trong chẩn đoán cơn đau thắt ngực?

- A. Siêu âm tim
- B. Chụp X- quang tim, phổi
- C. Đo điện tim
- D. Sinh hóa troponin

Chương 3

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH HÔ HẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của bệnh hệ hô hấp.
- 1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm phổi.
- 1.3. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh hen phế quản, phù phổi cấp.
- 1.4. Trình bày được yếu tố nguy cơ, sinh lý bệnh và triệu chứng lâm sàng bệnh, cận lâm sàng, viêm phổi tắc nghẽn mãn tính.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm phổi.
- 2.2. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi.
- 2.3. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân hen phế quản, phù phổi cấp.
- 2.3. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm phổi tắc nghẽn mãn tính.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. NHẬN ĐỊNH LÂM SÀNG HỆ HÔ HẤP

1. CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Bệnh lý ở hệ hô hấp thường biểu hiện các triệu chứng sau:

1.1. Đau ngực

- Đau ngực gặp trong các bệnh hô hấp như:
 - + Lao phổi.
 - + Ung thư phổi.
 - + Viêm màng phổi.
 - + Tràn khí màng phổi.
 - + Viêm phổi.
 - + Tắc mạch phổi.
- Ngoài ra đau ngực còn gặp trong các bệnh lý ngoài đường hô hấp như:
 - + Bệnh tim mạch: Thiếu máu cục bộ cơ tim, viêm màng ngoài tim.

- + Đau ngực có thể còn là phản xạ của những bệnh lý trong ổ bụng như: bệnh gan mật, thực quản, dạ dày.
- Khi nhận định về đau ngực, người điều dưỡng cần nhận định kỹ lưỡng và cẩn thận về các đặc điểm sau:
 - + Hỏi vị trí đau.
 - + Đau cố định 1 điểm hay đau lan rộng, đau 1 bên hay đau cả 2 bên lồng ngực?
 - + Hỏi tính chất đau: Đau dữ dội hay đau âm ỉ kéo dài? Đau tự phát hay do kích thích, đau khi thay đổi tư thế, khi ho hay khi thở mạnh.
 - + Hỏi các triệu chứng kèm theo như sốt, khó thở, khạc đờm...

1.2. Khó thở

Khó thở là thở khó khăn nặng nhọc, là triệu chứng chủ quan do bệnh nhân cảm thấy và cũng là triệu chứng do thầy thuốc khám phát hiện được qua sự thay đổi nhịp thở của bệnh nhân.

- Mức độ khó thở có thể nhẹ, vừa, nặng.
- Có thể là khó thở cấp hoặc khó thở mạn.
 - + Khó thở cấp: Như trong tràn dịch, tràn khí màng phổi.
 - + Khó thở mạn: Ví dụ trong bệnh tâm phế mạn.
- Có thể là khó thở lên tục hoặc khó thở từng cơn. Khó thở từng cơn gặp trong bệnh hen phế quản.
 - Có thể khó thở ở thì thở vào hoặc thì thở ra:
 - + Khó thở vào: Khi thở vào bệnh nhân cảm thấy khó khăn như có vật gì đó ngăn lại, thường gặp trong trường hợp hẹp khí phế quản do khối u hoặc do dị vật đường thở, bạch hầu thanh quản.
 - + Khó thở ra: Khi thở ra bệnh nhân phải lấy hết sức để thở tổng không khí ở phổi ra 1 cách khó khăn và nặng nhọc, thường gặp trong hen phế quản.
 - Ngoài ra khó thở còn gặp trong bệnh lý về tim mạch như: Suy tim, cơn hen tim, phù phổi cấp (xem ở chương tim mạch).

1.3. Ho và khạc đờm

1.3.1. Ho

- Ho là một động tác thở mạnh và đột ngột. Động tác này có tính chất phản xạ để tống dị vật (thức ăn hoặc các chất dịch của phổi) ra khỏi đường hô hấp.
- Người bệnh có thể chủ động ho nhưng đa số trường hợp ho xảy ra ngoài ý muốn.
- Khi nhận định về ho, người điều dưỡng cần khai thác được:
 - Tính chất ho:
 - + Ho nhiều hay ít.
 - + Ho khan hay ho có đờm.
 - + Ho từng tiếng (ho húng hắng) hay ho thành từng cơn.

- + Âm sắc của tiếng ho: Ví dụ ho ông ổng trong viêm thanh quản.
- Tìm hiểu nguyên nhân gây ho:
- Có 3 nhóm nguyên nhân gây ho:
 - + Các nguyên nhân trên đường hô hấp:
 - Viêm họng cấp hoặc mạn.
 - Viêm khí quản, phế quản cấp: Ở giai đoạn đầu chỉ có xung huyết phế quản nên bệnh nhân chỉ ho khan, tới giai đoạn tiết dịch bệnh nhân ho có đờm.
 - Viêm phế quản mạn ho kéo dài trong nhiều năm, thường ho nhiều đờm.
 - Giãn phế quản có thể tiên phát hoặc thứ phát sau 1 bệnh mạn tính đường hô hấp (như viêm phế quản mạn, lao phổi...). Bệnh nhân thường ho nhiều về sáng, có nhiều đờm, có thể ho ra máu.
 - Viêm phổi đau ngực, sốt rét rồi sốt nóng, giai đoạn đầu ho khan, sau ho khạc đờm màu rỉ sắt, quánh.
 - Lao phổi thường ho húng hắng, khạc đờm trắng hoặc đờm bã đậu, có thể ho ra máu, bệnh nhân gầy sút cân, sốt về chiều, xét nghiệm tìm vi khuẩn lao rất cần thiết cho chẩn đoán bệnh.
 - Áp xe phổi sốt, đau ngực, ộc ra mủ.
 - Viêm màng phổi thường chỉ ho khan, ho khi thay đổi tư thế.
 - Bệnh bụi phổi ho kéo dài, chẩn đoán bằng chụp phổi.
 - + Nguyên nhân ho do bệnh tim mạch: Các bệnh tim mạch gây tăng áp lực tiểu tuần hoàn có thể gây ho khan hoặc ho ra máu, ví dụ: hẹp van hai lá, suy tim.
 - + Các nguyên nhân khác ho do lạnh, cảm cúm, ho có thể là triệu chứng của bệnh gan...

1.3.2. Khạc đờm

- Đờm là chất tiết của đường thở (từ hốc mũi đến phế nang) và được thải ra ngoài qua đường miệng khi ho.
- Cấu tạo của đờm gồm: Dịch tiết của khí phế quản, phế nang, họng, các xoang và hốc mũi.
- Các loại đờm:
 - + Đờm nhầy thường gặp trong:
 - Hen phế quản: Dịch nhầy do các phế quản tiết ra đặc điểm là đờm nhầy, trắng, trong và dính.
 - Viêm phổi: Dịch nhầy lẫn với sợi tơ huyết và có thể lẫn hồng cầu (do hồng cầu thoát ra từ các huyết quản ở vách phế nang bị viêm), đờm thường quánh, dính và có màu rỉ sắt.

- + Đờm nhầy mũ: Đờm nhầy mũ thường gặp nhất trong giãn phế quản: sau 1 cơn ho khạc đờm nhiều, nếu hứng vào cốc thủy tinh sẽ thấy lắng thành 3 lớp:
 - Lớp đáy: Là lớp mũ.
 - Lớp ở giữa: Là lớp dịch nhầy.
 - Trên cùng: Là lớp bọt lẫn dịch nhầy mũ.
- + Đờm mũ: Là sản phẩm của các ổ hoại tử ở trong phổi do vi khuẩn, gặp trong:
 - Áp xe phổi.
 - Áp xe ngoài phổi: Ví dụ áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành vỡ lên phổi..., mũ có thể có màu vàng, màu xanh hoặc màu sôcôla ...(tùy từng nguyên nhân).
- + Đờm thanh dịch: Gồm thanh dịch tiết ra từ các huyết quản và thường có lẫn hồng cầu. Loại dịch này loãng và đồng đều, gặp trong cơn phù phổi cấp (bệnh nhân có khó thở dữ dội và ho khạc ra bọt màu hồng).
- + Đờm bã đậu gặp trong lao phổi, khạc ra chất bã đậu màu trắng nhuyển lẫn với dịch nhầy, có khi lẫn máu, xét nghiệm có thể tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm.
- + Các loại đờm khác ít gặp như: Giả mạc bạch hầu (thường thải ra từng mảng màu trắng, xét nghiệm có thể thấy được vi khuẩn bạch hầu).

1.4. Ho ra máu

- Ho ra máu là khạc ra máu trong khi ho, máu chảy ra xuất phát từ thanh quản trở xuống đến phổi.
- Ho ra máu chỉ là 1 triệu chứng của nhiều nguyên nhân, nhưng biểu hiện lâm sàng của ho ra máu nói chung có nhiều điểm giống nhau trong mọi trường hợp: xem thêm ở bài “ho ra máu”.
- Ho ra máu cần phân biệt với:
 - + Nôn ra máu: Máu nôn ra thường lẫn thức ăn, màu đỏ thẫm, có khi có máu cục, sau đó bệnh nhân đi ngoài phân đen.
 - + Chảy máu cam: Khám 2 lỗ mũi thấy có điểm chảy máu.
 - + Chảy máu trong miệng: Không có dấu hiệu nóng, ngứa trong ngực, khám miệng, niêm mạc miệng, lợi, lưỡi có điểm chảy máu.
- Nguyên nhân gây ho ra máu:
 - + Các nguyên nhân do đường hô hấp như: Lao phổi (là nguyên nhân hay gặp nhất), giãn phế quản, ung thư phổi, viêm phổi, áp xe phổi, sán lá phổi, nấm phổi, xoắn khuẩn gây chảy máu, vàng da (*Leptospira*)
 - + Các nguyên nhân ngoài đường hô hấp:
 - Bệnh tim mạch: Các bệnh tim mạch làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn như hẹp hai lá, tăng huyết áp có suy tim.

- Tác động mạch phổi: Người bệnh đau ngực, ho ra máu đỏ thẫm, mạch nhanh, sốt nhẹ. Tác động mạch phổi thường xảy ra ở người có tổn thương ở tim (hẹp hai lá), người mới đẻ, người mới mổ, người nằm bất động lâu.
- Vỡ phòng quai động mạch chủ vào phổi ho ra máu rất nặng.
- Bệnh về máu: Gây thay đổi tình trạng đông máu.

1.5. Ợc mủ

- Ợc mủ là khạc đột ngột ra nhiều mủ. Đây là hậu quả của bọc mủ ở phổi hoặc ở ngoài phổi vỡ vào phổi.
- Mức độ ợc mủ:
 - + Ợc mủ nặng: Ho, đau ngực dữ dội như xé ngực, có khi bệnh nhân thấy ngạt thở, môi tím, mạch nhanh, vã mồ hôi, ợc ra lượng mủ nhiều 300 - 500 ml/24 giờ. Sau khi ợc mủ bệnh nhân thấy dễ chịu hơn.
 - + Ợc mủ ít: 150 - 200 ml/24 giờ.
- Nguyên nhân gây ợc mủ:
 - + Áp xe phổi.
 - + Áp xe ngoài phổi vỡ vào phổi như:
 - Áp xe gan.
 - Áp xe trung thất.
 - Áp xe dưới cơ hoành.

2. KHÁM THỰC THỂ

2.1. Khám toàn thân

- Tinh thần: tỉnh hay lơ mơ, hôn mê?
- Thể trạng: gầy, suy kiệt? Cân nặng?
- Vẻ mặt:
 - + Dấu hiệu nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.
 - + Khó thở: cánh mũi phập phồng, mồm hơi há ra khi hít vào, co kéo cơ ức đòn chũm, lõm hố trên ức.
- Da và niêm mạc:
 - + Màu sắc da: tím môi, khó thở, gặp ở người suy hô hấp.
 - + Phù:
 - Nếu bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mãn tính có phù, khó thở, gan to là đã bị tâm phế mãn.
 - Phù áo khoác gặp trong hội chứng trung thất.
- Các móng tay và ngón tay: móng tay khum (như mặt kính đồng hồ), ngón tay dùi trống, có khi cả đầu ngón chân cũng tròn bè ra như dùi trống. Các dấu hiệu này thường gặp trong bệnh tim phổi mãn hoặc u phổi.

- Hệ thống hạch: tìm hạch to ở hố thượng đòn, hạch nách, hạch cổ... Hạch to có thể do viêm cấp hoặc viêm mãn, do lao, do ung thư.

- Khám miệng, tai mũi họng: nếu bệnh nhân khạc ra máu phải khám miệng, mũi xem có phải chảy máu ở miệng, mũi không? Phát hiện xem bệnh nhân có ổ nhiễm khuẩn ở tai – mũi - họng không để điều trị triệt để vì chính những ổ nhiễm khuẩn ở tai- mũi- họng có thể đưa đến hen phế quản, viêm phổi, absces phổi...

2.2. Khám phổi

- Quan sát hình thể lồng ngực phía trước và phía sau xem có cân xứng 2 bên không? có bị gù, vẹo không?

+ Nếu lồng ngực giãn to về mọi phía, các khoảng liên sườn giãn phòng làm lồng ngực biến dạng hình thùng: gặp trong giãn phế nang.

+ Nếu lồng ngực giãn to một bên: thường do tràn dịch, tràn khí màng phổi.

+ Nếu lồng ngực xẹp một bên: thường do dày dính màng phổi hay xẹp phổi.

- Quan sát di động lồng ngực khi bệnh nhân thở:

+ Nếu toàn bộ 2 bên lồng ngực kém di động: gặp trong giãn phế nang.

+ Nếu chỉ một bên lồng ngực kém di động: thường gặp trong tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.

- Đếm tần số thở:

+ Khó thở nhanh hay khó thở chậm?

+ Khi có khó thở phải xem khó thở ra hay khó hít vào? khó thở cấp hay khó thở mãn? có cơn khó thở hay không?

+ Nếu bệnh nhân có khó thở từng cơn, khó thở chậm, khó thở chủ yếu ở thì thở ra, nghe phổi có nhiều ran rít, ran ngáy: gặp trong hen phế quản.

- Sờ lồng ngực để thăm dò rung thanh (âm vang xuất phát từ dây thanh âm khi bệnh nhân nói, lan truyền qua phổi ra thành ngực).

+ Rung thanh tăng gặp trong những trường hợp nhu mô phổi bị đông đặc như trong viêm phổi.

+ Rung thanh giảm gặp trong tràn khí, tràn dịch màng phổi.

- Gõ lồng ngực nhằm đánh giá độ vang của phổi. Bình thường độ vang 2 bên lồng ngực là như nhau, vang ở mức độ vừa phải.

+ Nếu cường độ vang tăng lên ở cả 2 bên lồng ngực thường do giãn phế nang.

+ Nếu cường độ vang tăng lên chỉ ở một bên lồng ngực thường do tràn khí màng phổi.

+ Nếu cường độ vang giảm ở cả 2 bên lồng ngực thường do thành ngực dày.

+ Nếu cường độ vang giảm một bên lồng ngực thường do tràn dịch màng phổi, viêm phổi.

- Nghe phổi:

+ Hô hấp bình thường trong động tác thở khi hít vào không khí qua thanh quản, khí quản, phế quản tới phế nang, sau đó không khí thoát ra ngoài theo hướng ngược lại ở thì thở ra.

- Khi không khí qua thanh quản, khí quản và phế quản lớn gây ra tiếng thở thanh khí quản, nghe rõ ở vùng thanh khí quản và vùng xương ức. Tiếng thở thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn có một khoảng hẹp trên đường đi của không khí. Tiếng thở thanh khí quản có cường độ cao, âm độ lớn.

- Khi không khí qua phế quản tận cùng, rồi đi vào phế nang, tức là từ vùng tương đối hẹp tới vùng rộng hơn, gây ra tiếng rì rào phế nang (RRPN), tiếng này nghe êm dịu.

+ Trong hô hấp bệnh lý có thể nghe thấy:

- Ran ẩm: xuất hiện khi không khí khuấy động các chất dịch lỏng (đàm, mủ, chất tiết) ở trong phế quản hoặc trong phế nang, gặp trong viêm phổi, viêm phế quản.

- Ran nổ: xuất hiện lúc không khí vào phế quản nhỏ hoặc phế nang gây bóc tách các vách phế quản nhỏ và phế nang đã bị lớp dịch quánh đặc làm dính lại. Ran nổ thường gặp trong viêm phổi và gặp ở những người nằm lâu (do một số phế nang bị xẹp dính lại).

- Ran rít và ran ngáy: gây ra khi luồng không khí lưu thông trong phế quản có 1 hoặc nhiều nơi bị hẹp. Các loại ran này thường gặp trong hen phế quản, khối u phế quản.

- Tiếng cọ màng phổi: xuất hiện khi màng phổi bị viêm trở nên gồ ghề vì những mảng xơ huyết, trong lúc hô hấp lá thành và lá tạng cọ sát vào nhau gây ra tiếng cọ màng phổi.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm phổi là quá trình viêm nhiễm của nhu mô phổi (gồm phế quản tận cùng, phế nang và tổ chức liên kết).

- Có 2 loại viêm phổi là:

- + Viêm phổi thùy: quá trình viêm chỉ khu trú ở một vài thùy phổi, thường gặp ở người trẻ tuổi.

- + Phế quản phế viêm: quá trình viêm lan rộng, thường gặp ở người già và trẻ nhỏ.

- + Viêm phổi thùy hay gặp hơn.

- Cơ chế bệnh sinh: khi viêm phổi, vùng tổn thương bị xung huyết mạnh, các mạch máu giãn gây thoát dịch, hồng cầu, bạch cầu, tơ huyết vào phế nang. Vì vậy vùng phổi bị tổn thương có cấu trúc đặc hơn, quá trình thông khí ở vùng đó bị giảm, hậu quả là làm giảm áp suất riêng phần oxy trong phế nang → máu tĩnh mạch đến phổi qua vùng đó không được oxy hóa đầy đủ. Nếu tổn thương rộng sẽ giảm oxy máu động mạch.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI GÂY VIÊM PHỔI

2.1. Nguyên nhân

- Do phế cầu khuẩn: là nguyên nhân hay gặp nhất. Bình thường phế cầu vẫn cư trú ở đường hô hấp. Khi gặp điều kiện thuận lợi (như suy giảm miễn dịch, giảm khả năng chống đỡ của đường hô hấp) thì phế cầu trở nên gây bệnh.

- Các vi khuẩn khác: tụ cầu, liên cầu thường gây bệnh ở trẻ em, người già yếu, hậu phát sau viêm họng, viêm xoang, sởi, cúm,...

2.2. Điều kiện thuận lợi

- Thời tiết lạnh.

- Tăng tiết dịch nhầy ở đường hô hấp: do bất kỳ trạng thái bệnh lý nào đều làm tắc nghẽn phế quản, cản trở thông khí phổi bình thường.

- Cơ thể suy nhược, suy giảm miễn dịch: ví dụ bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch, người già, người bị suy kiệt,...

- Thuốc lá: khói thuốc lá là điều kiện thuận lợi của viêm phổi vì nó làm:

+ Giảm hoạt động của tế bào có lông chuyển ở đường hô hấp.

+ Tăng tiết dịch ở đường hô hấp.

+ Giảm khả năng thực bào của đại thực bào phế nang.

- Nghiện rượu: làm giảm phản xạ bảo vệ cơ thể.

- Nằm bất động lâu.

- Giảm phản xạ ho do dùng thuốc hoặc do suy yếu, hôn mê: ho là một phản xạ bảo vệ cơ thể nhằm tống đàm dãi ra ngoài, làm sạch đường thở. Khi phản xạ ho ức chế sẽ dễ viêm phổi.

- Bệnh nhân ăn qua sond dạ dày dễ bị viêm phổi do vi khuẩn dễ xâm nhập.

- Nhiễm virus đường hô hấp trên: làm suy giảm khả năng bảo vệ của đường hô hấp dễ phát triển viêm phổi.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

- Sốt: bệnh thường xảy ra đột ngột ở người trẻ tuổi, bắt đầu bằng một cơn rét run kéo dài khoảng 30 phút rồi thân nhiệt tăng nhanh tới 39 - 40°C, mạch nhanh, mặt đỏ (ở người già thì các triệu chứng này thường không rầm rộ).

- Đau ngực: đau ở bên phổi bị tổn thương, đau tăng khi ho và khi thở sâu.

- Ho và khạc đàm: lúc đầu ho khan, sau ho có đàm đặc lẫn máu có màu rỉ sắt quánh dính.

- Khó thở: thở nhanh nông, có thể tím nhẹ môi.

- Khám phổi:

+ Trong giờ đầu: nghe phổi chỉ thấy rì rào phế nang giảm ở vùng phổi tổn thương.

+ Thời kỳ toàn phát: khám phổi có hội chứng đông đặc ở vùng tổn thương (gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang mất)

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp x-quang phổi: thấy đám mờ hình tam giác.
- Công thức máu: bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng.
- Xét nghiệm đờm có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Tiến triển

- Sốt duy trì trong tuần lễ đầu, nhiệt độ 39 - 40⁰C, khạc đàm đặc lẫn máu.
- Sau 1 tuần điều trị các triệu chứng cơ năng tăng lên nhưng ngay sau đó thì sốt giảm, vã mồ hôi, đi tiểu nhiều, bệnh nhân thấy dễ chịu và bệnh khỏi nhưng khám phổi vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh x-quang vẫn còn tồn tại vài tuần.

4.2. Biến chứng

- Trong quá trình tiến triển của viêm phổi thùy có thể có các biến chứng sau:
 - Sốc nhiễm khuẩn thường xảy ra ở bệnh nhân không được điều trị đúng và kịp thời, bệnh nhân có biểu hiện của sốc (mạch nhanh, huyết áp tụt,...).
 - Xẹp phổi: xẹp một thùy hay một phân thùy phổi do cục đàm quánh làm tắc phế quản.
 - Absces phổi: do dùng kháng sinh không đủ liều, bệnh nhân sốt dai dẳng, khạc đàm mủ.
 - Tràn mủ màng phổi, tràn mủ màng ngoài tim làm cho tình trạng bệnh càng nặng.

5. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị triệu chứng
 - + Thuốc hạ sốt: Paracetamol
 - + Các thuốc giãn phế quản: Theophyllin.
 - + Các loại thuốc ho và long đàm: Codein, Terpin, hoặc Acemuc
- Điều trị nguyên nhân: Penicillin G, Amikacine, Cefalosporin,...

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định.

* Hỏi bệnh:

- Hình thức khởi phát bệnh?
- Tình trạng hiện tại của bệnh nhân được biểu hiện như thế nào?
 - + Con rét run: thời gian của cơn rét run kéo dài bao lâu? Mức độ sốt?
 - + Ho: tính chất ho, đàm (số lượng, màu sắc).
 - + Đau ngực: tính chất đau.
 - + Thể trạng mệt mỏi chán ăn, gầy sút?
 - + Khó thở?

- Tiền sử: các bệnh đã mắc, thuốc đã dùng, có nghiện rượu, thuốc lá không?

* Nhận định thực thể để phát hiện triệu chứng và biến chứng:

- Tìm dấu hiệu nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi, đo thân nhiệt xem có sốt không?

- Có khó thở không, đếm tần số thở, mức độ và tính chất khó thở.

- Có tím không?

- Xem số lượng, màu sắc đàm.

- Đếm mạch, đo huyết áp phát hiện bất thường.

- Xem bệnh nhân có vã mồ hôi không?

- Đo lượng nước tiểu 24 giờ.

* Thực hiện và tham khảo kết quả các xét nghiệm.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện thu được sau khi nhận định, các chẩn đoán chính của bệnh nhân viêm phổi là:

- Giảm lưu thông đường thở do đàm dãi nhiều.

- Chán ăn do nhiễm trùng.

- Đau ngực do tổn thương nhu mô phổi.

- Thiếu kiến thức tự chăm sóc và phòng bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tăng cường lưu thông đường thở cho bệnh nhân.

- Giảm mất năng lượng cho bệnh nhân.

- Chống mất nước cho bệnh nhân.

- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.

6.4. Thực hiện chăm sóc

- Tăng cường lưu thông đường thở:

Sự tiết dịch ở đường thở làm cản trở trao đổi khí, làm tăng nhiễm bẩn đường thở, làm chậm quá trình khỏi bệnh. Điều dưỡng cần tăng cường lưu thông đường thở cho bệnh nhân bằng cách:

+ Dẫn bệnh nhân uống nhiều nước (2 - 3 lít/ngày) để làm loãng đàm và bù lại lượng dịch mất đi do sốt, do thở nhanh. Tốt nhất là cho bệnh nhân uống nước trái cây.

+ Làm ẩm và ẩm không khí hít vào cũng là để làm loãng đàm và dễ long đàm. Có thể bảo bệnh nhân đeo khẩu trang, hít vào bằng đường mũi rồi thở ra qua môi khép.

+ Giúp bệnh nhân ho có hiệu quả: kỹ thuật “*ho có hiệu quả*” được tiến hành như sau:

• Ho tư thế ngồi và hơi cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn.

• Đầu gối và hông gấp lại để các cơ bụng mềm và ít căng cơ bụng khi ho.

- Hít vào chậm qua mũi, thở ra qua môi mím vài lần.
- Ho 2 lần trong mỗi lần thở ra, trong khi cơ bụng đứng lúc ho.

+ Dẫn lưu đàm theo tư thế, kết hợp vỗ và rung lồng ngực để tống đàm ra ngoài. Sau khi dẫn lưu tư thế kết hợp vỗ và rung lồng ngực bảo bệnh nhân thở sâu và ho mạnh để tống đàm ra ngoài. Nếu bệnh nhân quá yếu, đàm nhiều, không thể ho hiệu quả được có thể hút đàm dài cho bệnh nhân.

+ Thở oxy nếu có chỉ định, cần theo dõi hiệu quả của thở oxy và nồng độ oxy trong máu.

+ Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh, thuốc loãng đàm.

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh:

+ Thức ăn giàu chất dinh dưỡng đủ lượng kcal/ngày. Tránh kiêng ăn quá mức, chế biến thức ăn sao cho phù hợp với khẩu vị của bệnh nhân. Thức ăn lỏng, ấm, dễ tiêu, nếu bệnh nhân mệt mỏi không muốn ăn, phải chia nhỏ nhiều bữa ăn để đảm bảo đủ lượng trong ngày.

+ Thường xuyên vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

- Giáo dục sức khỏe:

+ Sau khi hết sốt cần hướng dẫn bệnh nhân tăng hoạt động thể lực một cách từ từ.

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu và tập ho có hiệu quả để làm sạch đường thở và giãn nở phổi.

+ Hẹn bệnh nhân trở lại kiểm tra x-quang phổi sau 4 tuần kể từ khi ra viện (theo ý kiến thầy thuốc).

+ Giải thích rõ tác hại của thuốc lá (thuốc lá phá hủy sự hoạt động của tế bào lông chuyển trên đường hô hấp, kích thích tiết dịch nhầy phế quản và ức chế chức năng của đại thực bào phế nang), trên cơ sở đó khuyến bệnh nhân không hút thuốc lá.

+ Khuyến bệnh nhân tránh làm việc quá sức, tránh lạnh, không uống rượu bia vì làm giảm sức đề kháng của cơ thể.

+ Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi, ăn uống bồi dưỡng để tăng sức đề kháng.

6.5. Đánh giá chăm sóc

Kết quả mong muốn ở bệnh nhân là:

- Không khó thở, không tím tái.
- Các dấu hiệu sinh tồn dần dần trở về bình thường.
- Khạc đàm trong, loãng và ít dần.
- Ăn uống được, lên cân.
- Hình ảnh x-quang được cải thiện, các xét nghiệm khác tốt lên.
- Tuân thủ lời khuyên về giáo dục sức khỏe./.

III. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ABCES PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Abces phổi là một tình trạng nung mủ do hoại tử nhu mô phổi sau một quá trình viêm cấp, mà nguyên nhân chủ yếu là vi khuẩn mủ, ký sinh trùng. Abces phổi có thể xảy ra trên một phổi trước đó chưa có tổn thương gọi là nung mủ phổi tiên phát hoặc xảy ra trên một phổi đã có tổn thương trước đó gọi là nung mủ phổi thứ phát.

Tỷ lệ abces phổi khá cao, khoảng 3 - 5% các bệnh phổi nói chung. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tuổi trung niên có tỷ lệ cao hơn. Bệnh thường dễ khởi phát sau yếu tố thuận lợi như thay đổi mùa, cơ thể suy kiệt, uống rượu, thuốc lá, đái tháo đường, ở các bệnh phổi mãn tính hoặc mắc một số bệnh khác làm giảm sức đề kháng. Tiên lượng của bệnh khả quan hơn kể từ khi có các phương tiện chẩn đoán sớm.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI

2.1. Nguyên nhân

Ở Việt Nam những nguyên nhân gây abces phổi thường gặp là: tụ cầu, liên cầu, phế cầu, trực khuẩn mủ xanh, amíp.

2.2. Điều kiện thuận lợi

- Chấn thương lồng ngực, có mảnh đạn nằm trong phổi.
- Sau gây mê đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy.
- Sau phẫu thuật vùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Bệnh đái tháo đường, suy kiệt cơ thể.
- Bệnh phổi mãn tính: viêm phế quản mãn, hen phế quản, giãn phế quản.
- Nghiện rượu, nghiện thuốc lá.
- Đặt catheter tĩnh mạch dài ngày.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

3.1. Đường vào

Vi khuẩn gây abces phổi theo những đường vào sau đây:

3.1.1. Abces phổi theo đường phế quản (gọi là abces do hít vào):

- Bệnh nhân hít phải những mảnh tổ chức như máu, mủ có mang vi khuẩn khi phẫu thuật ở vùng tai - mũi - họng, răng - hàm - mặt.

- Hít phải dịch tiết trong trường hợp viêm xoang mủ, viêm amygdal, viêm mủ chân răng.

- Sặc dị vật như: sặc hòn bi hoặc sặc hạt hoa quả ở trẻ em, sặc xăng dầu, sặc thức ăn, trào ngược dịch dạ dày do nôn trong hôn mê, nuôi dưỡng bằng sond.

- Vi khuẩn theo đường phế quản vào phổi gây abces khi cơ chế bảo vệ đường hô hấp bị suy yếu, rối loạn phản xạ nuốt, liệt thanh quản, giảm miễn dịch. Cơ chế bệnh sinh cũng giống như viêm phổi nhưng phát triển hoại tử dần thành mủ.

3.1.2. Abces phổi theo đường máu:

Vi khuẩn theo đường máu đến phổi gây abces phổi, thường gặp trong trường hợp nhiễm khuẩn huyết. Abces phổi theo đường máu thường bị ở cả 2 phổi với nhiều ổ abces nhỏ.

3.1.3. Abces phổi theo đường kế cận (các ổ abces ở vùng kế cận vỡ vào phổi hoặc do vi khuẩn theo đường bạch huyết đến phổi):

- Abces dưới cơ hoành.
- Abces gan.
- Viêm mũ trung thất.
- Ổ nhiễm khuẩn do thủng dạ dày tá tràng bị bịt kín lại.

3.2. Cơ chế bệnh sinh

Dù do nguyên nhân nào thì vi khuẩn vào phổi gây abces phổi đều qua các giai đoạn: phù nề, viêm nhiễm phế nang dẫn đến hoại tử thành mũ ngày càng nhiều tạo thành bọc mũ thông với phế quản để không khí lọt vào. Sau khi ộc mũ ra ngoài thì để lại hang có hình mức nước mức hơi.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

- Ở thời kỳ đầu cấp tính: bệnh nhân thường sốt cao, rét run, kèm theo dấu hiệu nhiễm trùng rõ (môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi), mạch nhanh, tiểu ít, nước tiểu sẫm màu. Sau đó sốt giảm đi (nhất là sau khi ộc mũ).

- Ho: lúc đầu ho ra ít đàm, khi ổ abces lan rộng thông với phế quản thì ho khạc đàm mũ, thường có mùi hôi thối, có khi ho ra mũ lẫn máu.

- Đau ngực: do tổn thương lan đến màng phổi nên bệnh nhân có đau ngực kiểu màng phổi (đau tăng khi hít vào và khi ho).

- Có thể có khó thở, thở nhanh.
- Mệt, sút cân.
- Khám phổi:

+ Giai đoạn đầu: có hội chứng đông đặc ở vùng phổi tổn thương.

+ Sau khi ộc mũ: có thể nghe thấy tiếng thổi hang ở vùng tổn thương.

4.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi: giai đoạn đầu thấy tổn thương là đám mờ hình tam giác giống viêm phổi, sau khi ộc mũ thấy hình hang có mức nước mức hơi.

- Công thức máu: bạch cầu tăng cao nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, tốc độ máu lắng tăng.

- Xét nghiệm đàm: tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiến triển

- Thời kỳ chưa có kháng sinh: abscess phổi là bệnh nặng, có thể tử vong trước khi ộc mủ hoặc khi ộc mủ. Có khi bệnh đỡ sau khi ộc mủ nhưng kéo dài hàng năm gây suy kiệt.
- Ngày nay có nhiều kháng sinh hiệu nghiệm, abscess phổi có thể chữa khỏi hoàn toàn nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời nhưng vẫn có thể có nhiều biến chứng.

5.2. Biến chứng

- Ổ abscess vỡ vào màng phổi gây tràn mủ, tràn khí màng phổi.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm mủ trung thất.
- Viêm mủ màng ngoài tim.
- Abscess mãn tính dẫn đến suy kiệt cơ thể.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh: nguyên tắc là dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt, an thần, bù nước điện giải, long đàm.
- Dẫn lưu ổ abscess:
 - + Chủ yếu bằng dẫn lưu tư thế kết hợp với vỗ rung lồng ngực và ho có hiệu quả.
 - + Đôi khi có thể soi phế quản để dẫn lưu ổ abscess, có thể chọc qua thành ngực bằng kim nhỏ để hút mủ dẫn lưu (nếu mủ loãng, ổ mủ kín không thông với phế quản).

6.2. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa (cắt thùy phổi) khi ổ abscess trở thành mãn tính, điều trị nội khoa tích cực đúng phương pháp ít nhất 3 tháng không có kết quả.
- Ngày nay có kháng sinh tốt nên rất hiếm khi phải điều trị ngoại khoa.

7. CHĂM SÓC

- Chăm sóc bệnh nhân abscess phổi cũng tương tự như chăm sóc bệnh nhân viêm phổi (xem lại bài CSBN viêm phổi), song cần chú ý thêm những vấn đề sau:
 - Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh chính xác, theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
 - Cho bệnh nhân chế độ ăn tăng đạm, giàu vitamin (vì bệnh nhân có nhiễm khuẩn quá trình dị hóa của cơ thể tăng).
 - Giúp bệnh nhân giải quyết khó khăn ở bệnh viện vì thời gian nằm viện lâu.
 - Thường xuyên vệ sinh răng miệng (vì miệng rất hôi do mủ còn đọng trong phổi, khạc mủ), vệ sinh thân thể, lau mồ hôi cho bệnh nhân, vệ sinh buồng bệnh.
 - Giáo dục cho bệnh nhân cách phòng bệnh.
 - Thực hiện tốt kỹ thuật dẫn lưu tư thế ổ abscess kết hợp với vỗ rung lồng ngực.
 - Hướng dẫn bệnh nhân thở sâu và ho có hiệu quả.
 - Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân: cách chăm sóc tại nhà, chỉ dẫn cho bệnh nhân biết các điều kiện thuận lợi của bệnh và cách đề phòng. Tại nhà có thể tự dẫn lưu tư thế, tập thở và ho có hiệu quả nếu cần.

- Đánh giá kết quả chăm sóc: Kết quả chăm sóc được coi là tốt nếu:
 - + Toàn trạng tốt lên, khạc đàm ít dần, mạch, huyết áp bình thường.
 - + Hình ảnh x-quang được cải thiện.
 - + Các kết quả xét nghiệm tốt lên.
 - + Bệnh nhân tuân thủ chế độ điều trị và chăm sóc.

* KỸ THUẬT DẪN LƯU TƯ THẾ Ổ ABCES

- Dẫn lưu tư thế là để bệnh nhân ở tư thế đặc biệt sao cho lực hút của trái đất có thể làm long đàm, đàm mủ được dẫn lưu từ các tiểu phế quản bị tổn thương vào phế quản lớn hơn rồi vào khí quản, từ đó được thải ra ngoài bằng cách ho và khạc.

- Tư thế bệnh nhân khi dẫn lưu tư thế: để bệnh nhân ở tư thế nào là tùy thuộc vị trí ổ abces:

+ Ổ abces nằm ở thùy trên của phổi: dẫn lưu tốt hơn khi cho bệnh nhân nằm đầu cao.

+ Ổ abces ở thùy giữa và thùy dưới của phổi: dẫn lưu tốt hơn khi cho bệnh nhân nằm đầu chúc xuống thấp, bụng gập vào thành giường.

- Trước khi dẫn lưu tư thế cho bệnh nhân, người điều dưỡng phải:

+ Biết được vị trí của ổ abces (khám phổi, tham khảo bệnh án, phim x- quang phổi).

+ Cho bệnh nhân mặc quần áo rộng rãi.

+ Bảo bệnh nhân nhịn không ăn uống.

+ Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở, xem bệnh nhân có ho ra máu không?

+ Thở khí dung nước ấm hay thuốc giãn phế quản trước khi dẫn lưu tư thế nếu có chỉ định để làm giãn phế quản, giảm co thắt, loãng đàm.

- Thời gian tiến hành dẫn lưu tư thế:

+ Dẫn lưu tư thế cần tiến hành 2 - 4 lần trong ngày vào trước các bữa ăn (để đề phòng nôn và hít phải thức ăn) và trước khi ngủ.

+ Ở mỗi tư thế dẫn lưu cần làm cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái và giữ ở mỗi tư thế 10 - 15 phút.

- Khi nằm ở tư thế dẫn lưu bệnh nhân cần thở vào chậm qua mũi và thở ra chậm qua miệng môi khép (khí bật qua môi ra ngoài) để làm đường thở mở giúp dẫn lưu đàm tốt hơn.

- Sau khi kết thúc 1 tư thế dẫn lưu điều dưỡng cần:

+ Hướng dẫn bệnh nhân ho có hiệu quả để tống đàm ra ngoài.

+ Ghi lại số lượng, màu sắc đàm.

+ Theo dõi xem bệnh nhân có ho ra máu, đau ngực hoặc khó thở tăng lên không?

* **KỸ THUẬT VỖ VÀ RUNG LÒNG NGỰC** (Vỗ và rung lồng ngực nhằm làm long đàm đặc)

- Vỗ lồng ngực được tiến hành như sau:
 - + Đặt 1 khăn bông lên ngực ở vùng phổi bị tổn thương (để tránh kích thích da khi vỗ).
 - + Bàn tay khum hình chén và vỗ 1 cách nhịp nhàng lên vùng phổi tổn thương sao cho bệnh nhân không cảm thấy đau.
 - + Luân phiên vỗ và rung lồng ngực 3 - 5 phút cho mỗi tư thế.
- Rung lồng ngực được tiến hành luân phiên với vỗ lồng ngực. Cách làm rung lồng ngực như sau: điều dưỡng viên áp bàn tay lên vị trí vỗ và rung lồng ngực sao cho bàn tay rung lên (run rẩy) vào lúc thở ra. Sau 3 - 4 lần rung bảo bệnh nhân ho có hiệu quả (cách ho xem ở bài viêm phổi).
- Khi tiến hành dẫn lưu tư thế kết hợp vỗ và rung lồng ngực, điều quan trọng là bệnh nhân phải thấy dễ chịu, thoải mái. Khi làm xong thủ thuật đặt bệnh nhân về tư thế thuận lợi.

Chú ý cần dừng thủ thuật nếu thấy xuất hiện 1 trong các triệu chứng sau: đau tăng, tăng khó thở, mệt, chóng váng, ho ra máu.

- Trị liệu kết thúc khi bệnh nhân thở bình thường, không còn tiết đàm dãi, tiếng thở nghe bình thường, x-quang phổi bình thường.

- Có thể hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thực hiện các kỹ thuật này.

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Hen phế quản (Asthma) là một bệnh viêm mãn tính đường thở do nhiều tế bào và các thành phần tế bào tham gia.

Hen phế quản có biểu hiện đặc trưng là cơn khó thở cấp với tiếng cò cừ.

1.1. Dịch tễ

- Xuất độ bệnh từ 4 - 6% dân số Thế giới.
- Thường gặp ở trẻ em
- Ở Mỹ hen phế quản đứng hàng thứ 3 trong các bệnh tránh nhập viện.
- Thời gian nằm viện trung bình 5, 6 ngày , thời gian nghỉ việc # 2 tuần
- Tỷ lệ tử vong do hen phế quản (1990s) khoảng 31%
- Ở các BN trẻ < 19 tuổi (1980s) tỉ lệ tử vong 80%
- Cơ chế gây hen phế quản chủ yếu là do sự co thắt của các cơ trơn phế quản, ngoài ra còn do phù nề và tăng tiết dịch ở niêm mạc phế quản. (Vì vậy để điều trị hen phải dùng thuốc giãn phế quản).

1.2. Phân loại hen

Người ta thường chia hen phế quản thành 4 loại:

1.2.1. Hen ngoại sinh (hen dị ứng)

- Thường xảy ra ở trẻ em và người trẻ.

- Bệnh nhân thường có tiền sử bản thân về bệnh dị ứng
- Gia đình có người hen phế quản
- Có liên quan đến dị nguyên đặc hiệu
- Test da (+) với dị nguyên đặc hiệu
- Xuất hiện IgE trong máu cao
- Điều trị bằng thuốc giải mẫn cảm có kết quả

1.2.2. Hen nội sinh (hen nhiễm khuẩn)

- Thường xảy ra ở người lớn > 35 tuổi.
- Không có tiền sử bản thân và gia đình về bệnh dị ứng.
- Con hen xảy ra có liên quan đến nhiễm khuẩn đường hô hấp
- Không có tiền sử gia đình
- Không có liên quan đến dị nguyên đặc hiệu
- Test da (-)
- Điều trị bằng thuốc giải mẫn cảm không có kết quả

1.2.3. Hen hỗn hợp: là hình thái thường gặp nhất của hen, nó được đặc trưng bởi cả 2 hình thái nội - ngoại sinh.

1.2.4. Hen ác tính

- Là trạng thái hen nặng, cơn hen kéo dài > 24 giờ.
- Có biểu hiện suy hô hấp (khó thở, tím,...).
- Dùng các thuốc chữa hen thông thường không có kết quả.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

Nguyên nhân của hen phế quản chưa rõ ràng nhưng có các yếu tố thuận lợi dễ làm cơn hen xuất hiện là:

- Dị ứng: các chất gây dị ứng thường là:
 - + Hít phải chất và mùi gây kích thích như: phấn hoa, mùi sơn, mùi xăng dầu, lông súc vật, khói thuốc lá,...
 - + Thức ăn: ví dụ tôm cua biển,...
 - + Thuốc: ví dụ thuốc kháng sinh,...
- Nhiễm khuẩn: nhất là các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên như viêm amidal, viêm xoang, viêm VA ở trẻ em.
- Thay đổi thời tiết.
- Gắng sức.
- Stress tinh thần.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Cơ năng

Hen phế quản biểu hiện bằng cơn khó thở cấp (cơn hen):

- Triệu chứng báo trước: cảm giác khó chịu trong lồng ngực, hắt hơi, ngứa mũi sau đó cơn khó thở xuất hiện.

- Cơn khó thở do hen phế quản thể điển hình có các đặc điểm sau:

+ Khó thở chậm.

+ Khó thở ra là chính: ở thì thở ra luôn phải gắng sức, thì thở ra kéo dài hơn thì thở vào.

+ Thở có tiếng cò cừ (tiếng rít) mà người bên cạnh cũng nghe thấy.

+ Khó thở tăng dần, bệnh nhân phải ngồi tựa tay vào thành giường để thở, thở rất mệt nhọc, vã mồ hôi, tiếng nói bị ngắt quãng.

- Cơn khó thở kéo dài 5 - 10 phút hoặc hàng giờ, có khi cả ngày. Sau đó cơn khó thở giảm dần và kết thúc (hen phế quản thường không tự khỏi mà phải điều trị).

- Khi hết cơn khó thở: bệnh nhân ho nhiều và khạc đàm trắng dính, càng khạc nhiều đàm bệnh nhân càng dễ chịu.

- Cơn hen thường xảy ra vào ban đêm hoặc khi thay đổi thời tiết.

- Biểu hiện cơn hen nguy kịch:

+ Số lần thở > 30 lần/phút

+ Mạch : 110 lần/phút

+ Mạch nghịch đảo

+ Nghe phổi: im lặng

+ Tím tái

+ Không đo được PEF

3.1.2. Thực thể.

- Trong cơn hen

+ Mạch nhanh, huyết áp tăng nhẹ.

+ Bệnh nhân khó thở, có thể tím tái.

+ Nghe phổi có nhiều ran rít, ran ngáy khắp 2 phổi.

- Ngoài cơn hen không thấy gì đặc biệt.

3.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi trong cơn hen: 2 phổi sáng, khoang liên sườn giãn.

- Xét nghiệm khí máu: PaO₂ (áp suất oxy trong máu động mạch) giảm.

+ PaCO₂ (áp suất CO₂ trong máu động mạch) tăng.

+ SaO₂ (độ bão hòa oxy trong máu động mạch) giảm.

+ pH máu giảm có khi toan hô hấp.

- XN đàm: có tinh thể Charcot Leyden, bạch cầu ái toan, bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, nếu bội nhiễm thì có thể có vi khuẩn.

- Test giãn phế quản

- Test thử thách cây phế quản

- Đo khả năng khuếch tán khí qua màng phế nang mao mạch
- Các thể tích phổi:
- FRC, RV, TLC tăng
- Test giãn phế quản
- Test thử thách cây phế quản
- Đo khả năng khuếch tán khí qua màng phế nang mao mạch
- Các thể tích phổi
- FRC, RV, TLC tăng

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiến triển: ở mỗi người bệnh có tiến triển khác nhau, có người khỏi 1 thời gian dài, có người bị liên tục, có phụ nữ sau sinh thì bệnh đỡ nhưng có người sau đẻ bệnh lại tăng...

- Trong quá trình tiến triển có thể có biến chứng sau:

- + Vỡ phế nang gây tràn khí màng phổi.
- + Giãn phế nang.
- + Nhiễm khuẩn phổi: khi hen phế quản có nhiễm khuẩn phổi thì gọi là hen phế quản bội nhiễm.

+ Suy tim: hen phế quản lâu năm gây suy tim phải rồi suy tim toàn bộ. Trường hợp này gọi là tim phổi mãn (tâm phế mãn).

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị trong cơn hen

- Cho bệnh nhân nằm đầu cao tư thế fowler, khó thở nhiều cho thở oxy. Với cơn hen nặng nguy kịch phải đặt nội khí quản và thở máy.

- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
- Thuốc giãn phế quản là thuốc chính điều trị hen: Diaphylin, Salbutamol, Thiophylin, Terbutalin,...
- Dùng corticoid: Prednisolon, Depersolon,...
- Bù nước điện giải (do bệnh nhân mất nước qua hơi thở và mồ hôi).
- Nếu có bội nhiễm: điều trị bằng kháng sinh.

5.2. Điều trị ngoài cơn hen

- Tránh các yếu tố thuận lợi của hen.
- Điều trị các ổ nhiễm khuẩn nếu có (đặc biệt là nhiễm khuẩn vùng mũi họng).
- Giải mẫn cảm nếu là hen dị ứng.

5.3. Phục hồi chức năng

- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu, tập ho.
- Nếu có đàm vỡ rung lồng ngực.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

- Hỏi:

+ Hỏi triệu chứng hiện tại của bệnh nhân (chú ý nếu bệnh nhân đang trong cơn hen thì chỉ hỏi những gì thật cần thiết, không hỏi nhiều vì bệnh nhân mệt), khó thở (mức độ, tính chất), ho và khạc đàm (số lượng, màu sắc), có sốt? có phù? ngoài ra có khó chịu gì khác?

+ Hỏi tiền sử: tiền sử bản thân (trong đó chú ý tiền sử hen, tiền sử dị ứng trước đây) và tiền sử gia đình.

+ Hỏi để tìm yếu tố thuận lợi của bệnh như có hút thuốc? Môi trường sống?...

+ Hỏi về những khó khăn mà bệnh nhân cảm thấy như lo lắng về bệnh, mệt, chán ăn,...

- Khám thực thể để phát hiện triệu chứng và biến chứng:

+ Khám toàn thân: tinh thần, da niêm mạc, có tím không? có vã mồ hôi?

+ Khó thở: quan sát kiểu thở, có co kéo cơ hô hấp không? thì thở ra có kéo dài và có tiếng cò cữ? đếm tần số thở.

+ Nếu ho có đàm: xem số lượng màu sắc đàm.

+ Đo các dấu hiệu sinh tồn.

+ Khám các bộ phận xem có bất thường không?

- Tham khảo bệnh án, các kết quả xét nghiệm.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện ở phần nhận định đưa ra các chẩn đoán chăm sóc sau:

- Giảm lưu thông đường thở (do co thắt phế quản, tăng tiết dịch và phù nề niêm mạc phế quản).

- Ứ đọng đàm dãi (do tăng tiết dịch, co thắt phế quản và bệnh nhân không biết cách ho hiệu quả).

- Nguy cơ thiếu oxy máu do giảm trao đổi khí ở phổi.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp do tăng tiết dịch phế quản.

- Không đảm bảo dinh dưỡng (do khó thở, mệt, chán ăn,...).

- Thiếu kiến thức về bệnh và chưa biết cách tự chăm sóc.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tăng khả năng thông khí cho bệnh nhân.

- Làm sạch dịch ứ đọng ở đường thở.

- Làm giảm nguy cơ thiếu oxy máu.

- Khống chế nhiễm khuẩn.

- Đảm bảo dinh dưỡng.

- Giảm lo lắng.

- Giáo dục sức khỏe.

6.4. Thực hiện chăm sóc

- Tăng cường khả năng thông khí cho bệnh nhân bằng các biện pháp sau:
 - + Cho bệnh nhân nằm đầu cao hoặc tư thế fowler trong buồng thoáng.
 - + Nếu khó thở nhiều, tím tái cho thở oxy theo y lệnh.
 - + Thực hiện thuốc theo y lệnh thuốc giãn phế quản, corticoid,...
 - + Chú ý khi thực hiện y lệnh thuốc phải dùng đúng cách, đúng liều và phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc (chú ý tác dụng phụ trên tim mạch của thuốc giãn phế quản) và theo dõi xem bệnh nhân có đỡ khó thở không?
- Làm sạch đường thở:
 - + Hạn chế mọi kích thích đặc biệt là không hút thuốc.
 - + Uống nhiều nước để làm loãng đàm (nếu không suy tim).
 - + Vỗ rung lồng ngực và tập ho có hiệu quả để làm sạch phế quản (xem ở bài CSBN viêm phổi).
 - + Nếu đàm nhiều khó khạc phải tiến hành hút đàm dãi.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc long đàm nếu có.
- Làm giảm nguy cơ thiếu oxy máu bằng cách:
 - + Cho bệnh nhân thở oxy theo y lệnh.
 - + Thường xuyên theo dõi các dấu hiệu:
- Khó thở, tím.
 - + PaO₂, SaO₂ trong máu động mạch giảm.
 - + Các triệu chứng về thần kinh như: ngủ gà, kích thích vật vã (dấu hiệu thiếu oxy não).
- Nếu có các dấu hiệu trên phải kịp thời báo cáo thầy thuốc.
- Không chế nhiễm khuẩn:
 - + Làm sạch dịch ứ đọng ở đường thở như đã nói trên.
 - + Phát hiện sớm các dấu hiệu nhiễm khuẩn đường thở như khó thở tăng, mệt, sốt, thay đổi màu sắc đàm, tăng số lượng bạch cầu trong máu. Dặn bệnh nhân báo cáo thầy thuốc ngay nếu thấy có các dấu hiệu trên vì đó có thể là biểu hiện của nhiễm khuẩn đường thở.
 - + Làm XN đàm theo y lệnh.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh nếu có.
 - + Tăng cường vệ sinh buồng bệnh, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân, cho bệnh nhân ăn đủ dinh dưỡng, tăng vitamin, tránh thức ăn gây dị ứng.
- Giảm lo lắng: động viên bệnh nhân.
- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người nhà:

+ Hướng dẫn chế độ ăn uống và nghỉ ngơi phù hợp, ăn đủ dinh dưỡng, tránh các thức ăn bị dị ứng, uống đủ nước,...

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập thở, nếu có đàm thì tập ho có hiệu quả, vỗ rung lồng ngực.

+ Hướng dẫn người nhà lau mồ hôi cho bệnh nhân nếu có, vệ sinh cho bệnh nhân, theo dõi bệnh nhân nếu có bất thường phải báo cáo cho nhân viên y tế.

+ Hướng dẫn cách phòng cơn hen tái phát

- Tránh các yếu tố thuận lợi dễ làm khởi phát cơn hen như không hút thuốc, tránh stress, giữ ấm cơ thể khi trời lạnh, nếu hen xuất hiện liên quan đến súc vật thì nên tránh tiếp xúc với súc vật đó, nếu hen chủ yếu xảy ra về đêm khi nằm trên giường thì có thể là do dị ứng với chăn, đệm → nên thay chăn đệm loại khác... Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên nếu có, thay đổi môi trường sống và làm việc nếu có thể (nếu môi trường đó có yếu tố thuận lợi của hen).

- Tăng cường bồi dưỡng và luyện tập nhẹ nhàng để nâng cao sức khỏe.

- Khi ra viện dùng thuốc giãn phế quản theo chỉ dẫn của thầy thuốc, không tự ý dùng các thuốc dễ gây dị ứng, nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn phải đi khám.

6.5. Đánh giá chăm sóc

Kết quả mong muốn ở người bệnh là hết khó thở, dễ chịu, không có biến chứng, tuân thủ lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

V. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

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

Chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính căn cứ vào triệu chứng ho, khạc đàm, khó thở hay là có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Sự chẩn đoán được xác định bằng phế dung kế. Sau khi dùng thuốc giãn phế quản mà $FEV1 < 80\%$ so với trị số dự đoán phối hợp với $FEV1/FVC < 70\%$.

2. DỊCH TỄ HỌC

Theo Tổ chức Y tế Thế giới và ngân hàng Thế giới thì tỉ lệ mắc bệnh trên toàn Thế giới năm 1990 là 9,34/1000 dân nam, và 7,33/1000 dân nữ. Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở các nước đang hút thuốc lá nhiều và ngược lại.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

3.1. Những yếu tố kỹ chủ

- Gen: yếu tố di truyền đáng lưu ý nhất là thiếu hụt bẩm sinh alpha 1 antitrypsine. Sự phát triển sớm và nhanh khí phế thũng toàn tiểu thùy

- Sự tăng đáp ứng phế quản: ảnh hưởng đến bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là không rõ.
- Sự tăng trưởng phổi: liên hệ với quá trình xảy ra trong giai đoạn mang thai, cân nặng lúc sinh và sự tiếp xúc với môi trường trong thời kỳ thiếu niên.

3.2. Yếu tố ảnh hưởng

- Hút thuốc lá: liên hệ rất chặt chẽ với bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, điều này xảy ra có lẽ là do những yếu tố di truyền. Không phải tất cả người hút thuốc lá đều bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, khoảng 15 - 20% người hút thuốc lá bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, 85 - 90% bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là do thuốc lá. Hút thuốc lá > 20 gói/năm có nguy cơ cao dẫn đến bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Tiếp xúc thụ động với thuốc lá cũng có thể góp phần gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Hút thuốc lá trong thời kỳ mang thai cũng là một yếu tố nguy cơ cho bào thai, do ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển phổi trong tử cung.

- Bụi và chất hóa học nghề nghiệp: những bụi và chất hóa học nghề nghiệp (hơi nước, chất kích thích, khói) có thể gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính độc lập với hút thuốc lá.

- Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà: vai trò của ô nhiễm không khí ngoài nhà gây bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính không rõ. Ô nhiễm môi trường trong nhà như chất đốt, chất đốt cháy từ nấu ăn và hơi nóng là những yếu tố gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

- Nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn hô hấp ở thời kỳ thiếu niên có thể gây bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ở thời kỳ trưởng thành.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

4.1. Viêm và các yếu tố nguy cơ của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Sự liên quan giữa hút thuốc lá và viêm đã được nghiên cứu rất nhiều. Thuốc lá kích hoạt đại thực bào và tế bào thượng bì sản xuất ra TNF α (tumor necrosis factor -yếu tố hoại tử khối u) và một số chất trung gian gây viêm như IL 8 và IL B4.

4.2. Mất quân bình giữa proteinase và antiproteinase

Thiếu α 1 antitrypsine là một chất ức chế một số protease thủy phân như neutrophile làm gia tăng nguy cơ gây khí phế thũng; elastin là một thành phần chính của thành phế bào bị hủy bởi neutrophile elastase. Sự mất quân bình giữa proteinase và antiproteinase nội sinh có thể gây nên sự phá hủy phổi và có thể xảy ra do sự suy giảm hoạt tính của antiproteinase do stress oxy hóa, do thuốc lá và có thể do những yếu tố nguy cơ khác của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

4.3. Những stress oxy hóa

Trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính có một sự mất quân bình rõ ràng chất oxy hóa và chất chống oxy hóa, trong đó chủ yếu là các chất oxy hóa, đó là hydrogen peroxide

(H₂O₂) và nitric oxide (NO). Những stress oxy hóa ngoài việc gây tổn thương trực tiếp phổi còn góp phần vào sự mất quân bình proteinase-antiproteinase. Những chất oxy hóa cũng xúc tiến viêm. Cuối cùng những stress oxy hóa có thể góp phần làm hẹp đường hô hấp.

5. SINH LÝ BỆNH

5.1. Sự tăng tiết chất nhầy và rối loạn chức năng hô hấp

Sự tăng tiết chất nhầy là do sự kích thích các tuyến tiết chất bởi những chất trung gian gây viêm như leucotrien, proteinase và neuropeptides. Những tế bào lông bị dị sản dạng vẩy dẫn đến sự suy giảm hệ số thanh thải nhầy - lông.

5.2. Sự giới hạn lưu lượng khí thở và sự căng phòng phổi

Sự giới hạn lưu lượng khí thở không hồi phục, một số ít có thể hồi phục, do hiện tượng tái cấu trúc, xơ hóa và hẹp đường thở nhỏ. Những vị trí giới hạn đường thở là tiểu phế quản có khẩu kính < 2 mm, trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính kháng lực đường thở tăng gấp đôi bình thường. Sự phá hủy phế bào gây khí phế thũng. Sự giới hạn lưu lượng khí được biểu hiện bởi sự giảm FEV1 và tỉ số FEV1/FVC trong đó tỉ số FEV1/FVC giảm thường là dấu hiệu đầu tiên của sự giới hạn lưu lượng khí.

5.3. Bất thường về trao đổi khí

Sự mất quân bình giữa thông khí/tưới máu là cơ chế chủ yếu do tổn thương thành đường thở ngoại vi và khí phế thũng. Trong khí phế thũng có sự giảm DLCO/L, từ đó gây nên thiếu oxy máu. Tình trạng thiếu oxy máu và tăng khí cacbonic ít xảy ra khi FEV1 < 1.00L. Lúc đầu tình trạng thiếu oxy máu chỉ xảy ra lúc gắng sức, nhưng khi bệnh tiến triển nặng thì tình trạng thiếu oxy máu xảy ra lúc nghỉ ngơi.

Ở những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính nặng, tình trạng thiếu oxy gây co các động mạch khẩu kính nhỏ và các tiểu động mạch.

5.4. Tăng áp phổi và tâm phế mãn

Tăng áp phổi xảy ra chậm trong diễn tiến của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (Giai đoạn III), sau đó là tâm phế mãn. Những yếu tố gây nên tăng áp phổi là sự co mạch, sự tái cấu trúc những động mạch phổi. Sự co thắt mạch ngoài nguyên nhân do thiếu oxy máu còn do sự tổng hợp hay phóng thích NO bị giảm và sự tiết bất thường của những peptides co mạch như endothelin 1. Sự tăng áp phổi và sự giảm hệ thống mạch máu phổi do khí phế thũng có thể dẫn đến phì đại thất phải và suy tim phải.

6. TRIỆU CHỨNG

6.1. Triệu chứng chức năng

- Ho: ho mãn tính, thường là triệu chứng đầu tiên của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, lúc đầu ho cách khoảng, nhưng sau đó ho xảy ra hàng ngày, thường suốt cả ngày, ít khi ho ban đêm. Một số trường hợp, sự giới hạn lưu lượng khí có thể xảy ra mà không ho.

- Khạc đàm: với số lượng nhỏ đàm dính sau nhiều đợt ho.

- Khó thở: là triệu chứng quan trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và là lý do mà hầu hết bệnh nhân phải đi khám bệnh, khó thở trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là một loại khó thở dai dẳng và xảy ra từ từ, lúc đầu chỉ xảy ra khi gắng sức như đi bộ hay chạy lên thang lầu, khi chức năng phổi bị giảm, khó thở trở nên nặng hơn và bệnh nhân không thể đi bộ được hay không thể mang một xách đồ ăn, cuối cùng là khó thở xảy ra trong những hoạt động hàng ngày (mặc áo quần, rửa tay chân hay cả lúc nghỉ ngơi)

6.2. Triệu chứng thực thể: khám thực thể ít có giá trị trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Những triệu chứng thường gặp là:

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

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. Đánh giá giảm chức năng hô hấp bằng phế dung kế

Kết quả đo phế dung kế là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và để theo dõi tiến triển của bệnh.

- Đo FEV1 và FEV1/FVC (FEV1: thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên FVC: là thể tích khi thở ra trong giây đầu tiên. (Thông số này dùng để chẩn đoán và phân giai đoạn của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính).

- Sau dùng thuốc giãn phế quản FEV1 < 80% so với trị số lý thuyết phối hợp với FEV1/FVC < 70% chứng tỏ giới hạn lưu lượng khí không hoàn toàn hồi phục.

7.2. Test hồi phục phế quản sau khi hít khí dung thuốc giãn phế quản

- Những bệnh nhân không sử dụng thuốc giãn phế quản khí dung tác dụng ngắn trước đó 6 giờ, thuốc đồng vận β_2 tác dụng dài trước 12 giờ hay theophylline thải chậm trước 24 giờ.

- Đo FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản.

Thuốc giãn phế quản phải được sử dụng dưới dạng khí dung qua một bầu hít hay khí dung máy. Liều lượng thích hợp là 40 μ g đồng vận β_2 , 80 μ g kháng cholinergic hay phối hợp cả 2 loại.

- Đo FEV1 lại 3 - 45 phút sau khi dùng thuốc giãn phế quản.

Kết quả: một sự tăng FEV1 > 200ml và trên 12% so với FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản được xem như là có giá trị.

7.3. Khí máu

Ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính đã lâu để đánh giá tâm phế mãn.

7.4. Chụp phim lồng ngực: cho thấy khí phế thũng.

7.5. Giai đoạn

- **Giai đoạn 0:** có nguy cơ.

- **Giai đoạn I** (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính nhẹ): ho mãn tính và khạc đàm, thường bệnh nhân không chú ý đến.

- **Giai đoạn II và III** (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính vừa và nặng): bệnh nhân thường khó thở khi gắng sức, đây là giai đoạn bệnh nhân đi khám bệnh được chẩn đoán là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, có thể do nhiễm trùng hô hấp.

- **Giai đoạn IV** (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính rất nặng): những triệu chứng ho, khạc đàm tiếp tục xảy ra một cách điển hình, khó thở nặng lên và những biến chứng có thể xuất hiện.

8. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Bảng: Các chẩn đoán phân biệt thường gặp

Chẩn đoán	Triệu chứng
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	<ul style="list-style-type: none"> - Khởi phát trong khoảng tuổi ½ đời người. - Những triệu chứng tiến triển chậm. - Có tiền sử hút thuốc lá kéo dài. - Khó thở khi gắng sức. - Giới hạn lưu lượng khí không hồi phục nhiều.
Hen phế quản	<ul style="list-style-type: none"> - Khởi phát sớm thường trong thời kỳ thiếu niên. - Những triệu chứng thay đổi từng ngày. - Những triệu chứng xảy ra ban đêm. - Dị ứng, viêm mũi, chàm. - Tiền sử gia đình hen phế quản. - Giới hạn lưu lượng khí hồi phục nhiều.
Suy tim sung huyết	<ul style="list-style-type: none"> - Ral ẩm nhỏ hạt ở đáy. - X quang lồng ngực cho thấy bóng tim to, phù phổi. - Test chức năng hô hấp cho thấy rối loạn thông khí hạn chế. - Không có giới hạn lưu lượng khí.
Giãn phế quản	<ul style="list-style-type: none"> - Khạc đàm mủ số lượng nhiều. - Thường phối hợp với nhiễm trùng mủ. - Ral ẩm to hạt.

	- Phim lồng ngực hay CT scanner phổi cho thấy có giãn phế quản.
--	---

9. ĐIỀU TRỊ (tham khảo) Xử trí bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ổn định.

9.1. Giảm các yếu tố nguy cơ

- Ngưng thuốc lá: là phương pháp điều trị độc nhất có hiệu quả để làm giảm yếu tố nguy cơ. Ngưng thuốc lá sớm ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính có thể cải thiện FEV1, tuy nhiên các đường khí một khi đã bị tắc nghẽn trầm trọng thì sự ngưng thuốc lá ít có lợi.

- thuốc

+ Những thuốc thay thế nicotine: dạng viên, dán.

+ Thuốc chống trầm cảm: như bupropion và nortriptyline, thường dùng loại bupropion thải chậm đơn độc hay kết hợp với cao dán nicotine.

- Điều trị bằng thuốc

+ Điều trị kết hợp: có thể làm gia tăng tác dụng giãn phế quản, sự kết hợp giữa một đồng vận β_2 tác dụng ngắn với một kháng cholinergic ở những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ổn định làm cải thiện nhiều hơn và kéo dài hơn FEV1 so với sử dụng một loại thuốc.

+ Glucocorticosteroid: trong bệnh COPD glucocorticosteroid uống và khí dung ít có hiệu quả hơn trong hen và vai trò trong điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ổn định giới hạn trong những chỉ định đặc biệt.

+ Những điều trị khác:

• Vaccin: chống cúm và chống phế cầu chứa 23 type huyết thanh.

• Kháng sinh: sử dụng dự phòng, dùng liên tục không có hiệu quả trên tần suất xuất hiện những đợt bộc phát cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

• Những chất chống oxy hóa: đặc biệt là N-acetylcystein làm giảm tần suất xuất hiện những đợt bộc phát cấp hay có thể có vai trò trong điều trị những bệnh nhân có những đợt bộc phát cấp tái phát.

• Thuốc giảm ho: không dùng.

- Sự tập luyện: mục tiêu chính của sự tập luyện hô hấp là giảm những triệu chứng, cải thiện chất lượng sống và làm tăng sự tham gia hàng ngày các hoạt động về thể chất và tinh thần.

9.2. Oxy liệu pháp

Thường được chỉ định ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính giai đoạn III nặng ở những bệnh nhân có:

- $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ hay $\text{SaO}_2 < 88\%$ có hay không có tăng khí cacbonic hay PaO_2 từ 55 - 60 mmHg hay $\text{SaO}_2 = 89\%$, nếu có tăng áp phổi, phù ngoại biên gợi ý suy tim hay đa hồng cầu ($\text{Hct} > 55\%$).

- Điều trị lâu dài oxy (> 15giờ/ngày) ở những bệnh nhân bị suy hô hấp mãn có thể làm gia tăng sự sống sót. Oxy liệu pháp liên tục làm giảm áp lực động mạch phổi và có thể ngăn ngừa được sự diễn tiến của tăng áp phổi.

Bảng: Điều trị theo giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Giai đoạn	Điều trị được khuyến cáo sử dụng
Các giai đoạn	- Tránh những yếu tố nguy cơ. - Tiêm phòng cúm.
Giai đoạn 0	- Như trên.
Giai đoạn I	- Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn.
Giai đoạn II	- Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản. - Tập luyện. - Glucocorticosteroid khí dung nếu triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp có đáp ứng.
Giai đoạn III	- Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản. - Tập luyện. - Glucocorticosteroid khí dung nếu triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp có đáp ứng hay nếu có những đợt bộc phát cấp.
Giai đoạn IV	- Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản.

9.3. Chụp x quang lồng ngực

Có thể cần thiết vì qua kết quả x quang cho thấy trên 23% bệnh nhân nhập viện có những biểu hiện bệnh lý.

9.4. Thuốc

- Thuốc giãn phế quản

Khí dung thuốc đồng vận β_2 tác dụng ngắn như salbutamol và kháng cholinergic như ipratropium có hiệu quả bằng nhau trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Những loại thuốc này cũng có tác dụng cao trên tất cả tác dụng của những thuốc giãn phế quản sử dụng bằng đường tiêm bao gồm methylxanthines và những loại thuốc cường giao cảm. Một số nghiên cứu cho thấy phối hợp thuốc đồng vận β_2 tác dụng ngắn với kháng cholinergic có hiệu quả cao do tác dụng hiệp lực mà không làm gia tăng tác dụng phụ. Chỉ sau liều tối đa khởi đầu thuốc giãn phế quản, có thể thêm một liều khí dung giãn phế quản tỏ ra có lợi.

- Sử dụng corticoide

Trong đợt bộc phát cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính việc sử dụng corticoide hệ thống trong 2 tuần là có lợi. Trong 2 tuần đó liều lượng được chia như sau: 3 ngày sử dụng methyl prednisolone 125mg/6 giờ, sau đó cho prednisone trong 2 tuần (60mg/ngày

từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7, 40mg/ngày từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 11, và 20mg/ngày từ ngày thứ 12 đến ngày thứ 15).

- Kháng sinh

Kháng sinh tỏ ra có hiệu quả trong đợt bộc phát cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Tùy theo loại vi trùng thường gây nhiễm trùng phế quản phổi mà sử dụng kháng sinh thích hợp.

- Oxy liệu pháp

Trong đợt bộc phát cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và thiếu khí, việc sử dụng oxy là cần thiết và có lợi cho bệnh nhân.

- Thông khí áp lực dương không xâm nhập

Thường được sử dụng cho bệnh nhân nội trú bị đợt bộc phát cấp bệnh COPD. Phương pháp này không những làm cải thiện chức năng hô hấp và làm giảm PaCO₂ mà trong một số trường hợp có thể tránh sử dụng đặt nội khí quản.

- Chống chỉ định

Trong điều trị những bệnh nhân bị đợt bộc phát cấp bệnh COPD, những điều trị sau đây không có lợi: thuốc tan nhầy, vật lý trị liệu lồng ngực, methylxanthines.

10. CHĂM SÓC

10.1 Nhận định tình trạng bệnh nhân

10.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân đau từ bao giờ, khạc đàm: màu sắc, số lượng, tính chất đàm,...
- Có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào từ bao giờ, số lượng hút mỗi ngày?
- Khó thở: khó thở từ bao giờ? Khó thở thì hít vào hoặc thở ra? Gắng sức có làm tăng khó thở không?
- Có tiếng cò cữ không?
- Có tím tái không?
- Thời gian nào trong ngày bệnh nhân khó thở và khạc đàm nhiều nhất?
- Tiền sử có mắc bệnh mãn tính đường hô hấp không?
- Có mắc bệnh ở xoang, tai mũi họng không?
- Thời gian gần đây có mắc bệnh gì không?
- Nghề nghiệp làm gì? Có hay tiếp xúc với hóa chất không?
- Môi trường làm việc và môi trường sống như thế nào?
- Các biểu hiện của tình trạng bệnh hiện tại.
- Sốt, nhức đầu, đau mình, mệt mỏi, khan tiếng? Mất ngủ?
- Bệnh nhân hiểu biết về tình trạng bệnh của mình không? Cách tự chăm sóc?

10.1.2. Khám

- Tình trạng toàn thân: thể trạng người bệnh, tình trạng tinh thần.
- Tình trạng hô hấp: tần số và tính chất hô hấp, tím tái.

- Ho: mức độ ho và các biểu hiện khác kèm theo.
- Số lượng màu sắc và tính chất đàm.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân.
- Xem các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.
- Chuẩn bị làm cận lâm sàng: CTM, VS, x-quang tim phổi, khí máu động mạch
- Các kết quả khác từ hồ sơ bệnh án, gia đình hoặc những người xung quanh.

10.1.3. Chẩn đoán điều dưỡng (chẩn đoán điều dưỡng gợi ý)

- Khó thở do co thắt phế quản, tăng tiết đàm, ho không hiệu quả.
- Đường thở không hiệu quả liên quan đến tăng tiết chất nhầy, co thắt phế quản và kích thích đường thở.

- Nguy cơ toan hô hấp, mất thăng bằng nước và điện giải liên quan với việc giảm trao đổi khí, mất nước do ăn uống kém, sốt.

- Không tự chăm sóc liên quan đến mệt mỏi do khó thở và thiếu oxy.
- Giảm hoạt động thể lực do mệt, ôxy máu giảm, kiểu thở không hiệu quả.
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về tự chăm sóc.

10.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.2.1. Giảm khó thở

- Thường xuyên lượng giá mức độ khó thở và thiếu ôxy của bệnh nhân.
- Thực hiện thuốc giãn phế quản đầy đủ: chú ý tác dụng phụ của thuốc.
- Đưa thuốc giãn phế quản qua đường khí dung làm giãn phế quản trực tiếp (với lượng thuốc nhỏ) làm tăng cường sự trao đổi khí.

- Sử dụng thuốc theo đường khí dung nên cho trước khi ăn, vì sau khi dùng thuốc bệnh nhân ho khạc chất tiết ra ngoài.

- Cho hít hơi ẩm, ẩm sau khi hít thuốc giãn phế quản giúp làm loãng đàm, các chất tiết có thể di chuyển rõ ràng ra ngoài khi ho khạc.

- Dẫn lưu đàm theo tư thế, kết hợp vỗ rung lồng ngực, hướng dẫn bệnh nhân ho có hiệu quả để tống đàm ra ngoài.

- Trường hợp bệnh nhân quá yếu có thể hút đàm qua mũi miệng.
- Sử dụng ôxy liệu pháp khi có thiếu ôxy máu.
- Thực hiện thuốc kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn.

10.2.2. Làm sạch đường thở

- Hạn chế mọi kích thích ở phổi đặc biệt là không hút thuốc.
- Uống nhiều nước làm loãng đàm.
- Dẫn lưu đàm theo tư thế, kết hợp vỗ rung lồng ngực để tống đàm ra ngoài. Trước khi dẫn lưu cần tiến hành khí dung thuốc giãn phế quản. Dẫn lưu tư thế thường làm trước khi ngủ tối và sau khi dậy vào buổi sáng. Số lần dẫn lưu phụ thuộc vào sức chịu đựng của bệnh nhân.

- Hướng dẫn bệnh nhân ho có hiệu quả:
 - + Ho ở tư thế ngồi đầu hơi cúi về phía trước.
 - + Đầu gối và hông ở tư thế gấp để các cơ bụng mềm ít căng cơ bụng khi ho.
 - + Hít vào chậm qua mũi và thở ra qua môi mím vài lần
 - + Ho 2 lần trong mỗi lần thở ra, trong khi cơ bụng đúng lúc ho.
- Phòng nhiễm khuẩn phế quản - phổi: khi bội nhiễm virus, vi khuẩn, các triệu chứng thường tăng rõ rệt. Vì vậy cần phải phòng tránh nhiễm virus, dùng kháng sinh sớm khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

10.2.3. Tập thở có hiệu quả

- Kỹ thuật thở môi mím chống xẹp phế nang, giúp bệnh nhân kiểm soát được tần số thở, độ sâu của thở và thư giãn (Kỹ thuật thở môi mím tiến hành như sau: hít vào qua mũi trong khi đếm đến 3, sau đó thở ra chậm qua đường miệng môi mím, khi thở ra cơ bụng co lại. Thở ra kéo dài qua môi mím trong khi đếm đến 7).

- Kỹ thuật thở cơ hoành làm tăng thông khí phế nang và đôi khi làm giảm dung tích khí cặn.

Kỹ thuật thở cơ hoành tiến hành như sau: đặt một bàn tay vào bụng bệnh nhân (ngay dưới bờ sườn) bàn tay kia đặt vào giữa lồng ngực: hít vào chậm và sâu qua mũi bụng lồi ra càng nhiều càng tốt. Thở ra qua miệng môi mím trong khi cơ bụng co lại, bàn tay kia đặt lên bụng đè nhẹ vào phía trong và lên trên khi thở ra.

Nhắc lại sau 2 - 5 phút, tiến hành vài lần/ngày (trước bữa ăn và trước khi ngủ).

10.2.4. Điều chỉnh và giữ cân bằng nước và điện giải

- Kiểm soát chặt chẽ pH máu, khi pH máu bình thường sẽ làm gia tăng hiệu quả của thuốc giãn phế quản. Theo dõi sát ion đồ trong máu vì tình trạng mất nước và một số thuốc đưa vào cơ thể có thể làm thay đổi điện giải đồ.

- Dùng NaHCO₃ theo y lệnh để điều chỉnh toan máu.
- Duy trì đường truyền tĩnh mạch ở tốc độ thích hợp.
- Ngăn ngừa mất nước điện giải qua nôn ói, sốt: dùng thuốc chống nôn, hạ sốt theo y lệnh.

10.2.5. Tăng khả năng tự chăm sóc và tăng cường thể lực

- Khi sự trao đổi khí và đường thở được cải thiện, cần khuyến khích bệnh nhân tự chăm sóc: tập thở cơ hoành đồng thời với đi bộ, làm việc nhẹ nhàng, leo cầu thang, tự luyện tập tăng dần và nghỉ khi thấy mệt hoặc khó thở.

- Bệnh nhân cần uống nhiều nước, tự tập dẫn lưu tư thế.
- Luyện tập thở và các bài tập thể dục thể thao với mức độ tăng dần sẽ làm tăng thông khí ở phổi, làm sung sức thể lực.

10.2.6. Giáo dục bệnh nhân chăm sóc tại nhà

C. Nằm nghiêng. D. Nằm đầu chúc xuống thấp, bụng gập vào thành giường.

10. Tính chất đặc hiệu của abces phổi là:

- A. Đàm mủ trắng loãng. B. Đàm mủ thối.
C. Đàm mủ nâu lẫn máu. D. Đàm bã đậu.

11. Con hen ác tính có dấu hiệu nào sau đây?

- A. Khó thở kéo dài > 24 giờ B. Đau ngực
C. Sốt cao D. Ho, khạc đàm

12. Hen nội sinh có tên gọi khác là:

- A. Hen dị ứng B. Hen nhiễm khuẩn
C. Hen hỗn hợp D. Hen ác tính

13. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính khó thở là do nguyên nhân nào sau đây?

- A. Co thắt phế quản B. Tăng tiết đàm
C. Phù nề niêm mạc phế quản D. Câu A, B, C đúng

14. Dấu hiệu trên X quang ngực ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, chọn câu sai:

- A. Triệu chứng gợi ý viêm phế quản mãn tính
B. Tình trạng căng dẫn quá mức lồng ngực
C. Tăng áp tuần hoàn phổi type sau mao mạch
D. Khí phế thũng

15. Triệu chứng thực thể trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, chọn một câu đúng:

- A. Các dấu hiệu suy hô hấp B. Căng giãn lồng ngực
C. Dấu hiệu suy tim phải D. Câu A, B, C đúng

16. Alzheimer là bệnh lý phức tạp có thể chịu ảnh hưởng nhiều yếu tố, ngoại trừ:

- A. Dinh dưỡng B. Tuổi tác
C. Giới tính D. Dân tộc

17. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính khó thở là do nguyên nhân nào sau đây? A. Co thắt phế quản

- B. Tăng tiết đàm
C. Phù nề niêm mạc phế quản D. Câu A, B, C đúng

Chương 4

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH HỆ TIÊU HÓA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của bệnh hệ tiêu hóa.
- 1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh loét dạ dày - tá tràng, viêm đại tràng, áp xe gan, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa.

2. Kỹ năng

Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng, viêm đại tràng, áp xe gan, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. NHẬN ĐỊNH LÂM SÀNG HỆ TIÊU HÓA

1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

1.1. Đau bụng

1.1.1. Đại cương

- Đau bụng là một triệu chứng hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hóa do nhiều nguyên nhân trong bộ máy tiêu hóa cũng như ở ngoài bộ máy tiêu hóa gây ra.

- Trong nhiều trường hợp đau bụng là một dấu hiệu của một tình trạng cấp cứu ngoại khoa hay nội khoa.

- Tuy nhiên đau bụng là một triệu chứng chủ quan phụ thuộc vào sự nhạy cảm của từng người, không phản ánh chính xác và khách quan tình trạng thực của bệnh. Vì vậy muốn đánh giá đúng tình trạng của bệnh phải dựa vào những triệu chứng khác kèm theo.

1.1.2. Những đặc điểm của đau bụng

Đứng trước một bệnh nhân đau bụng cần phải hỏi các đặc điểm sau:

- Vị trí: vùng thượng vị, vùng hạ vị, vùng rốn hoặc không có vị trí rõ rệt.
- Hướng lan: lan lên ngực, lên bả vai, lan ra sau lưng, lan xuống bộ phận sinh dục ngoài.
- Cường độ đau: phụ thuộc vào sự chịu đựng của từng người bệnh.
- Cảm giác đau: đau âm ỉ, đau từng cơn, cảm giác cồn cào, đau quặn, đau rát bỏng, đau như kim châm,....
- Thời điểm đau: thời gian xuất hiện cơn đau.
- Tính chất chu kỳ.
- Hoàn cảnh xuất hiện cơn đau.

1.1.3. Phân loại đau bụng

- Đau bụng cấp tính cần xử trí ngay bằng ngoại khoa:

- + Viêm ruột thừa,
- + Thủng dạ dày,
- + Thai ngoài tử cung vỡ.

- Đau bụng cấp tính nội khoa:

- + Giun chui ống mật,
- + Viêm tụy cấp,
- + Viêm dạ dày cấp,
- + Sỏi mật,
- + Sỏi thận.

- Đau bụng mãn tính:

- + Viêm loét dạ dày tá tràng,
- + Viêm đại tràng.

1.1.4. Nguyên nhân gây đau bụng

- Do tổn thương ở bộ máy tiêu hóa:

+ Dạ dày: viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày,

+ Ruột non: viêm ruột cấp do vi khuẩn, do giun, lồng ruột, tắc ruột, khối u ở ruột non, viêm túi thừa Meckel.

+ Đại tràng: viêm đại tràng do vi khuẩn, ký sinh trùng, Amibe, viêm loét đại trực tràng, chảy máu, ung thư, lao, viêm ruột thừa,

+ Gan: u gan, viêm gan, sỏi mật,

+ Tụy: u tụy, sỏi tụy, viêm tụy cấp,

+ Mạch treo: tắc mạch mạc treo.

- Do tổn thương ở ngoài bộ máy tiêu hóa:

+ Bộ máy sinh dục: u nang buồng trứng, thai ngoài tử cung vỡ,

+ Thận - tiết niệu: sỏi thận, sỏi niệu quản,

+ Dị ứng: dị ứng thức ăn, dị ứng thời tiết,...

+ Nhiễm độc chì, nhiễm độc thủy ngân,...

1.2. Nôn và buồn nôn

1.2.1. Đại cương

- Nôn là hiện tượng tổng các chất chứa trong dạ dày ra ngoài đường miệng.

- Buồn nôn là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn ra được.

- Nôn là một hiện tượng khách quan, trái lại buồn nôn là cảm giác chủ quan.

1.2.2. Những đặc điểm cần phải nhận định trước một bệnh nhân có nôn

- Thời gian xảy ra nôn.

- Nôn ngay sau khi ăn hay nôn từ từ xảy ra muộn xa bữa ăn.

- Số lần nôn, khối lượng chất nôn.

- Thành phần chất nôn, chất nôn có lẫn thức ăn, máu, dịch mật.

1.2.3. Nguyên nhân gây nôn - buồn nôn

** Tại bộ máy tiêu hóa:*

- Hẹp môn vị.
- Lòng ruột, tắc ruột.
- Viêm dạ dày cấp, viêm tụy cấp, viêm ruột thừa cấp.
- Nôn do phản xạ: gặp trong cơn đau quặn gan.

** Ngoài bộ máy tiêu hóa:*

- Cơn đau quặn thận do sỏi thận, sỏi niệu quản.
- Nghén, nhiễm độc thai nghén.
- Thai ngoài tử cung vỡ.
- Viêm não, màng não, u não.
- Tai biến mạch máu não.
- Nhiễm độc thuốc hoặc hóa chất.

1.2.4. Hậu quả của nôn

- Tình trạng mất nước, mất điện giải, nôn nhiều mất Ion H⁺ và Cl⁻ dẫn đến kiềm hóa máu.
- Nôn nhiều dẫn đến hạ huyết áp → trụy tim mạch.
- Mất nước, mất điện giải → tiêu ít, vô niệu.
- Nôn nhiều, nôn mạnh → rách niêm mạc thực quản, bệnh nhân chảy máu.
- Toàn thân gầy, sút cân nhanh, thiếu máu, suy kiệt.

1.3. Tiêu chảy

1.3.1. Định cương

- Phân bình thường chứa một lượng nước bằng 80% trọng lượng phân, nếu chứa từ 80 - 85% là phân nhão, nếu chứa hơn 85% là phân lỏng, nếu chứa ít hơn 75% là phân táo tón, lượng phân mỗi ngày từ 200 - 300g.

- Tiêu chảy là hiện tượng đi ngoài nhiều lần trong ngày và trong phân có nhiều nước hơn.

- Tiêu chảy là một triệu chứng đặc trưng bởi sự tống phân nhanh và phân có nhiều nước, số lượng phân hơn 300g mỗi ngày.

1.3.2. Những đặc tính cần thiết về tiêu chảy

- Bắt đầu đột ngột hay từ từ.
- Số lần đi ngoài trong ngày.
- Số lượng phân, màu sắc phân.
- Tính chất, thành phần của phân, phân toàn nước, sền sệt, phân nhầy - máu hay phân sống?
- Thời gian tiêu chảy: kéo dài trong bao lâu? vài ngày hay hàng tháng?

- Những triệu chứng kèm theo:
 - + Đau bụng, sốt, buồn nôn, nôn,
 - + Tiêu chảy thường dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như mất nước và điện giải, trụy mạch, nếu kéo dài cơ thể gầy suy dinh dưỡng.

1.3.3. Nguyên nhân

* Đối với tiêu chảy cấp tính thường là:

- Do vi khuẩn: có 2 loại vi khuẩn chính là:
 - + Vi khuẩn gây tổn thương tại chỗ làm tăng bài tiết và giảm khả năng hấp thụ như *Shigella*, *Ecoli*.
 - + Vi khuẩn phát triển ở bề mặt niêm mạc tiết ra độc tố kích thích tăng bài tiết như tụ cầu.

- Do virus.
- Do nhiễm ký sinh trùng như: *Amibe*, *Trichomonas*.
- Các nguyên nhân khác:
 - + Nhiễm độc chì, thủy ngân, Asenic.
 - + Do dùng thuốc: thuốc nhuận tràng, kháng sinh đường ruột mạnh.
 - + Do dị ứng: dị ứng thức ăn.
 - + Do thần kinh: quá lo lắng, sợ hãi.

* Đối với tiêu chảy mãn tính:

- Do quá trình tiêu hóa kém: ở những người cắt đoạn dạ dày, cắt đoạn ruột.
- Do hấp thu kém: viêm tụy mãn tính, viêm ruột mãn tính.
- Do tăng nhu động ruột.
- Do loạn khuẩn ruột: gặp ở những người dùng nhiều kháng sinh.

1.3.4. Hậu quả của tiêu chảy

- Gây mất nước, mất điện giải, nếu tiêu chảy nặng gây mất nước nhiều và cấp tính gây trụy mạch hạ huyết áp.
- Toàn thân: nếu tiêu chảy ít nhưng kéo dài gây sút cân, suy kiệt cơ thể.

1.4. Táo bón

1.4.1. Đại cương: bình thường mỗi ngày đi ngoài một lần, táo bón là 2 ngày trở lên mới đi ngoài một lần, phân khô, lượng phân ít, lổn nhổn, phải rặn nhiều.

1.4.2. Biểu hiện lâm sàng

- Đi ngoài khó khăn, phải rặn nhiều có khi vẫn không đi được.
- Phân rắn, khô, vón cục, lổn nhổn như phân dê, có khi thụt tháo mới đi được.
- Có thể đi ngoài ra máu đỏ tươi trước hoặc sau khi ra phân do phải rặn nhiều, do xây sát ống hậu môn, có khi đi ngoài ra phân lẫn máu tươi, chất nhầy.
- Toàn thân: có khi nhức đầu, mất ngủ, hồi hộp đánh trống ngực, ăn uống kém, khó tiêu.

- Đau bụng ít hay nhiều tùy thuộc vào từng người, chướng bụng.
- Khám bụng sờ thấy cục phân cứng, lồi nhô nằm dọc theo khung đại tràng, nhất là ở vùng hố chậu trái.

1.4.3. Nguyên nhân

** Tại ống tiêu hóa:*

- Giảm co bóp ở đại tràng: gặp ở người già yếu, làm việc quá sức, thần kinh căng thẳng, lo lắng nhiều, hồi hộp, xúc động.
- Khối u đại tràng, hậu môn: gây cản trở vận chuyển phân.
- Viêm đại tràng mãn tính.

** Ngoài ống tiêu hóa:*

- Do chế độ ăn uống không đúng: ăn ít rau, uống ít nước, ăn các thức ăn dễ gây táo bón như ổi, sim, hồng xiêm,...
- Do thói quen: ngồi nhiều, ít vận động, ít thể dục thể thao, ngại đi đại tiện.
- Do dùng một số thuốc dễ gây táo bón: thuốc có Morphine, thuốc băng niêm mạc dạ dày: Gastropulgite, viên sắt, kháng sinh.
- Do mất nước: sốt cao, nắng nóng, lao động nặng ra nhiều mồ hôi.
- Do thần kinh trung ương: u não, hội chứng màng não.
- Do nội tiết: tiểu đường, Basedow, suy tuyến giáp.

1.5. Chướng hơi

1.5.1. Nguồn gốc của hơi trong ruột

- Do nuốt hơi vào cùng khi ăn.
- Hơi từ trong máu đào thải qua ruột.
- Do tiêu hóa thức ăn, đặc biệt là tiêu hóa thức ăn ở đại tràng sinh ra.

1.5.2. Những yếu tố làm sinh hơi nhiều trong ruột

** Tăng sản xuất hơi:*

- Viêm ống tiêu hóa cấp do vi khuẩn.
- Giảm tiết dịch vị hoặc tăng tiết dịch vị.
- Hiện tượng lên men hoặc lên men thôi ở đại tràng quá nhiều.

** Giảm đào thải hơi:*

- Hơi không được lưu thông xuống phía dưới như khối u ruột.
- Hơi không ngấm vào máu do tổn thương thành ruột, ú trệ tuần hoàn ở ruột.

1.5.3. Biểu hiện lâm sàng

- Chướng hơi toàn bộ:
 - + Tăng lên sau khi ăn uống.
 - + Giảm đi sau khi trung tiện hoặc đi ngoài.
- Chướng hơi cục bộ: hơi chỉ tập trung vào một phần nào đó trong ổ bụng. Ví dụ: chướng hơi ở đại tràng, manh tràng.

- Chướng hơi kèm theo ứ dịch: ngoài chướng hơi ra người bệnh còn kèm theo triệu chứng sôi bụng, có khi là toàn thể, có khi khu trú ở một vùng hay gặp nhất là vùng hồi manh tràng.

1.5.4. Nguyên nhân

- Do tăng sinh hơi:
 - + Ăn uống một số chất sinh nhiều hơi: uống nhiều bia, nước có ga.
 - + Viêm niêm mạc ruột.
 - + Do tiêu hóa kém.
 - + Hấp thu kém.
 - + Loạn khuẩn ruột.
- Do đào thải hơi kém:
 - + Tắc ruột.
 - + Liệt ruột.
 - + Rối loạn tuần hoàn ruột.
- Các nguyên nhân khác:
 - + Viêm màng bụng.
 - + Bệnh rối loạn chuyển hóa.
 - + Bệnh tâm thần.

2. CÁCH KHÁM BỤNG

2.1. Nguyên tắc chung

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, 2 tay duỗi thẳng, 2 chân hơi co, nằm cân đối, ngay ngắn, không gối đầu cao quá.

- Tư thế thầy thuốc: ngồi hoặc đứng bên phải bệnh nhân.

- Phòng khám bệnh: thoáng, đủ ánh sáng, ấm về mùa đông có đầy đủ dụng cụ để khám.

- Cách khám: bộc lộ hết vùng bụng, khám lần lượt theo thứ tự nhìn, sờ, gõ, nghe, nếu cần thiết phải thăm khám trực tràng.

2.2. Khám thực thể

2.2.1. Nhìn

- Bình thường bụng thon tròn đều, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm.

- Bệnh lý: quan sát có thể thấy

+ Hình thái: bụng lõm lõng thuyên, bụng chướng, rốn lồi.

+ Thay đổi về cử động thành bụng: thành bụng co cứng, không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ.

+ Dấu hiệu rấn bờ: có thể nhìn thấy ở toàn bụng hay ở một vùng của bụng.

+ Tuần hoàn bàng hệ nổi rõ dưới da bụng.

2.2.2. Sờ nắn

- Nguyên tắc:
 - + Sờ nắn nhẹ nhàng từ vùng không đau đến vùng đau.
 - + Phải đặt sát cả lòng bàn tay vào thành bụng để khám.
 - + Bảo bệnh nhân há miệng thở đều.
 - + Vừa khám vừa hỏi nhằm đánh lừa bệnh nhân để không chú ý đến động tác khám của thầy thuốc, không lên gân bụng, bụng phải thật mềm.
 - Phương pháp sờ nắn:
 - + Dùng một bàn tay hoặc 2 bàn tay áp lên thành bụng, có thể dùng 2 bàn tay chồng lên nhau ấn sâu xuống ổ bụng.
 - + Sờ bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa là chính.
 - Những biểu hiện bất thường:
 - + Lóp mỡ dưới da dày quá hoặc mỏng quá.
 - + Thành bụng phù nề.
 - + Thành bụng căng do chướng nước hoặc chướng hơi.
 - + Thành bụng cứng như gỗ.
 - + Có phản ứng thành bụng (tăng cảm giác đau).
 - Tìm điểm đau: dùng một hoặc hai đầu ngón tay ấn vào vùng nghi ngờ để tìm điểm đau một cách chính xác.
 - + Điểm đau túi mật: điểm gặp nhau của bờ ngoài cơ thẳng to, bờ sườn phải
 - + Điểm đau ruột thừa (điểm Macburney): là giao điểm giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối từ gai chậu trước trên bên phải từ rốn.
 - + Điểm mũi ức (điểm giun chui ống mật): ngay giữa mũi ức trên đường trắng giữa.
 - + Điểm sườn lưng: nằm trong góc tạo bởi giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chung thất lưng.
 - + Điểm niệu quản trên và giữa.
 - Phát hiện khối u trong ổ bụng:
 - + Dấu hiệu chạm khối u (chạm thất lưng - chạm thận)
 - + Dấu hiệu bập bênh thận.
- Chú ý:* khi khám phát hiện thấy khối u trong ổ bụng phải mô tả:
- Vị trí của khối u.
 - Kích thước, hình thể.
 - Mật độ, bề mặt, bờ.
 - Di động hay không di động.
 - Gõ đục hay trong.
 - Chạm thất lưng (+) chứng tỏ khối u ở phía sau.
 - Dấu hiệu bập bênh (+) chứng tỏ khối u nằm trong tổ chức lỏng lẻo.

- Có đập theo nhịp đập.

2.2.3. Gõ bụng

- Cách gõ: đặt bàn tay trái lên vùng bụng, dùng ngón tay phải gõ lên lưng bàn tay trái theo đường ngang từ trên xuống dưới hoặc gõ theo đường dọc từ mạng sườn bên này sang mạng sườn bên kia hoặc gõ từ rốn ra xung quanh theo hình nan hoa.

- Bình thường gõ bụng thấy:

+ Vùng trước gan: đục.

+ Vùng túi hơi dạ dày gõ trong.

+ Vùng lách gõ đục nằm trên đường vách sau giữa xương sườn 9, 10, 11.

- Bệnh lý:

+ Gõ bụng vang toàn bộ: do chướng hơi.

+ Gõ bụng đục toàn bộ hay đục vùng thấp, trong ở vùng cao: do cô chướng (có dịch trong ổ bụng).

+ Vùng đục trước gan mật: có hơi trong ổ bụng (thùng dạ dày), gõ thấy chỗ trong chỗ đục xen kẽ nhau (dấu hiệu bàn cờ) gặp trong lao màng bụng.

2.2.4. Nghe bụng

- Bình thường nghe bụng không có biểu hiện gì.

- Bệnh lý:

+ Nghe bằng tai phát hiện xem có tiếng óc ách không? có tiếng sôi trong ổ bụng không?

+ Nghe bằng ống nghe dễ phát hiện có các tiếng thổi của mạch máu không?

Ví dụ: hẹp động mạch thận, động mạch chủ bụng nghe có tiếng thổi tâm thu./.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Loét dạ dày tá tràng là bệnh làm tổn thương loét trên niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng (phần tiếp nối với dạ dày và là phần đầu của ruột non). Mặc dù đã có những tiến bộ lớn trong chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh vẫn là một vấn đề sức khỏe lớn bởi số lượng bệnh nhân nhiều, tính chất bệnh mạn tính và dễ tái phát, và có thể gây một số biến chứng.

- Là bệnh phổ biến gặp nhiều ở Việt Nam cũng như các nước trên Thế giới.

- Tỷ lệ: nam mắc bệnh nhiều hơn nữ chiếm tỷ lệ 4/5 số trường hợp.

- Tuổi: thường gặp ở tuổi trung niên xong có thể gặp ở người già và trẻ em.

- Loét tá tràng gặp nhiều hơn loét dạ dày, tỷ lệ 2/1.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Có nhiều thuyết để giải thích cơ chế sinh ra ổ loét:

+ Thuyết vỏ não: do căng thẳng tinh thần.

+ Thuyết dị ứng.

+ Thuyết thần kinh và thể dịch: hoạt động bài tiết dịch vị chịu sự tác động của vỏ não và dây thần kinh phế vị làm tăng bài tiết Gastrin → tăng bài tiết dịch vị → loét.

- Muốn gây ra ổ loét thì phải có sự mất cân bằng giữa hai yếu tố:

+ Yếu tố gây loét (yếu tố tấn công), acid HCl và men pepsin.

+ Yếu tố chống loét (yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày), chất nhầy mucin.

Bình thường 2 yếu tố này cân bằng nhau. Khi có sự mất cân bằng giữa hai yếu tố, trong đó yếu tố gây loét đóng vai trò quyết định, sẽ sinh ra ổ loét.

- Pepsin:

Được tiết ra dưới dạng tiền chất pepsinogen, dưới tác động của acid HCl biến thành pepsin hoạt động khi $\text{pH} < 3,5$ làm tiêu hủy chất nhầy và collagen. Có 2 loại pepsinogen I và II, được phát hiện bằng điện di miễn dịch. Lượng pepsinogen I quan hệ chặt chẽ với lượng tế bào tuyến tiết hang vị và tăng cao ở 2/3 bệnh nhân loét tá tràng và 1/3 ở bệnh nhân loét dạ dày.

- Sự phân tán ngược của ion H^+ :

Tiến trình loét được khởi phát do tăng tiết HCl, do lượng tế bào thành quá nhiều hoặc quá hoạt động, do đó lượng dịch vị cơ bản hoặc sau kích thích gia tăng, sự phân tán ngược và sự đi vào của ion H^+ làm thương tổn thành dạ dày gây ra loét. Do đó việc làm trung hòa ion H^+ đã làm giảm tỉ lệ loét rất nhiều. Nguy cơ loét càng cao khi sự tiết acid càng nhiều. Tuy nhiên một mình acid không giải thích được hết tất cả các trường hợp loét vì có 1/3 trường hợp loét mà acid dịch vị không tăng.

- Vi khuẩn *Helicobacter Pylori*:

Gây tổn thương niêm mạc dạ dày tá tràng đồng thời sản xuất ra amoniac làm acid hóa môi trường tại chỗ, tạo ra ổ loét. *Helicobacter Pylori* sản xuất men urease làm tổn thương niêm mạc dạ dày, nó cũng sản xuất ra protein bề mặt, có hoá ứng động (+) với bạch cầu đa nhân trung tính và monocyte. Nó còn tiết ra yếu tố hoạt hóa tiểu cầu, các chất tiền viêm, các chất superoxyde, interleukin 1 là những chất gây viêm và hoại tử tế bào. *Helicobacter Pylori* còn sản xuất ra các menprotease, phospholipase làm phá hủy chất nhầy niêm mạc dạ dày.

- Yếu tố bảo vệ của niêm mạc dạ dày:

+ Hàng rào niêm dịch: để chống lại sự tấn công của ion H^+ , yếu tố chính là lớp niêm dịch giàu bicarbonate tạo bởi glycoprotein có chứa các phospholipid không phân cực, nằm trên bề mặt của lớp gel này có tính nhầy đàn hồi. Khi pepsin cắt chuỗi peptid phóng thích các tiểu đơn vị glycoprotein, chúng làm mất tính chất nhầy đàn hồi này. Các ion H^+ xâm nhập vào lớp nhầy, nhưng chúng bị trung hòa bởi bicarbonat. Nhưng khi $\text{pH} < 1,7$ thì vượt quá khả năng trung hòa của nó và ion H^+ đến được lớp niêm mạc dạ dày và gây ra loét.

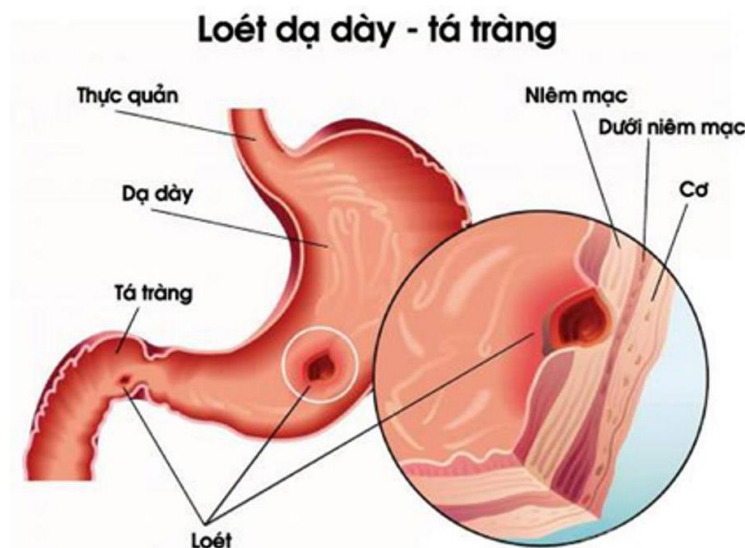
+ Lớp niêm mạc dạ dày: tiết ra glycoprotein, lipid và bicarbonat, chúng có khả năng loại bỏ sự đi vào bào tương của ion H^+ bằng 2 cách: một là trung hòa do bicarbonat, hai là đẩy ion H^+ vào khoảng kẽ nhờ bơm H^+K^+ ATPase nằm ở cực đáy.

+ Lớp Lamina Propria: có chức năng điều hòa. Oxy và bicarbonat được cung cấp trực tiếp cho lớp dưới niêm mạc bởi các mao mạch có rất nhiều lỗ hở, mà các tế bào này rất nhạy cảm với toan chuyển hóa. Một lượng bicarbonat đầy đủ được cung cấp cho tế bào niêm mạc để ngăn chặn sự acid hóa trong thành dạ dày gây ra bởi ion H^+ xuyên qua hàng rào niêm mạc này.

3. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

- HCl, pepsin dịch vị tăng
- Một số thuốc:
 - + Nhóm Corticoid
 - + Nhóm giảm đau chống viêm: Aspirin, Indomethacin, Ibuprophen.
- Vai trò của vi khuẩn *Helicobacter Pylori* là nguyên nhân gây ra vết loét.
- Chấn thương về tâm lý, tinh thần.
- Rượu
- Thuốc lá
- Xơ gan
- Suy tuyến giáp

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG



4.1. Thể điển hình

- Đau bụng ở vùng thượng vị là triệu chứng chính và quan trọng nhất với những đặc điểm sau:

- + Đau âm ỉ, thỉnh thoảng trở thành cơn nhưng không dữ dội.
- + Đau có cảm giác nóng rát hoặc như kim châm nhói.

+ Đau lan ra sau lưng hoặc lên ngực.

+ Đau có tính chất chu kỳ trong ngày, trong năm. Ví dụ: trong ngày thường đau vào lúc đói (loét tá tràng). Đau sau khi ăn là loét dạ dày. Trong năm thường đợt đau hay gặp vào mùa rét hoặc có khi gặp ở các mùa khác tùy theo từng người.

+ Mỗi đợt kéo dài từ 1- 4 tuần, có thể tự khỏi, càng về sau tính chất chu kỳ càng mất dần đi. Bệnh nhân đau tăng lên và thời gian đau kéo dài hơn.

. - Triệu chứng kèm theo:

+ Buồn nôn hoặc nôn ra nước lã thức ăn.

+ Ợ hơi, ợ chua.

+ Ăn uống kém.

+ Cơ thể gầy sút.

+ Tính tình thay đổi, hay cáu gắt.

4.2. Thể không điển hình

Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng của đau loét và biểu hiện đợt ngột bởi một biến chứng như: chảy máu tiêu hóa, thủng ổ loét hoặc ung thư hoá hay hẹp môn vị.

Bảng. So sánh một số tính chất giữa loét tá tràng và dạ dày

Loại	Loét tá tràng	loét dạ dày
Tính chất đau	- Đau lúc đói và ban đêm - Đau muộn sau khi ăn (4 - 5 giờ) - Ăn vào đỡ đau	- Đau sớm sau khi ăn (1 giờ) - Ăn vào không đỡ đau, có khi làm đau tăng lên.
Xét nghiệm dịch vị	- Độ acid tăng	- Độ acid giảm hoặc bình thường
Chảy máu tiêu hóa	- Tiêu phân đen thường gặp hơn nôn ra máu	- Nôn ra máu thường gặp hơn tiêu phân đen
Ung thư hóa	- Không xảy ra	- Có nguy cơ ung thư hóa
Tiến triển	- Khỏi xong dễ tái phát	- Nếu sau 2 - 3 đợt điều trị nội khoa tích cực, đúng phương pháp mà ổ loét không lành nên mổ cắt

5. CẬN LÂM SÀNG

Không có triệu chứng thực thể nào khi loét chưa có biến chứng. Chẩn đoán xác định dựa vào những thăm dò cận lâm sàng:

- Nội soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm: là phương pháp có giá trị chẩn đoán nhất. Nhìn thấy trực tiếp ổ loét, đánh giá đúng kích thước, vị trí của ổ loét và các tổn thương khác kèm theo.

- Chụp X-quang dạ dày - tá tràng có thuốc cản quang: có thể phát hiện ổ loét.

+ Nếu loét ở bờ cong nhỏ dạ dày có hình gai hồng, hình lồi.

- + Nếu loét ở hành tá tràng thấy hành tá tràng biến dạng.
- Xét nghiệm dịch vị: độ acid tăng trong loét tá tràng, giảm trong loét dạ dày.
- Tìm vi khuẩn *Helicobacter Pylori* trong mảnh sinh thiết ổ loét.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán loét dạ dày

Đặt ra khi lâm sàng có cơn đau loét điển hình, xác định bằng chụp phim dạ dày baryt và bằng nội soi. Điển hình là ổ đọng thuốc khi ổ loét ở bờ của dạ dày. Về nội soi, dễ nhận ra ổ loét, đáy của ổ loét phủ một lớp fibrin màu trắng xám, bờ đều hơi nhô lên do phù nề hoặc được bao quanh bởi các nếp niêm mạc hội tụ. Điều quan trọng là xác định bản chất của ổ loét bằng sinh thiết.

6.2. Chẩn đoán loét tá tràng

Gợi ý bằng cơn đau loét điển hình tá tràng, thường xảy ra ở người trẻ tuổi, có nhóm máu O. Xác định bằng nội soi và phim baryt, cho thấy ổ đọng thuốc thường nằm theo trục của môn vị ở trên hai mặt hoặc hình ảnh hành tá tràng bị biến dạng. Trong trường hợp loét mãn tính xơ hóa, hành tá tràng bị biến dạng nhiều, các nếp niêm mạc bị hội tụ về ổ loét làm môn vị bị co kéo, hoặc hành tá tràng bị chia cắt thành 3 phần tạo thành hình cánh chuồn. Nội soi có thể nhận ra dễ dàng ổ loét do đáy màu xám sẫm được phủ một lớp fibrin.

6.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dạ dày mãn
- Ung thư dạ dày
- Viêm tụy mãn
- Viêm đường mật túi mật mãn do sỏi

7. BIẾN CHỨNG

7.1. Chảy máu tiêu hóa

- Nôn ra máu hoặc tiêu phân đen.
- Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.

7.2. Thủng ổ loét

- Bệnh nhân đột ngột đau bụng dữ dội vùng thượng vị, đau như dao đâm.
- Khám thấy bụng cứng như gỗ.
- Toàn thân: có biểu hiện triệu chứng sốc.

7.3. Hẹp môn vị

- Bệnh nhân ăn không tiêu, buồn nôn và nôn ra thức ăn của bữa trước hoặc ngày hôm trước.

- Khám có tiếng óc ách lúc đói.

7.4. Ung thư dạ dày

- Bệnh nhân đau nhiều không có tính chu kỳ, kèm theo có nôn.

- Toàn thân: có thể gây nhanh.
- Khám: có thể sờ thấy khối u ở vùng thượng vị (giai đoạn muộn)

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Chế độ nghỉ ngơi

- Trong đợt cấp nghỉ ngơi hoàn toàn, tránh lao động nặng, tránh suy nghĩ, lo lắng, căng thẳng thần kinh nhiều.
- Ngoài đợt đau, sinh hoạt và lao động bình thường.

8.2. Chế độ ăn uống

- Trong đợt đau, ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ tiêu, ăn ít một, chia nhiều bữa/ngày
- Ngoài đợt đau, ăn uống bình thường.
- Kiên các chất kích thích: rượu, cà phê, chè đặc, thuốc lá, gia vị,...

8.3. Thuốc

- Dùng kháng sinh diệt vi khuẩn *Helicobacter Pylori*: Amoxicillin, Klion.
- Thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương làm giảm bài tiết, giảm co thắt và giảm đau: Atropin sunfat, Diazepam.
- Thuốc kháng thụ thể H₂ có tác dụng ức chế sự bài tiết acid trong dạ dày như Cimetidin, Ranitidin, Famotidin.
- Thuốc kháng acid.
- Thuốc ức chế bơm proton: Omeprazol (Lomac, Losec,...)
- Thuốc trung hòa acid và bao bọc niêm mạc dạ dày: Gastropulgit.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định chăm sóc

- Bệnh nhân đau vùng nào?
- Cảm giác của bệnh nhân khi đau.
- Có buồn nôn và nôn không?
- Có ợ hơi, ợ chua không?
- Có thói quen dùng các chất kích thích không?
- Sống và làm việc có căng thẳng không?
- Gia đình có ai bị loét dạ dày tá tràng không?
- Tham khảo kết quả cận lâm sàng.

9.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ liệu đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh nhân các chẩn đoán chăm sóc chính đối với bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có thể bao gồm:

- Đau bụng vùng thượng vị do tăng tiết dịch vị.
- Bệnh nhân lo lắng vì đau thượng vị kéo dài.
- Bệnh nhân không thực hiện chế độ ăn uống phù hợp do thiếu kiến thức bệnh.
- Nguy cơ có thể xảy ra các biến chứng.

- Bệnh nhân không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau vùng thượng vị.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Xây dựng chế độ ăn uống phù hợp với bệnh nhân.
- Theo dõi phát hiện biến chứng.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.4.1. Giảm đau vùng thượng vị cho bệnh nhân

- Chườm ấm vùng thượng vị (nếu không có biến chứng xuất huyết tiêu hóa).
- Giúp bệnh nhân bỏ thói quen dùng các chất kích thích, cần giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu dù đang dùng thuốc tốt, đắt tiền mà vẫn dùng chất kích thích thì bệnh sẽ không khỏi được, kết hợp với kiểm tra chặt chẽ.
- Cho bệnh nhân uống thuốc theo y lệnh đầy đủ và chính xác:
 - + Thuốc kháng sinh diệt vi khuẩn.
 - + Thuốc kháng acid dịch vị.
 - + Thuốc ức chế bơm proton.
 - + Thuốc trung hòa acid và băng niêm mạc dạ dày.

9.4.2. Giảm lo lắng cho bệnh nhân

- Có chế độ nghỉ ngơi và làm việc thích hợp, đau nhiều thì nghỉ hoàn toàn, khi đỡ đau làm việc nhẹ nhàng, tránh suy nghĩ căng thẳng.
- Mất ngủ thì dùng thuốc an thần: Seduxen, Rotunda.
- Quan tâm, chăm sóc tới bệnh nhân, giải thích những lo âu, vướng mắc của bệnh nhân trong phạm vi cho phép.
- Hướng dẫn bệnh nhân những động tác thư giãn, nghỉ ngơi.

9.4.3. Chế độ ăn uống phù hợp với bệnh

- Trong đợt đau, ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ tiêu, ăn ít một, chia nhiều bữa/ngày. Ngoài đợt đau, ăn uống bình thường, không nên ăn quá nhiều và quá nhanh.
- Kiên các chất kích thích: rượu, bia, chè đặc, cà phê, thuốc lá, gia vị, những chất này làm tăng tiết acid HCl.
- Khuyến bệnh nhân nên uống nước khoáng, không ăn thức ăn nóng quá hoặc lạnh quá vì gây kích thích niêm mạc dạ dày.

9.4.4. Theo dõi phát hiện phòng ngừa biến chứng

- Chảy máu tiêu hóa: theo dõi mạch, huyết áp, chất nôn, phân hàng ngày.
- Thủng ổ loét:
 - + Có dấu hiệu sốc kèm theo: khi phát hiện được báo bác sĩ để chuyển bệnh nhân điều trị ngoại kịp thời.

- + Đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thượng vị.
- Hẹp môn vị: bệnh nhân nôn ra thức ăn của ngày hôm trước, khi phát hiện cần
 - + Cho bệnh nhân ăn nhẹ, ăn từng ít một.
 - + Đặt sond dạ dày khi có chướng bụng.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân khi có chỉ định rửa dạ dày, nội soi dạ dày.

9.4.5. Hướng dẫn bệnh nhân cách tự phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe

- Cung cấp cho bệnh nhân một số kiến thức về bệnh giúp họ tránh được những yếu tố làm bệnh nặng thêm.
 - Bệnh nhân phải kiêng các chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá,....
 - Nên ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ tiêu, ăn chậm, nhai kỹ.
 - Khi dùng thuốc phải theo sự hướng dẫn của bác sĩ, nhất là các thuốc giảm đau Corticoid hoặc chống viêm Non steroid.
 - Đề phòng các biến chứng có thể xảy ra.
 - Có chế độ nghỉ ngơi phù hợp với bệnh.

9.5. Đánh giá chăm sóc: Những kết quả mong muốn là:

- Hết đau
- Hết lo lắng
- Có chế độ ăn uống phù hợp với bệnh
- Phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng
- Biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe./.

III. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM ĐẠI TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm đại tràng là một trong những bệnh về tiêu hóa với nhiều biểu hiện phức tạp. Thông thường người bệnh sẽ có cảm giác đau tức vùng bụng dưới như có tảng đá đè lên, đại tiện bất thường, phân không thành khuôn, kèm theo đầy hơi, chướng bụng, sôi bụng. Viêm đại tràng gây nhiều khó khăn cho sinh hoạt và công việc

2. NGUYÊN NHÂN

- Di chứng của bệnh nhiễm khuẩn đường ruột cấp, thương hàn, lỵ trực khuẩn, lỵ amibe và các nhiễm trùng khác.
 - + Ký sinh trùng hay gặp nhất là lỵ amip, ngoài ra còn có giun đũa, giun tóc, giun kim
 - + Vi khuẩn: lỵ trực khuẩn (Shigella), vi khuẩn thương hàn (Salmonella), vi khuẩn tả (Vibrio cholerae), vi khuẩn E. coli, vi khuẩn lao
 - + Siêu vi thường gặp là Rotavirus, chủ yếu ở trẻ em
 - + Nấm, đặc biệt là nấm Candida
- Viêm đại tràng cấp do ngộ độc thức ăn, dị ứng thức ăn
- Nguyên nhân bệnh tự miễn (viêm đại tràng, loét không đặc hiệu).

- Ngoài ra, bệnh còn liên quan đến sinh hoạt hằng ngày: căng thẳng, táo bón kéo dài, khó tiêu, dùng thuốc kháng sinh kéo dài gây loạn khuẩn ruột, ...

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH:

- Thuyết nhiễm khuẩn: bệnh bắt đầu do nhiễm khuẩn (thương hàn, tạp trùng, trực khuẩn) gây tổn thương, để lại di chứng " sẹo" ở niêm mạc đại tràng.

- Thuyết miễn dịch: vì một lý do nào đó chưa rõ viêm niêm mạc đại tràng trở thành kháng nguyên nên cơ thể tạo ra kháng thể chống lại chính niêm mạc đại tràng của bản thân. Phản ứng kháng thể kháng nguyên xảy ra ở một vùng hoặc toàn bộ niêm mạc đại tràng gây tổn thương, đó là hiện tượng "miễn dịch tự miễn".

- Thuyết thần kinh: sau tổn thương thần kinh trung ương và nhất là hệ thần kinh thực vật gây rối loạn vận động, bài tiết lâu ngày, gây tổn thương niêm mạc đại tràng.

- Giảm sức đề kháng của niêm mạc đại tràng.

Vì lý do toàn thân hoặc tại chỗ dẫn tới nuôi dưỡng niêm mạc đại tràng kém, đi đôi với rối loạn vận động, tiết dịch, sức "chống đỡ bệnh" của niêm mạc giảm, nên viêm loét xảy ra.

Viêm đại tràng mãn thường là sự phối hợp của nhiều cơ chế (các cơ chế mới chỉ là những giả thuyết) do vậy viêm đại tràng mạn người ta mới chỉ điều trị ổn định chứ chưa điều trị khỏi được hoàn toàn.

4. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ:

4.1. Đại thể: (2 loại tổn thương)

- Tổn thương viêm:

Trên đại thể người ta thường thấy có các hình ảnh: niêm mạc xung huyết, các mạch máu cương tụ thành từng đám, hoặc niêm mạc đại tràng bạc màu, mất độ láng bóng. Tầng tiết nhầy ở vùng niêm mạc bị tổn thương viêm. Có thể thấy hình ảnh những chấm chảy máu rải rác ở niêm mạc đại tràng.

- Tổn thương loét:

Trên đại thể của bệnh viêm đại tràng mạn người ta thấy hình ảnh viêm thường kèm theo với các ổ loét có thể chỉ là vết xước hoặc trợt niêm mạc, có ổ loét thực sự sâu, bờ đều mềm mại, ở đáy có nhầy, mủ, máu...

4.2. Vi thể:

- Có hình ảnh viêm mạn tính: lymphocit, tổ chức bào, tương bào tập trung hoặc rải rác ở lớp đệm của niêm mạc.

- Các tuyến tăng sinh hoặc thưa thớt.

- Tùy theo hình thái bệnh lý có thể thấy.

+ Tế bào tăng tiết nhầy hoặc teo đét.

+ Liên bào phủ: tăng sinh hoặc tái tạo không hoàn toàn.

- Có thể thấy tăng tế bào ở lớp đệm.

5. PHÂN LOẠI: Viêm đại tràng mãn ra làm 3 loại:

- Viêm đại tràng mãn sau ly amip (hay gặp nhất ở Việt nam)
- Viêm đại tràng mãn sau ly trực khuẩn.
- Viêm đại tràng mãn không đặc hiệu

6. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

6.1. Triệu chứng toàn thân

Người bệnh mệt mỏi, ăn ngủ kém, chán ăn, đầy bụng, giảm trí nhớ, hay cáu gắt, có thể có sốt. Nếu bị bệnh nặng thì cơ thể gầy sút hốc hác.

6.2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng:
 - + Vị trí: xuất phát đau thường là ở vùng hố chậu hai bên hoặc vùng hạ sườn phải và trái (vùng đại tràng gan góc, góc lách). Đau lan dọc theo khung đại tràng.
 - + Tính chất, cường độ đau: thường đau quặn từng cơn, có khi đau âm ỉ. Khi đau thường mót "đi ngoài" , "đi ngoài" được thì giảm đau.
 - + Cơn đau dễ tái phát
- Rối loạn đại tiện:
 - + Chủ yếu là ỉa lỏng nhiều lần một ngày, phân có nhày, máu.
 - + Táo bón, sau bãi phân có nhày, máu.
 - + Táo lỏng xen kẽ nhau (viêm đại tràng khu vực).
 - + Mót rặn, ỉa giả, sau "đi ngoài" đau trong hậu môn.

6.3. Triệu chứng thực thể

- Ấn hố chậu có thể có tiếng óc ách, chướng hơi, ấn dọc khung đại tràng đau
- Có thể sờ thấy "thùng xích ma" như một ống chắc, ít di động.

6.4. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm phân:
 - + Có thể thấy hồng cầu, tế bào mũ.
 - + Anbumin hoà tan (+).
 - + Trứng ký sinh trùng, amip, lamblia.
 - + Cây phân tìm vi khuẩn gây bệnh, có thể (+).
- Soi đại - trực tràng
- *Chụp khung đại tràng có chuẩn bị*
 - + Cần phải chụp 2 lần.
 - + Có thể thấy hình ảnh viêm đại tràng mãn.
 - Hình xếp đĩa.
 - Hình bờ thẳng, bờ không rõ.
 - Hình hai bờ.
 - + Cần phân biệt với các hình dị thường của đại tràng: đại tràng to, dài quá mức,

các hình khuyết (trong ung thư), hình túi thừa, các polip đại tràng.

- Xét nghiệm máu: Hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, máu lắng ít thay đổi.

7. CHUẨN ĐOÁN BỆNH:

7.1. Chuẩn đoán xác định:

- Dựa vào tiền sử: bị kiết lỵ, các viêm ruột cấp.
- Đau bụng: xuất phát từ vùng hố chậu, đau quặn, hay tái phát.
- Rối loạn đại tiện: mót rặn, ỉa lỏng, phân có nhầy, máu.
- Xét nghiệm phân:
 - + Có tế bào mủ.
 - + Có albumin hoà tan.
 - + Cây phân tìm vi khuẩn gây bệnh.
- X-quang chụp khung đại tràng có hình xếp đĩa.
- Soi và sinh thiết đại tràng: thấy tổn thương viêm, loét (dấu hiệu có giá trị nhất)

7.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn chức năng đại tràng
- Polyp đại tràng
- Ung thư đại tràng, trực tràng
- Lao ruột (lao hồi manh tràng)

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Nguyên tắc điều trị viêm đại tràng:

- Điều trị càng sớm càng tốt
- Xác định nguyên nhân gây bệnh để lựa chọn phác đồ phù hợp
- Duy trì chế độ ăn uống, chế độ làm việc và sinh hoạt phù hợp
- Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa tùy trường hợp

8.2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị nội khoa:
 - + Kháng sinh để chống nhiễm trùng, thuốc kháng nấm, thuốc kháng lao, thuốc chống ký sinh trùng
 - + Thuốc giảm đau và chống co thắt, thuốc điều trị tiêu chảy, chống loạn khuẩn
 - + Bồi hoàn nước và chất điện giải là hết sức cần thiết nhằm mục đích không để trụy tim mạch
- Điều trị ngoại khoa:
 - + Phẫu thuật cắt bỏ đại tràng nếu diễn tiến nặng, kéo dài. Tuy nhiên, việc cắt bỏ sẽ ảnh hưởng đến chức năng ruột và tâm lý của người bệnh.
 - + Nguyên nhân khác cần can thiệp ngoại khoa như: polyp đại tràng, ung thư đại tràng.
- Chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý

+ Điều chỉnh chế độ làm việc nghỉ ngơi sao cho hợp lý, vận động thể lực hằng ngày, chỉ dùng thuốc khi thật cần thiết và theo chỉ định của bác sĩ.

+ Khi bị táo bón: cần giảm chất béo, tăng chất xơ, chia bữa ăn thành nhiều bữa nhỏ.

+ Khi bị tiêu chảy: không ăn chất xơ để thành ruột không bị tổn thương, không ăn rau sống, trái cây khô, trái cây đóng hộp, nếu ăn trái cây tươi thì phải gọt bỏ vỏ, có thể ăn trái cây xay như.

+ Tránh chất kích thích: cà phê, sô cô la, trà, ...

+ Hạn chế các sản phẩm từ sữa: trong sữa có đường nên rất khó tiêu và chất đạm của sữa có thể gây dị ứng, nên thay bằng sữa đậu nành.

+ Hạn chế thức ăn nhiều dầu mỡ

+ Tránh sử dụng các loại thuốc kháng viêm, giảm đau như: aspirin, ibuprofen, naproxen, voltaren, feldene... vì có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết đại tràng

9. PHÒNG NGỪA

- Để phòng bệnh, cần vệ sinh môi trường, vệ sinh an toàn thực phẩm thật tốt

+ Không ăn các loại thực phẩm chưa nấu chín (tiết canh, nem chua, nem chạo, gỏi, rau sống...) và không uống nước chưa đun sôi, không uống sữa bò tươi chưa tiệt trùng, không uống nước đá không đảm bảo vệ sinh (không tiệt khuẩn nước trước khi làm đông đá)

+ Trong gia đình khi có người mắc bệnh do ly amip, ly trực khuẩn, thương hàn, tả... cần tiệt khuẩn các dụng cụ dùng trong ăn uống bằng cách luộc với nước đun sôi. Phân người bệnh không được để vương vãi, phải cho vào hố xí và có chất sát khuẩn mạnh, nhất là ở nông thôn, miền núi

+ Nên rửa tay trước khi ăn, tẩy giun sán 6 tháng/lần

- Tránh dùng kháng sinh kéo dài

- Điều trị tích cực khi bị lao phổi

- Tránh căng thẳng kéo dài và lo lắng thái quá

- Thường xuyên vận động, thể dục thể thao

- Có chế độ ăn hợp lý:

+ Nên ăn các thực phẩm như: gạo, khoai tây, thịt nạc, cá, sữa đậu nành, rau xanh, củ quả, trái cây (nhất là những loại giàu kali: chuối, đu đủ, ...)

+ Hạn chế ăn trứng, sữa, nem rán, thịt mỡ, đậu đen, hành sống

+ Không dùng các chất kích thích như bia, rượu, thuốc lá, cà phê, các chất chua cay và những thức ăn chiên.

+ Nên ăn nhẹ, chia làm nhiều bữa, không nên ăn quá nhiều vào buổi tối

+ Cung cấp đủ nước, muối khoáng và các vitamin cần thiết

10. CHĂM SÓC

10.1. Nhận định

10.1.1. Hỏi

- Đau bụng từ bao giờ? Vị trí, cường độ, thời gian và tính chất đau.
- Tình trạng đi tiêu: tiêu chảy hay táo bón (số lần, số lượng, màu sắc)
- Phân có lẫn máu không?
- Có sốt không? Bụng có thường đầy hơi không?
- Sử dụng thuốc gì? Hiệu quả sau khi dùng thuốc.
- Có tiền sử bị kiết lị, các viêm ruột cấp, đau bụng xuất phát từ vùng hố chậu, đau quặn, hay tái phát.
- Có lo lắng gì không?

10.1.2. Khám

- Khám toàn thân, cần chú ý ấn hố chậu có thể có tiếng óc ách, chướng hơi, ấn dọc khung đại tràng đau.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

10.1.3. Xem xét các kết quả cận lâm sàng

10.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh nhân, các chẩn đoán chăm sóc chính của bệnh nhân viêm đại tràng mãn có thể bao gồm:

- Bệnh nhân đau bụng lan dọc theo khung đại tràng liên quan viêm đại tràng
- Bệnh nhân chán ăn liên quan bụng đầy hơi
- Bệnh nhân sốt vừa, mệt mỏi liên quan nhiễm khuẩn
- Bệnh nhân ngủ ít liên quan đến đau bụng âm ỉ
- Bệnh nhân vệ sinh kém do không tự chăm sóc bản thân
- Bệnh nhân lo lắng nhiều do thiếu kiến thức về bệnh.
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng liên quan đến bệnh nhân và người bệnh thiếu kiến thức về bệnh

10.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau bụng
- Bệnh nhân ăn được, hết đầy hơi
- Bệnh nhân sốt nhẹ, hết mệt mỏi
- Bệnh nhân ngủ được
- Bệnh nhân vệ sinh sạch sẽ
- Bệnh nhân giảm lo lắng hợp tác điều trị
- Bệnh nhân có kiến thức phòng bệnh, không xảy ra biến chứng

10.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.4.1. Giảm đau bụng:

- Nằm tư thế giảm đau
- Chườm nóng vùng đau (Chỉ làm khi không có biến chứng xuất huyết)
- Thực hiện y lệnh: Cho người bệnh uống thuốc theo đúng thời gian theo quy định của bác sỹ trên đơn thuốc

10.4.2. Bệnh nhân sốt nhẹ, hết mệt mỏi

- Mặc đồ mỏng để thấm hút nước
- Cho bệnh nhân uống nước ấm
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt
- Theo dõi nhiệt độ 4 giờ/lần

10.4.3. Bệnh nhân ăn được, hết đầy hơi

- Lên cho người bệnh một thực đơn đầy đủ các nhóm chất dinh dưỡng
- Chế biến các món ăn mềm, ninh nhừ (cháo, súp, sữa...)
- Cho bệnh nhân ăn nhẹ, ăn thành nhiều bữa và ăn từng ít một, tránh ăn quá no và quá nhiều sẽ khó tiêu.
- Kiên các loại thức ăn cay, các loại đồ uống có cồn, có gar và các chất kích thích...
- Không nên ăn các loại thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh.
- Khi đang chảy máu: tuyệt đối không cho ăn uống gì.

10.4.4. Bệnh nhân ngủ được

- Phòng thoáng mát, yên tĩnh, ánh sáng nhẹ
- Drap giường sạch sẽ, khô ráo
- Thực hiện thuốc an thần (nếu có)

10.4.5. Bệnh nhân vệ sinh sạch sẽ

- Hướng dẫn bệnh nhân các tự chăm sóc bản thân
- Không ai hiểu tình trạng bệnh hơn chính bản thân người bệnh. Chính vì thế chúng ta cũng cần phải hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc bản thân.
- Tắm mỗi ngày
- Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi tiêu

10.4.6. Giảm lo lắng cho bệnh nhân

- Giải thích và động viên bệnh nhân để bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Giúp bệnh nhân có một chế độ nghỉ ngơi phù hợp với thể trạng. Nếu bệnh nhân đau nhiều thì cho nghỉ ngơi, bệnh đỡ hơn thì có thể cho đi lại nhẹ nhàng
- Nếu bệnh nhân bị mất ngủ do đau thì chúng ta có thể sử dụng thuốc an thần
- Hướng dẫn bệnh nhân những biện pháp nghỉ ngơi thư giãn

10.4.7. Nguy cơ xảy ra biến chứng liên quan tới bệnh nhân thiếu kiến thức phòng bệnh

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh thực hiện tốt lời dặn dò của bác sĩ và điều dưỡng sau khi ra viện.

- Tái khám định kỳ.

- Hướng dẫn người bệnh nhận biết các dấu hiệu viêm đại tràng và các biến chứng như: Xuất huyết nặng, phình đại tràng nhiễm độc, viêm đại tràng tái phát, ung thư đại tràng,...

10.5. Đánh giá

Bệnh nhân viêm đại tràng mãn được đánh giá là chăm sóc tốt:

- Bệnh nhân hết đau bụng

- Chế độ ăn uống phù hợp với bệnh.

- Bệnh nhân không lo lắng.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ khẩn trương, đầy đủ, chính xác.

- Khi ra viện bệnh nhân biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe cũng như biết cách theo dõi phát hiện viêm đại tràng./.

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là tình trạng máu thoát ra khỏi mạch chảy vào đường tiêu hóa và được thải ra ngoài bằng cách nôn ra máu hoặc tiêu ra máu. Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu nội khoa và ngoại khoa thường gặp, là biến chứng của nhiều loại bệnh. Xuất huyết tiêu hóa có thể do tổn thương trên đường tiêu hóa hoặc ngoài đường tiêu hóa gây chảy máu từ mức độ nhẹ đến mức độ nặng với lượng lớn có thể shock. Xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nam nhiều hơn nữ.

- Về lâm sàng xuất huyết tiêu hóa được chia làm 2 loại:

+ Xuất huyết tiêu hóa trên do tổn thương ở phần trên ống tiêu hóa từ thực quản đến góc treitz, bệnh nhân có thể vừa ói ra máu vừa tiêu ra máu hoặc chỉ có ói máu ở giai đoạn đầu, hoặc chỉ có tiêu ra máu. Xuất huyết tiêu hóa trên là một trường hợp khẩn cấp đe dọa mạng sống đòi hỏi thầy thuốc phải quan tâm và đánh giá ngay lập tức, việc điều trị hiệu quả tùy thuộc vào việc chẩn đoán chính xác.

+ Xuất huyết tiêu hóa dưới do tổn thương từ góc trietz trở xuống, bệnh nhân thường tiêu ra máu đỏ tươi.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân tại ống tiêu hóa

- Loét dạ dày tá tràng: hay gặp.

- Ung thư dạ dày: hay gặp.

- Viêm dạ dày, nhất là viêm dạ dày do dùng một số thuốc giảm đau chống viêm: Aspirin, Corticoid,...

- Khối u lành tính (políp) ở dạ dày tá tràng.
- U thực quản.

2.2. Nguyên nhân ở ngoài ống tiêu hóa

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan: tĩnh mạch ở thực quản dạ dày bị giãn và vỡ ra. Nguyên nhân này hay gặp và dễ gây tử vong.
- Xuất huyết đường mật: sỏi mật, ung thư gan, dị dạng mạch máu trong gan, có thể gây xuất huyết ở gan, qua đường mật đổ vào tá tràng.
- Một số bệnh của hệ tạo máu: bệnh bạch cầu cấp, bệnh máu không đông.
- Dùng thuốc chống đông máu quá liều hoặc có tổn thương sẵn ở ống tiêu hóa nhân dịp dùng thuốc chống đông gây chảy máu.

3. CÁC HÌNH THỨC XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

3.1. Nôn ra máu

- Vị trí: chắc chắn là xuất huyết tiêu hóa trên
- Số lượng ít hoặc nhiều, một hoặc nhiều lần trong ngày.
- Tính chất: máu đỏ tươi, đỏ bầm, nâu đen, cục, lỏng lẫn thức ăn, do tác động của chlorhydric, pepsin và máu tạo thành hematine.
- Cần phân biệt với chảy máu cam (nuốt vào rồi ói ra), ăn tiết canh, ho ra máu (máu đỏ tươi, bọt, không có thức ăn, pH kiềm).

3.2. Đi tiêu phân đen

- Vị trí: thường do XHTH trên, có thể do XHTH dưới.
- Tính chất máu: phân đen dính và có mùi đặc trưng. Chỉ cần một lượng máu 60ml, thời gian ở trong đường tiêu hóa ít nhất là 14 giờ sẽ, gây tiêu phân đen (do tác động của HCl, pepsin, vi khuẩn đường ruột).
 - + XHTH trên với lượng 200 - 400ml sẽ tiêu phân đen giống như hắc ín.
 - + XHTH dưới có thể gây tiêu phân đen nhưng hiếm khi có tính chất giống như hắc ín, dính, bóng.
 - + Tiêu phân đen có thể xảy ra đơn độc hoặc sau khi ói máu hoặc đồng thời với ói ra máu.
- Cần phân biệt với tiêu phân đen do thuốc (bismuth, sắt, than hoạt), táo bón.

3.3. Tiêu máu đỏ

- Vị trí: thường do XHTH dưới, đôi khi do XHTH trên chảy máu lượng nhiều và nhanh (tiên lượng nặng), 10% các trường hợp XHTH trên gây tiêu máu đỏ. Khi tiêu máu đỏ là triệu chứng của XHTH trên thường đi kèm với huyết động không ổn định và dung tích hồng cầu giảm.
- Tính chất: máu có màu đỏ tươi, lượng ít hoặc nhiều, một hoặc nhiều lần trong ngày.
- Chẩn đoán phân biệt: tiêu phân đỏ do uống thuốc Rifamycin.

3.4. Xuất huyết tiêu hóa ẩn: là chảy máu đường tiêu hóa mà bệnh nhân lẫn thày thuốc không thể nhìn thấy bằng mắt thường) được phát hiện do có biểu hiện của thiếu máu sắt hoặc thử nghiệm tìm máu ẩn trong phân dương tính.

3.5. Xuất huyết tiêu hóa không rõ nguyên nhân

Là những trường hợp chảy máu đường tiêu hóa từ những căn nguyên không nhận biết được. Tình trạng XHTH có thể dai dẳng hoặc tái phát sau khi đánh giá ban đầu âm tính (nội soi đại tràng, nội soi dạ dày - tá tràng). Xuất huyết tiêu hóa không rõ nguyên nhân có thể là chảy máu ẩn hoặc chảy máu rõ.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Bệnh nhân có thể nhập viện vì nôn ra máu tươi hoặc tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ.

- Đôi khi bệnh nhân bị XHTH có thể nhập viện vì triệu chứng của mất máu hoặc thiếu máu như chóng mặt ngất, đau ngực hoặc khó thở.

- Triệu chứng của bệnh căn nguyên: đau vùng thượng vị, đau bụng, sôi ruột.

4.2. Khám thực thể

4.1.1. Triệu chứng thiếu máu cấp

- Da niêm: da lạnh, niêm nhợt trắng bệch.

- Mạch: nhanh, nhẹ, khó bắt.

- Huyết áp: giảm

+ Nếu huyết áp và mạch cơ bản ban đầu trong giới hạn bình thường, ngồi dậy hoặc đứng có thể gây ra thay đổi huyết động tư thế (HA tâm thu giảm > 10mmHg, mạch tăng > 15 nhịp/phút).

+ Thay đổi huyết áp và mạch theo tư thế xảy ra khi mất 10% - 20% thể tích máu, hạ huyết áp khi nằm ngửa gợi ý mất máu > 20%.

+ Hạ huyết áp kèm huyết áp tâm thu < 100mmHg hoặc nhịp nhanh > 100 nhịp/phút gợi ý rối loạn rối loạn huyết động nặng cần phải bồi hoàn thể tích khẩn. Đánh giá nhịp tim và huyết áp là cách tốt nhất để đánh giá bệnh nhân bị XHTH.

- Tình trạng tri giác: tỉnh, mê, li bì, vật vã.

4.1.2. Triệu chứng thiếu máu mãn

- Trường hợp một số bệnh nhân bị XHTH lượng rất ít không làm thay đổi phân (XHTH ẩn) và chảy máu rỉ rả kéo dài khám có thể phát hiện các dấu hiệu của thiếu máu thiếu sắt.

4.1.3. Phát hiện các triệu chứng của bệnh căn nguyên

- Triệu chứng và dấu hiệu của bệnh gan mãn.

- Đờ kháng thành bụng.

- Thăm trực tràng: là thủ thuật quan trọng để đánh giá tính chất phân hoặc phát hiện một tổn thương ở hậu môn trực tràng.

4.1.4. Phát hiện sốc sắp xảy ra

- Nghiệm pháp thay đổi huyết áp theo tư thế (Tilt test)

+ Cách làm: khi cho bệnh nhân thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi thẳng chân xuống giường, nếu mạch tăng nhiều hơn 20 nhịp/phút, huyết áp tâm thu giảm nhiều hơn 10mmHg thì nghiệm pháp được xem là dương tính.

+ Ý nghĩa: là bệnh nhân mất ≥ 1.000 ml máu.

+ Nghiệm pháp này có thể dương tính giả trong các trường hợp bệnh nhân già, bệnh nhân có huyết áp thay đổi theo tư thế tự phát, hạ huyết áp tư thế do thuốc.

+ Bệnh nhân có rối loạn huyết động học thì không làm nghiệm pháp (Tilt test).

- Thở nóng và yếu: chứng tỏ tình trạng thiếu oxy tế bào. Chi lạnh, lú lẫn, hoặc kích động gợi ý giảm tưới máu mô (đầu là các dấu hiệu sinh tồn bình thường).

4.1.5. Các triệu chứng khác do hiệu quả hoặc biến chứng của XHTH

- Sốt: có thể gặp 80% trường hợp XHTH trên.

- Hội chứng nguy kịch hô hấp ở người lớn có thể xảy ra trong vòng 24 giờ của sốc giảm thể tích.

- Thuyên tắc phổi: hiếm gặp.

- Thiếu niệu.

- Hôn mê gan trên bệnh nhân xơ gan.

5. CẬN LÂM SÀNG

- Dung tích hồng cầu

+ Bệnh nhân XHTH cấp: dung tích hồng cầu giảm ngay lập tức cùng với XHTH cấp do giảm cân xứng huyết tương và thể tích hồng cầu. Do đó dung tích hồng cầu có thể bình thường hoặc giảm tại thời điểm biểu hiện ban đầu của đợt kịch phát xuất huyết nặng. Khi dịch gian bào đi vào lòng mạch để bồi hoàn thể tích lúc đó hồng cầu giảm, tiến trình này có thể mất 24 đến 72 giờ.

+ Bệnh nhân XHTH mãn chậm có thể có giá trị dung tích hồng cầu rất thấp, mặc dầu huyết áp và nhịp tim bình thường. Khi có thiếu máu thiếu sắt, thể tích trung bình của hồng cầu giảm và độ rộng phân phối hồng cầu tăng.

+ Trung bình cứ mất 500 ml máu, dung tích hồng cầu giảm 3%. Trung bình cứ truyền 500 ml máu, dung tích hồng cầu tăng 3%.

- Số lượng hồng cầu: giảm

- Hồng cầu lưới: tăng

- Tiểu cầu: tăng

- Bạch cầu tăng ≤ 15.000 tế bào/mm³.

- Khí máu trong máu động mạch: nếu bệnh nhân mất máu nặng.

- Các xét nghiệm khác: tùy bệnh cảnh lâm sàng làm thêm các xét nghiệm: đông máu toàn bộ, chức năng gan, amylase máu.

+ Soi thực quản dạ dày - tá tràng.

+ Nội soi ruột non.

+ Nội soi đại tràng.

+ Nội soi trực tràng.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

6.1.1. Chẩn đoán vị trí

Chẩn đoán xác định vị trí XHTH trên hoặc XHTH dưới dựa vào tính chất và triệu chứng nôn ra máu, tiêu ra máu:

- Trường hợp điển hình, XHTH trên có thể được chẩn đoán sớm và dễ dàng nhờ triệu chứng nôn ra máu với những tính chất như đã mô tả ở phần nôn ra máu.

- Trường hợp không điển hình, XHTH trên có thể được phát hiện sớm và dễ dàng nhờ quan sát phân có máu đen như hắc ín.

- XHTH dưới trong trường hợp điển hình được chẩn đoán sớm và dễ dàng nhờ quan sát thấy phân có máu đỏ tươi. Trường hợp không điển hình, bệnh nhân tiêu phân lẫn máu hoặc tiêu phân đen có thể nhầm với XHTH trên.

6.1.2. Chẩn đoán mức độ xuất huyết

Đánh giá mức độ XHTH nặng nhẹ và tiên lượng tử vong có thể dựa vào những biểu hiện lâm sàng.

- Những bệnh nhân nôn máu đỏ là những bệnh nhân đang chảy máu nhanh hơn những bệnh nhân nôn ra máu bầm đen.

- Những bệnh nhân tiêu phân máu bầm là những bệnh nhân đang chảy máu nhanh hơn những bệnh nhân tiêu phân đen.

Các tiêu chuẩn này cũng tương quan với mức độ bệnh và tiên lượng tử vong.

BẢNG 1: PHÂN ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

	Nhẹ (độ I)	Trung bình (độ II)	Nặng (độ III)
Lượng máu mất	< 1 lít	1 - 2 lít	≥ 2 lít
HA tâm thu	Bình thường	Giới hạn < bình thường	Hạ áp
Hạ áp tư thế	Không	Có thể	Chắc chắn
Mạch nhanh	Không	Vừa phải	Nhiều
Da	Ấm, tưới máu tốt	Đỏ mờ hôi	Mát - lạnh, ẩm ướt
Nhịp thở	Bình thường	Bình thường-Giảm nhẹ	Bất thường
Nước tiểu	Bình thường	Giảm	Vô niệu
Tri giác	Tỉnh/lo âu	Lo âu	Lẫn lộn/ngủ gà

6.1.3. Chẩn đoán tái phát

BẢNG 2: NHỮNG YẾU TỐ CÓ KHẢ NĂNG ĐI VỚI TÌNH TRẠNG CHẢY MÁU TÁI PHÁT VÀ TỬ VONG

- Mất máu lượng nhiều lúc nhập viện: truyền hơn 6 đơn vị máu, hạ huyết áp kéo dài
- Bệnh đông máu, kể cả việc sử dụng những thuốc kháng viêm không có steroid
- Có tiền sử xuất huyết tiêu hóa trên.
- Dấu chứng của bệnh gan
- Hơn 60 tuổi.
- Có những bệnh nội khoa khác (tim, phổi, thận, thần kinh)
- Xuất huyết tiêu hóa xảy ra trên bệnh nhân đang nằm viện vì một bệnh khác.
- Có những dấu chứng của xuất huyết mới trong khi nội soi: đang chảy máu, thấy mạch máu, có cục máu đông.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ho ra máu.
- Chảy máu cam
 - + Chảy máu từ hầu họng mũi, bệnh nhân nuốt vào rồi ói ra.
 - + Khám tại, mũi, họng.
- Tiêu phân đen ra thuốc:
 - + Hòa tan vào nước không có ánh hồng,
 - + Tìm hồng cầu trong phân âm tính.
- Phân nhiều mật: phân đen xanh.
- Phân ở người bị táo bón: phân đóng khuôn hòn đen nâu cứng.

BẢNG 3: CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT NÔN VÀ HO RA MÁU

	ÓI RA MÁU	HO RA MÁU
1. Vị trí chảy máu	- Thực quản - Dạ dày - Hành tá tràng	- Khí quản - Phế quản - Phế nang
2. Bệnh lý	- Đường tiêu hóa - Toàn thân	- Hô hấp - Tim mạch
3. Tính chất máu	- Đỏ, bầm đen - Lỏng, cục - Lẫn mảnh thức ăn - pH acid	- Đỏ tươi - Có bọt khí - Không lẫn thức ăn - pH kiềm
4. Tiến triển	- Ổn định, dễ tái phát - Tiêu phân đen	- Dai dẳng, từng đợt - Đuôi khái huyết

6.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Xuất huyết tiêu hóa trên
 - + Loét dạ dày tá tràng

- + Giãn vỡ tĩnh mạch thực quản
- + Hội chứng Mallory - Weiss
- + Viêm chợt dạ dày chảy máu
- Xuất huyết tiêu hóa dưới
 - + Ung thư đại tràng
 - + Polyp đại tràng
 - + Viêm đại tràng/trực tràng xuất huyết: tiêu máu đỏ sệt lượng nhiều dai dẳng
 - + Viêm túi thừa đại tràng
 - + Viêm ruột hoại tử xuất huyết
 - + Lòng ruột cấp tính: tiêu máu đỏ.
 - + Lao ruột: tiêu chảy có ít máu.
 - + Ly Amibe: phân lẫn đờm máu.
 - + Túi thừa Meckel
 - + Trĩ: tiêu máu đỏ tươi, thường sau phân.

7. XỬ TRÍ SỚM VÀ PHÒNG NGỪA

7.1. Xử trí ban đầu

- Nằm đầu bằng.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.
- Theo dõi diễn biến
- XHTH độ I: theo dõi tại chỗ.
- XHTH độ II - III: truyền dịch và phối hợp chuyển tuyến trên xử trí kịp thời.

7.2. Phòng ngừa

- Những người khỏe mạnh có thể giảm nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nhờ:
 - + Tránh căn thẳng,
 - + Kiêng rượu,
 - + Tránh dùng các thuốc hạ sốt, giảm đau không có chỉ định của thầy thuốc.
- Những người có nguy cơ như: dùng thuốc, rượu, viêm gan, xơ gan.
 - + Xơ gan: cần theo dõi thường xuyên tại địa phương để có chế độ điều trị thích hợp tránh diễn tiến xấu.
 - + Viêm loét dạ dày tá tràng: cần thực hiện nghiêm ngặt những điều đã nêu ở những người khỏe mạnh, điều trị bệnh viêm, loét đúng, theo dõi bệnh thường xuyên để tránh biến chứng.

8. CHĂM SÓC

8.1. Nhận định

8.1.1. Hỏi

- Xuất huyết từ bao giờ?
- Nôn ra máu hay đi ngoài phân đen? số lần, số lượng nhiều hay ít?

- Trước khi nôn ra máu, đi ngoài phân đen có uống thuốc gì không?
- Trước khi nôn ra máu có lao động nặng nhọc, gắng sức không?
- Có kèm đau bụng? có sốt không?
- Có lo lắng gì không?

8.1.2. Khám

- Toàn thân.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

8.1.3. Xem xét các kết quả xét nghiệm

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh nhân, các chẩn đoán chăm sóc chính của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên có thể bao gồm:

- Nguy cơ sốc do giảm thể tích tuần hoàn đột ngột (thường gặp sau khi nôn ra máu nhiều hoặc tiêu phân đen nhiều).
- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu cho cơ thể do không thực hiện được chế độ ăn uống.
- Bệnh nhân lo lắng nhiều vì thấy nôn ra máu và tiêu phân đen lượng nhiều.
- Bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị do tăng tiết dịch vị.
- Bệnh nhân không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm nguy cơ sốc.
- Xây dựng chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Giảm đau vùng thượng vị.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

8.4.1. Giảm nguy cơ sốc: để bệnh nhân nằm bất động tại giường, nằm đầu thấp, các nhu cầu sinh hoạt được phục vụ tại giường (chăm sóc cấp I).

Thực hiện y lệnh:

- + Tiêm truyền cho bệnh nhân theo y lệnh khẩn trương.
- + Lấy máu làm xét nghiệm theo y lệnh.
- + Đếm mạch, nhiệt độ, đo huyết áp, đếm nhịp thở 30 phút/lần, nếu thấy bất thường báo ngay bác sĩ.
- + Phụ giúp thầy thuốc đặt catheter tĩnh mạch để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, để phòng mất máu ở ạt phải truyền máu kịp thời.
- + Đặt sond dạ dày theo dõi máu còn đang chảy hay đã ngừng chảy.
- + Đo lượng nước tiểu phát hiện triệu chứng tiểu ít hay vô niệu (đo lượng nước tiểu 1giờ/lần).

8.4.2. Xây dựng chế độ ăn uống phù hợp cho bệnh nhân

- Khi đang chảy máu: tuyệt đối không cho ăn uống gì.
- Tiến hành làm lạnh dạ dày xem máu còn chảy - ngừng chảy.
- Khi máu ngừng chảy
 - + Cho bệnh nhân ăn lỏng như: cháo, súp, sữa
 - + Thức ăn phải để lạnh.
 - + Không ăn nhiều quá, không để bệnh nhân nhịn đói.
 - + Ăn chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày.
- Khi bệnh ổn định
 - + Cho bệnh nhân ăn cơm nát sau đặc dần.
 - + Kiêng các thức ăn đồ uống có chất kích thích.

8.4.3. Giảm lo lắng cho bệnh nhân

- Giải thích và động viên bệnh nhân để bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Nếu bệnh nhân mất ngủ dùng thuốc an thần Seduxen theo y lệnh.
- Khi máu đã ngừng chảy, bệnh nhân ổn định, hướng dẫn bệnh nhân những phương pháp tập thư giãn, nghỉ ngơi để giảm lo lắng.

8.4.4. Giảm đau vùng thượng vị

- Chườm lạnh vùng thượng vị.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh đầy đủ, chính xác.

8.4.5. Giáo dục sức khỏe

- Phòng tránh bệnh xuất huyết tiêu hóa bằng cách có chế độ lao động, ăn, uống hợp lý.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phát hiện sớm nhất tình trạng xuất huyết tiêu hóa và khuyên bệnh nhân đến bệnh viện sớm điều trị kịp thời.
- Giáo dục bệnh nhân kiêng các chất kích thích, tránh dùng các thuốc có tính chất kích ứng niêm mạc dạ dày như: Aspirin, Cordicoid.

8.5. Đánh giá

Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên được đánh giá là chăm sóc tốt:

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi tại giường.
- Theo dõi sát: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Bệnh nhân không lo lắng.
- Chế độ ăn uống phù hợp với bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sỹ khẩn trương, đầy đủ, chính xác.
- Bệnh nhân không còn nôn ra máu, tiêu phân đen.
- Khi ra viện bệnh nhân biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe cũng như biết cách theo dõi phát hiện xuất huyết tiêu hóa./.

V. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ABCES GAN

1. DỊCH TỄ HỌC

- Abces gan do Amibe thường gặp ở các nước đang phát triển (tỷ lệ khoảng 10 - 25%) và ít gặp ở các nước phát triển (1 - 5%). Ở Việt Nam, tại Bệnh viện Chợ Rẫy TP Hồ Chí Minh, có 62 ca (năm 1990) và 103 ca (1995 - 1997) nhập viện.

- Abces gan do Amibe thường gặp ở người bị lỵ đã khỏi hoặc lỵ mãn tính, ít khi xảy ra trong giai đoạn lỵ cấp tính. Tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ gấp 2 - 3 lần. Tuổi thường gặp là 30 - 50 tuổi.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Abces gan do Amibe trước đây được gọi là abces vùng nhiệt đới, do Karfulis mô tả lần đầu tiên vào năm 1887. Đến 1902, Roger đã chứng minh có sự hiện diện của Amibe trên vách của ổ abces.

- Amibe là một động vật nguyên sinh thuộc lớp trùng chân giả, có loại sống ký sinh không gây bệnh (*Entamoeba coli*, *E. Harmani*,...), còn loại Amibe ký sinh gây bệnh là *Entamoeba histolytica*. Ở thể tự dưỡng (Trophozoite) cũng có 2 dạng không gây bệnh (dạng minuta) có trong phân người “lành mang trùng” và dạng gây bệnh (dạng *histolytica*) có trong phân bệnh nhân lỵ. Thể bào nang (cyst), sống hoại sinh ở ruột và là nguồn lây truyền bệnh.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Trong điều kiện bình thường, Amibe sống cộng sinh ở trong ruột, chủ yếu ở vùng manh tràng. Khi sức đề kháng cơ thể suy giảm và thành ruột bị tổn thương, men của Amibe tiết ra có thể gây ra các ổ loét niêm mạc đại tràng, tạo thành các ổ abces nhỏ ở đại tràng rồi xâm nhập qua thành ruột, đi theo tĩnh mạch mạc treo tràng, rồi đến tĩnh mạch cửa để vào gan và khu trú ở thùy phải vì đây là nơi dẫn lưu máu chủ yếu từ nửa phải của đại tràng. Ngoài ra Amibe còn có thể đến gan theo đường bạch mạch hoặc di chuyển trực tiếp. Tại gan, Amibe cư ngụ trong các tiểu tĩnh mạch cửa và gây tắc các nhánh mạch này dẫn đến nhồi máu và hoại tử các tế bào gan, tạo ra các ổ mũ vô trùng. Nhiều ổ mũ nhỏ hợp thành ổ mũ lớn hơn do Amibe tiết ra các men gây tiêu hủy mô. Như vậy Amibe gây abces gan chính là đường ruột đi lên, nhưng trên thực tế, có khoảng 5% trường hợp không tìm thấy sự hiện diện của Amibe trong ruột.

4. GIẢI PHẪU BỆNH

4.1. Ở giai đoạn viêm gan:

Gan to ú huyết, có màu tím sẫm, nhu mô gan có những nốt màu sáng rải rác xen lẫn những vùng xuất huyết. Các tiểu tĩnh mạch cửa bị tắc do Amibe, gây hoại tử nhu mô gan tạo thành ổ mũ.

4.2. Giai đoạn ổ mũ đã thành lập

Ổ mũ thường đơn độc (khoảng 85%) và khu trú ở thùy gan phải (90%). Kích thước ổ mũ thường > 3 cm, ít khi có nhiều ổ mũ nhỏ. Bờ ổ mũ mỏng, ít có hiện tượng xơ hóa. Mủ có màu socola rất điển hình, không hôi, chứa máu và mô hoại tử.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thể lâm sàng điển hình

- Tuổi thường gặp từ 30 - 50 tuổi. Nam nhiều hơn nữ gấp 2 - 3 lần. Tiền sử lý chỉ ghi nhận khoảng 20% trường hợp, hiếm khi xảy ra trong giai đoạn lý cấp tính.

- Bệnh cảnh điển hình với tam chứng Fontan (sốt, đau hạ sườn phải, gan to). Khởi phát bệnh thường từ từ với sốt nhẹ kéo dài khoảng 2 - 3 ngày, sau đó bệnh nhân cảm thấy đau tức vùng hạ sườn phải. Đôi khi, bệnh khởi phát đột ngột với sốt cao, đau hạ sườn phải dữ dội, gan to và có các triệu chứng mưng mủ rất sớm.

5.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Sốt: khởi đầu bệnh bao giờ cũng có sốt, thường nhẹ hoặc vừa (37°C - 38°C) không kèm lạnh run. Đôi khi sốt cao (39° - 40°C), vã mồ hôi và kèm lạnh run giống như sốt rét khi có bội nhiễm vi trùng. Sau khi ổ mũ đã được hình thành, sốt có khuynh hướng giảm đi.

- Đau hạ sườn phải một cách tự phát, cảm giác như bị bóp chặt và đau tăng lên vai phải và ra sau lưng. Đau tăng khi thở mạnh, ho, hắt hơi nên bệnh nhân thường không dám cử động mạnh.

5.1.2. Triệu chứng thực thể

- Gan to cả 2 chiều: bờ trên vượt khỏi cơ liên sườn V đường trung đòn phải, bờ dưới cách sườn khoảng 3 - 4 cm. Bề mặt gan trơn láng, bờ tù, mật độ mềm và ấn vào đau chói.

- Dấu hiệu rung gan (+) là triệu chứng rất giá trị để chẩn đoán.

- Dấu hiệu âm kẽ sườn (+): thường ấn đau ở vị trí khe liên sườn IX đường nách trước và giữa.

- Khi ổ abscess nằm nông sát bề mặt gan, có thể thấy da ở vùng thành ngực bị phù nề và có dấu phập phều.

5.1.3. Triệu chứng toàn thân

- Hội chứng nhiễm trùng: môi khô, lưỡi đỏ, mệt mỏi, ăn kém và gầy sút nhanh do tình trạng nhiễm độc. Hiếm khi có vàng da do ổ abscess gây chèn ép đường mật.

- Các triệu chứng khác bao gồm tràn dịch màng phổi phải do phản ứng kiểu dịch tiết hoặc do mủ từ abscess gan vỡ lên màng phổi.

5.2. Các thể lâm sàng khác

5.2.1. Vị trí

- Abscess thùy trái: cần phải phân biệt với khối u vùng thượng vị. Ổ abscess có nguy cơ vỡ mủ lên màng tim có thể gây tử vong.

- Absces vùng đỉnh: thường có các “triệu chứng mượn” về hô hấp như: ho, khó thở và có thể bị tràn dịch màng phổi phải. Nguy cơ vỡ lên cơ hoành gây absces dưới hoành, tràn mủ màng phổi và absces phổi.

- Absces thùy sau: có thể gây đau vùng thắt lưng và đôi khi khó phân biệt với bệnh của thận (viêm thận, mủ quanh thận,...).

5.2.2. Theo diễn tiến

- Thể tối cấp: ít gặp, thường xảy ra ở người lớn tuổi có sức đề kháng kém. Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nặng, thể trạng suy sụp nhanh và có thể dẫn đến tử vong trong vòng 1 - 6 tuần.

- Thể kéo dài: bệnh khởi phát lúc đầu âm thầm hay rầm rộ nhưng sau đó có triệu chứng dịu đi và diễn tiến thâm lặng. Bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng, tức ở vùng gan, sốt nhẹ hoặc không sốt, biếng ăn, mệt mỏi, gan to và thể trạng suy kiệt. Ổ mủ có khi chứa đến 1 - 2 lít.

- Thể vỡ ổ mủ: thường do bệnh nhân đến khám quá trễ hoặc do ổ mủ nằm sát bề mặt gan. Tùy theo vị trí ổ absces mà biến chứng có thể viêm phúc mạc toàn thể, absces dưới cơ hoành hoặc absces phổi, tràn mủ màng phổi, tràn mủ màng tim,....

- Thể di căn: Amibe từ absces gan có thể xâm nhập tĩnh mạch trên gan, theo hệ tuần hoàn di chuyển lên phổi, não và các cơ quan khác. Các ổ absces do Amibe di căn ít gặp hiện nay do absces gan được phát hiện và điều trị sớm.

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. Xét nghiệm sinh hóa và huyết học

- Công thức máu: số lượng bạch cầu thường tăng ($10.000 - 15.000/\text{mm}^3$), chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Khi bạch cầu tăng trên $15.000/\text{mm}^3$ có thể bội nhiễm vi trùng.

- Tốc độ máu lắng tăng (giờ đầu $> 50\text{mm}$). Người ta có thể thay thế bằng xét nghiệm CPR và procalcitonin để đánh giá tình trạng viêm nhiễm.

- Các xét nghiệm chức năng gan: thường trong giới hạn bình thường hoặc có rối loạn nhẹ (tăng men gan) trong giai đoạn đầu do tình trạng viêm lan tỏa.

6.2. Xét nghiệm xác định tác nhân gây bệnh

- Phản ứng huyết thanh miễn dịch tìm kháng thể Amibe là tiêu chuẩn hàng đầu để chẩn đoán nguyên nhân do Amibe vì tỷ lệ chính xác khá cao với độ nhạy và độ đặc hiệu $> 90\%$.

- Soi tươi mủ tìm Amibe với tỷ lệ rất thấp ($< 15\%$). Amibe thường sống ở vùng rìa ổ absces nên khi chọc hút phải lấy mủ ở phần cuối cùng nằm sát thành ổ mủ. Mủ phải được soi ngay hoặc được giữ ấm ở 37°C mới thấy được Amibe di động

- Cây mủ: thường cho kết quả (-), trừ trường hợp có bội nhiễm vi trùng.

- Xét nghiệm phân: có thể tìm thấy Amibe (khoảng 25%). Cần soi tươi ở nhiệt độ 37°C.

6.3. Hình ảnh học

- X - quang bụng.
- Siêu âm bụng.
- CT scan bụng.
- Nội soi ổ bụng.

Có các dấu hiệu gián tiếp như bóng cơ hoành phải bị đẩy lên cao, bóng gan lớn có thể có tràn dịch màng phổi phải.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: dựa vào tam chứng Fontan với sốt, đau hạ sườn phải, gan to kèm dấu rung gan (+), và tiền sử ly Amibe. Vấn đề chẩn đoán không mấy khó khăn ở thể điển hình, các xét nghiệm chỉ để xác định lại chẩn đoán lâm sàng.

- Cận lâm sàng: quan trọng nhất là kết quả siêu âm bụng hoặc CT scan kết hợp với huyết thanh tìm kháng thể Amibe.

- Chọc hút mủ dưới hướng dẫn siêu âm khi được chỉ định khi hình ảnh trên siêu âm không điển hình và/hoặc kết quả huyết thanh chẩn đoán Amibe âm tính. Khi chọc hút ra mủ màu socola có thể chẩn đoán Amibe.

- Điều trị thử bằng thuốc diệt Amibe, nếu có đáp ứng tốt cũng là một biện pháp giúp chẩn đoán.

Trên đây là 4 tiêu chuẩn được La Monte đề xuất. Nếu có 3 trong 4 tiêu chuẩn trên thì có thể chẩn đoán là absces gan do Amibe.

7.2. Chẩn đoán phân biệt

Trong các trường hợp không điển hình, cần phân biệt với:

- Absces gan do vi trùng.
- Ung thư gan (absces hóa) hay thể hoại tử trung tâm.
- Nang gan
- Nhiễm sán lá lớn ở gan.
- Viêm đáy phổi phải.
- Mủ quanh thận.

8. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

8.1. Dùng thuốc diệt Amibe ở mô

- Emetine: 1mg/kg/ngày tiêm bắp trong 10 ngày, tổng liều không quá 1 cg/kg cho mỗi đợt điều trị.

- Metronidazol: 25 - 30 mg/kg/ngày chia 3 lần uống/ngày x 10 đến 14 ngày.

- Chloroquin: 500mg x 2 lần/ngày trong 2 ngày đầu. Sau đó 250 mg x 2 lần/ngày, có thể kéo dài 2 - 3 tuần.

8.2. Các thuốc diệt Amibe tại ruột

- Kháng sinh

+ Paromomycin thuộc nhóm aminoglycoside. Liều 25-30mg/kg x 5-20 ngày

+ Nhóm cycline: tetracycline, doxycycline.

- Các thuốc diệt Amibe tại ruột

+ Quinoleine: liều 1 - 2 viên x 3 lần/ngày trong 10 - 20 ngày.

+ Diloxanide furoate (viên 0,5g): 1 viên x 3 lần/ngày. Thuốc có tác dụng trên thể bào nang của Amibe.

8.3. Các biện pháp hỗ trợ

Nghỉ ngơi, không làm việc nặng, ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu, cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng. Dùng thuốc giảm đau và hạ sốt nếu cần.

8.4. Điều trị ngoại khoa

- Mở dẫn lưu

- Điều trị ngoại khoa các biến chứng: viêm phúc mạc, absces dưới cơ hoành, tràn mủ màng phổi, màng tim,....

9. PHÒNG NGỪA

- Biện pháp cá nhân: đảm bảo vệ sinh thực phẩm và vệ sinh ăn uống.

- Biện pháp tổng quát: vệ sinh môi trường, xử lý tốt phân, nước, rác,....

10. CHĂM SÓC

10.1. Nhận định

10.1.1. Quan sát

- Xem bệnh nhân có mệt mỏi, gầy sút không?

- Bệnh nhân sốt ở mức độ nào? mạch nhanh không?

- Khi sốt có kèm theo rét run không?

- Môi có khô? Lưỡi có trắng bản không?

- Đi tiểu nhiều hay ít? Màu sắc nước tiểu?

- Da có vàng không?

10.1.2. Hỏi bệnh và thăm khám

- Xem bệnh nhân có chán ăn, buồn nôn, khó ngủ không?

- Bệnh nhân đau ở đâu? Mức độ đau?

- Đau tăng khi hoạt động không?

- Hỏi tiền sử bệnh nhân có bị ly Amibe không?

- Khám bệnh.

10.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ liệu đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh, các chẩn đoán chăm sóc chính của bệnh nhân absces gan có thể bao gồm:

- Bệnh nhân đau hạ sườn phải do tiến triển của ổ absces gan.
- Sốt do nhiễm trùng.
- Nguy cơ gây ra biến chứng (vỡ ổ absces).
- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ cho nhu cầu của cơ thể.
- Bệnh nhân không biết phòng bệnh do thiếu kiến thức hiểu biết về bệnh.

10.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau vùng hạ sườn phải.
- Hạ sốt.
- Giảm nguy cơ gây biến chứng.
- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Giáo dục cho bệnh nhân và cộng đồng biết cách phòng bệnh.

10.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.4.1. Làm giảm đau vùng hạ sườn phải

- Chườm mát vùng hạ sườn phải.
- Dặn bệnh nhân không va chạm mạnh vào vùng gan, không để cho thăm khám thô bạo, khi cần di chuyển phải di chuyển nhẹ nhàng tránh gây đau đớn cho bệnh nhân.
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau.

10.4.2. Làm hạ sốt

- Chườm mát vùng trán, nách khi có sốt cao.
- Dùng khăn khô lau mồ hôi khi nhiệt độ hạ.
- Đếm mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ngày hai lần, trường hợp cần thiết lấy theo chỉ định của thầy thuốc.
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt khi cần thiết.

10.4.3. Giảm nguy cơ biến chứng

*** Nguy cơ vỡ ổ absces**

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, tránh va chạm mạnh vào vùng gan, tránh thăm khám thô bạo, khi di chuyển bệnh nhân hết sức nhẹ nhàng tránh vỡ ổ absces.
- Nếu ổ absces có kích thước lớn, ở nông phải chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ, thuốc, phụ giúp thầy thuốc chọc hút mũ ổ absces.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở trước và sau khi chọc hút mũ.
- Theo dõi các dấu hiệu bất thường có thể xảy ra như:
 - + Ổ absces vỡ vào màng phổi gây tràn mũ màng phổi, bệnh nhân ho nhiều, ho khan, khó thở, tím tái.
 - + Vỡ vào ổ bụng: đau khắp bụng, trụy tim mạch, sờ vào thành bụng thấy cứng, ấn đau khắp bụng.

* *Nguy cơ chảy máu trong ổ abces*

Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ, chân tay lạnh vã mồ hôi, đau vùng gan dữ dội.

10.4.4. Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Ăn đủ kcalo (2400 - 3000 kcalo/24 giờ), ăn tăng protid và vitamin, kiêng mỡ động vật, ăn dầu thực vật.

- Ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ tiêu, ăn ít một, ăn nhiều bữa trong ngày (như cháo, sữa, súp, nước hoa quả).

- Cho bệnh nhân uống nước đầy đủ (1,5 - 2,5lít/24 giờ), cho uống nhiều lần, mỗi lần ít một.

- Tuyệt đối không được uống rượu, bia.

10.4.5. Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Ăn uống hợp vệ sinh tránh các bệnh giun sán.

- Tuyệt đối không được uống rượu, bia nếu đã nghiện thì bỏ.

- Ăn thức ăn nhiều đạm, các loại hoa quả, kiêng mỡ động vật, ăn dầu thực vật.

- Khi có các dấu hiệu nhiễm khuẩn phải đến cơ sở y tế khám và điều trị.

- Khám sức khỏe định kỳ tại các cơ sở y tế.

- Có chế độ nghỉ ngơi và lao động hợp lý.

- Thực hiện chế độ thuốc men theo y lệnh của thầy thuốc.

10.5. Đánh giá kết quả chăm sóc: bệnh nhân abces gan đánh chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân hết sốt, hết đau hạ sườn phải.

- Bệnh nhân được vệ sinh toàn thân sạch sẽ.

- Chế độ ăn đủ chất dinh dưỡng.

- Bệnh nhân tự giác không uống rượu.

- Trong quá trình điều trị không để xảy ra biến chứng gì.

- Bệnh nhân biết cách phòng bệnh./.

VI. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XƠ GAN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gan thực hiện nhiều chức năng sống bao gồm tích trữ vitamin và muối khoáng, sản xuất các protein cần thiết, sản xuất các yếu tố đông máu, chuyển hóa các chất và sản xuất các chất chống nhiễm trùng và loại bỏ vi khuẩn khỏi dòng máu.

Xơ gan là một bệnh gan mãn tính trong đó tế bào gan bị thoái hóa hoại tử và được thay thế bởi những tế bào gan tân sinh và các dải xơ làm cho cấu trúc tiểu thùy gan bị thay đổi thành những nốt tân sinh không có chức năng.

Mặc dầu có nhiều nguyên nhân bệnh khác nhau nhưng kết quả cuối cùng của bệnh thì giống nhau.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Tình trạng xơ hóa tiến triển làm biến dạng cấu trúc của gan tạo thành sẹo xơ hóa và sau đó phát triển hành các nốt tế bào gan tân sinh hình thành xơ gan. Khác với xơ hóa, ở điểm xơ hóa có khả năng hồi phục, trong khi xơ gan là một tiến triển bất hồi phục. Xơ gan hình thành như một hậu quả khi xơ hóa bắc cầu cuối cùng kèm với các nốt tân sinh. Trong giai đoạn đầu, xơ hóa vách không hoàn toàn, được đặc trưng bởi sự hiện diện của các vách rất mỏng hướng về trung tâm tiểu thùy. Các mạch máu ly tâm xung quanh vách bị giãn. Kiểu xơ gan này thường chỉ gây ra tăng áp lực tĩnh mạch cửa và không suy tế bào gan. Tiên lượng của những bệnh nhân này tương đối nếu kiểm soát được tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nếu không loại bỏ được các nguyên nhân gây tổn thương gan (như nhiễm virus viêm gan C, nghiện rượu), xơ gan giai đoạn sớm hình thành. Ở giai đoạn này của bệnh, hiện diện các vách xơ mỏng và các nốt. Khi tổn thương gan tiến triển thường các sẹo to ra có các đám tế bào gan tân sinh và xơ gan tiến triển. Giai đoạn này của bệnh được đặc trưng bởi sự tích tụ nhiều chất keo dạng sợi, chất keo này chịu đựng được tác động tiêu collagen của men matrix metalloproteinase. Ngoài ra, tình trạng xơ hóa tiến triển gây ra những thay đổi vi tuần hoàn của gan, bất thường về tính nguyên vẹn, chức năng tế bào nội bì và tổ chức tế bào gan. Giai đoạn này, về cơ bản, xơ gan không thể hồi phục cho dù tác nhân gây bệnh đã được loại trừ. Sự hình thành các nốt là dấu hiệu chứng tỏ xơ gan tiến triển. Các nốt tân sinh có thể gây tắc nghẽn tiểu quản mật. Các nốt tân sinh có thể loạn sản và biến đổi thành ác tính.

3. PHÂN LOẠI XƠ GAN

3.1. Xơ gan nốt nhỏ

Điển hình của bệnh gan do rượu (xơ gan Laennec). Gan có vách đều, dày, các nốt tăng sinh không lớn hơn các tiểu thùy gốc, đường kính các nốt nhỏ hơn hoặc khoảng 1mm.

- Nghiện rượu.
- Suy dinh dưỡng.
- Thâm nhiễm sắt.
- Ú mật.
- Tắc tĩnh mạch gan.

3.2. Xơ gan nốt to

Xơ gan nốt to được đặc trưng bởi các nốt lớn hơn, có thể có các tĩnh mạch trung tâm. Dạng này tương ứng với xơ gan sau hoại tử (xơ gan sau viêm gan)

- Xơ gan do viêm gan virus B, C.
- Thiếu α 1- antitrypsin.
- Xơ gan ú mật do nguyên phát.

3.3. Xơ gan thể hỗn hợp

- Xơ gan nốt nhỏ + xơ gan nốt to.

- Xơ gan nốt nhỏ chuyển thành xơ gan nốt to.

4. GIẢI PHẪU BỆNH

4.1. Đại thể

- Gan cứng chắc, nhạt màu, vàng hoặc màu xanh lá do ứ mật.
- Mặt ngoài gan có những ổ tế bào gan tái tạo nốt, xung quanh có dải xơ bao bọc nổi lên như những đầu đinh không đều nhau.
- Gan to do nhiều nốt tăng sinh, giai đoạn cuối đa số gan teo nhỏ.
- Trên mặt cắt gan những ổ tế bào gan tái tạo, tròn không đều nhau nằm giữa những vành đai xơ trắng, gan chắc, dai, khó cắt.

4.2. Vi thể

- Thoái hóa, hoại tử tế bào gan.
- Xơ hóa phát triển lan tỏa, bao vây, chia cắt các tiểu thùy gan, tạo thành tiểu thùy gan giả.
- Tăng sinh nhiều ống mật tân tạo lẫn trong mô xơ.
- Xâm nhập nhiều tế bào viêm mãn tính trong mô xơ, khoảng cửa.
- Các tế bào tái tạo, tạo thành nốt.

4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan

- Nốt tân sinh.
- Xơ hóa (tích tụ mô xơ tạo tiểu thùy giả).
- Cấu trúc gan bất thường: tế bào gan bất thường, tinh thể hóa, loạn sản, tăng sản.

5. NGUYÊN NHÂN

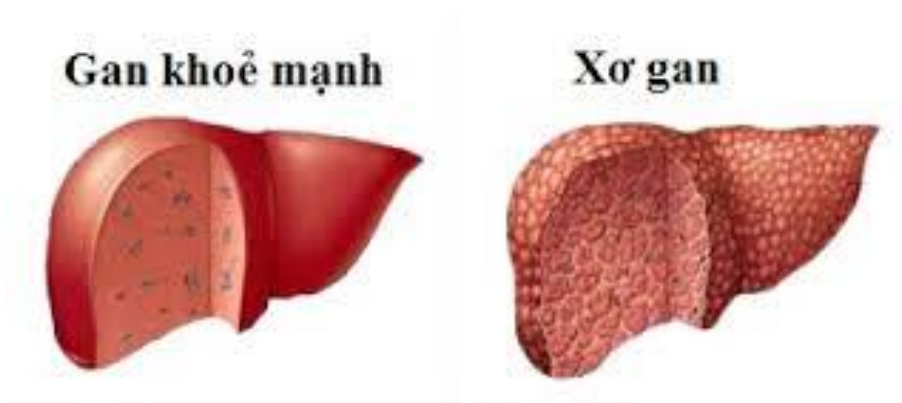
- Viêm gan virus B (kèm theo/không kèm theo viêm gan siêu vi D); siêu vi C
- Rượu.
- Ứ mật
 - + Xơ gan ứ mật nguyên phát
 - + Xơ gan ứ mật thứ phát
 - + Viêm đường mật xơ hóa nguyên phát
- Chuyển hóa
 - + Thiếu α 1- antitrypsin.
 - + Thâm nhiễm sắt (hemochromatosis).
 - + Thâm nhiễm đồng (bệnh Wilson).
 - + Galactose máu.
 - + Tyrosinosis bẩm sinh.
- Mạch máu
 - + Bệnh tắc nghẽn tĩnh mạch
 - + Xơ gan tim
 - + Viêm màng ngoài tim co thắt.

- Rối loạn miễn dịch: viêm gan tự miễn.
- Suy dinh dưỡng.
- Nhiễm trùng.
- Xơ gan căn nguyên ẩn.

6. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

6.1. Tiền sử

- Vàng da.
- Viêm gan.
- Sử dụng thuốc.
- Truyền máu.
- Nghiện rượu.
- Bệnh di truyền gia đình.



6.2. Lâm sàng

Hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa.

6.3. Triệu chứng cơ năng

- Mệt mỏi.
- Sụt cân.
- Biếng ăn.
- Tiêu chảy.
- Teo cơ.
- Phù chân.
- Sốt: khoảng 1/3 bệnh nhân xơ gan mất bù có sốt nhẹ liên tục hiếm khi sốt $> 38^{\circ}\text{C}$.

Tình trạng này không bị ảnh hưởng bởi kháng sinh hoặc bởi việc thay đổi đạm trong chế độ ăn. Cytokines được phóng thích do hậu quả của đáp ứng viêm gây ra những tác dụng không mong muốn nhất là giãn mạch, tăng hoạt nội bì và suy đa cơ quan. Trong xơ gan, vi khuẩn hay gặp nhất là vi khuẩn đường ruột có thể đi vào tuần hoàn chung bằng cách không đi qua hệ thống lọc không còn tốt của gan hoặc qua hệ thống lọc của gan hoặc qua tuần hoàn bàng hệ cửa - hệ thống. Nhiễm khuẩn huyết thường gặp trong suy tế bào gan giai đoạn cuối do nhiều yếu tố góp phần. Tế bào Kupffer và chức năng bạch cầu đa nhân

bị suy giảm một số yếu tố trong huyết thanh giảm như fibronectin, opsonin và các yếu tố hóa ứng động, chức năng của hệ võng nội mô bị tổn thương và tổn thương thận.

- Có thể bị đau bụng hoặc do gan lớn căng bao gan hoặc do bóng bụng.

- Vàng da.

- Bóng bụng.

- Xuất huyết

 - + Chảy máu cam, lợi.

 - + Xuất huyết dưới da.

 - + Xuất huyết tiêu hóa: nôn ra máu, tiêu phân đen do vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc trực tràng bị giãn do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nôn ra máu là triệu chứng thường gặp 15% - 25% trường hợp.

- Giảm khả năng tình dục:

 - + Nam: giảm khoái cảm và bất lực thường gặp ở nam xơ gan tiến triển, vô sinh, nữ hóa tuyến vú.

 - + Nữ bị suy buồng trứng, chức năng hạ đồi - tuyến yên bị rối loạn, rối loạn kinh nguyệt (thường là vô kinh)

6.4. Triệu chứng thực thể

- Gầy.

- Sốt.

- Vàng da thường không phải là dấu hiệu đầu tiên của bệnh: phần lớn do suy yếu chức năng chuyển hóa bilirubin của tế bào gan, vì thế vàng da là một trong những triệu chứng chỉ điểm gợi ý độ trầm trọng của suy tế bào gan, trong gan không có mối tương quan rõ giữa mức độ vàng da và mức độ xơ gan, vàng da có thể không có hoặc nhẹ. Mức độ vàng da nhẹ hay nặng tùy thuộc vào tình trạng cân bằng giữa hoại tử và tăng sinh. Khi vàng da hiện diện chứng tỏ bệnh tế bào gan hoạt động và cho biết tiên lượng xấu. Đời sống hồng cầu giảm làm nặng thêm tình trạng tán huyết gây vàng da.

- Tăng sắc tố.

- Xuất huyết dưới da.

- To tuyến mang tai.

- Phù chân.

- Liềm móng xanh da trời.

 - Móng trắng: do đục chân móng, gặp trong 80-100% bệnh nhân xơ gan, vùng hồng của móng thường thấy ở phần đầu của móng và trong nhiều trường hợp không thể phân biệt với liềm móng, thường thấy ở hai tay, nhất là ngón cái và ngón trỏ.

 - Sao mạch: có thể mất khi chức năng gan cải thiện, sự xuất hiện của các sao mạch mới gợi ý bệnh tiến triển; đường kính của sao mạch có thể thay đổi từ đầu đinh ghim đến

0,5cm. Vị trí: vùng cổ ngực, cánh tay, mặt lưng bàn tay, thường ở nửa thân người trên, không biến mất dưới áp lực tấm kính mờ.

- Lòng bàn tay son: tay ấm và lòng bàn tay đỏ ửng, lốm đốm ở những chỗ lõm của lòng bàn tay; lòng bàn tay son ít gặp so với sao mạch trong bệnh nhân xơ gan.

- Nữ hóa tuyến vú ở nam.

- Thay đổi phân bố lông.

- Teo tinh hoàn.

- Báng bụng là dấu hiệu quan trọng trong diễn tiến tự nhiên của xơ gan.

+ Tăng áp cửa là điều kiện tiên quyết để hình thành báng bụng.

+ Giữ muối và nước là yếu tố quyết định trong cơ chế bệnh sinh của báng bụng.

+ Nồng độ Albumin huyết tương ít ảnh hưởng đến tốc độ hình thành báng bụng.

- Tuần hoàn bàng hệ do tăng áp lực tĩnh mạch cửa hoặc cường lách, gặp trong 35 - 50% trường hợp.

- Gan to, gan teo.

- Bàn tay co kiểu Dupuytren.

- Ngón tay dùi trống

- Giãn mạch do tăng động tuần hoàn.

- Thay đổi về tâm thần kinh:

+ Trạng thái tinh thần.

+ Run rẩy.

+ Mơ lơ.

+ Hôn mê

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. Huyết học

- Hồng cầu ↓.

- Đời sống hồng cầu ↓.

- Hemoglobin ↓.

- Bạch cầu ↓.

- Tiểu cầu ↓.

7.2. Sinh hóa máu

- Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp tăng nhiều hơn gián tiếp tăng trên 50% trường hợp

- Phosphatase kiềm ↑.

- Đường huyết ↑.

- Transaminase.

+ AST có trong tế bào chất và ti thể.

+ ALT có trong tế bào chất.

- + AST/ALT > 1: viêm gan mãn do rượu.
- + AST/ALT < 1: viêm gan mãn khác
- Albumin↓ (bình thường 65% protein máu, thời gian bán hủy 3 tuần).
- Tỷ số Albumin/Globulin < 1 (Bình thường: 1,3 - 1,8).
- Globulin miễn dịch:
 - + IgA ↑: xơ gan rượu.
 - + IgM ↑: xơ gan ú mật tiên phát.
 - + IgG ↑: viêm gan tự miễn.
 - + Sắt, ferritin, ceruloplasmin, đồng.

7.3. Miễn dịch

- Kháng thể kháng cơ trơn.
- Kháng thể kháng nhân.
- Kháng thể kháng ti lạp thể.
- HBsAg, anti - HCV.
- α - fetoprotein.

7.4. Chọc dịch bàng: Nếu bệnh nhân có bàng bụng: dịch thấm

- Rivalta (-)
- Protein dịch màng bụng < 2,5g/dl.
- Khuynh độ Albumin huyết thanh dịch bàng = Albumin huyết thanh Albumin dịch màng bụng > 1,1g/dl chứng tỏ tăng áp cửa.

7.5. Nội soi đường tiêu hóa

- Tĩnh mạch thực quản giãn.
- Tĩnh mạch trực tràng giãn.

7.6. Siêu âm và CT scan

- Siêu âm thấy gan teo nhỏ/hoặc cấu trúc nốt, phát hiện dịch ổ bụng (từ 100 ml)
 - CT scan bụng có thể đánh giá kích thước gan và thấy bề mặt dạng nốt không đều.
- Có thể thấy thâm nhiễm mỡ, đậm độ tăng do thâm nhiễm sắt và sang thương chiếm chỗ.

7.7. Sinh thiết gan: “tiêu chuẩn vàng” để chẩn đoán xác định.

7.8. Điện não đồ:

EEG nếu có bất thường tri giác.

8. BIẾN CHỨNG

- Xuất huyết tiêu hóa: do vỡ tĩnh mạch thực quản giãn
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP): bệnh nhân có nguy cơ bị VPMNKNP khi nồng độ protein dịch màng bụng < 1g/dl

Dịch bàng	Bạch cầu đa nhân trung tính	Cấy dịch bàng
VPMNKNP cấy (+)	> 250/mm ³	(+)
VPMNKNP cấy (+)	> 250/mm ³	(-)

Nhiễm trùng dịch báng	< 250/mm ³	(+)
-----------------------	-----------------------	-----

- Hội chứng gan thận.
- Bệnh não gan.
- Ung thư hóa.
- Báng bụng khó bụng

9. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

Xơ gan là bệnh đe dọa đời sống, không có trị liệu nào chữa lành xơ gan hoặc phục hồi mô sẹo ở gan. Điều trị nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tổn thương gan.

- Điều trị nguyên nhân, nếu được.
- Tránh làm tổn thương gan.

+ Ăn tăng đạm (chỉ hạn chế đạm khi có đe dọa hôn mê gan), tăng đường và bổ sung vitamin, hạn chế mỡ, hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù và cổ trướng.

+ Không được uống rượu, không dùng các thuốc hoặc hóa chất độc với gan.

+ Sử dụng một số thuốc:

- Các vitamin B₁, B₆, B₁₂, C, K liều cao.
- Các acid amin, nước nhân trần, Atiso.
- Tùy từng trường hợp cụ thể có thể cho thuốc lợi tiểu, Corticoid.

- Điều trị nâng đỡ, điều trị biến chứng.
- Ghép gan.

10. CHĂM SÓC

10.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi, nhận định thực thể, thực hiện và tham khảo các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó xác định xem bệnh nhân ở giai đoạn nào của xơ gan để có kế hoạch chăm sóc thích hợp (dựa vào phần triệu chứng để khai thác).

- Ngoài ra cần chú ý xem đã có biến chứng gì chưa để có thể chủ động xử trí và phòng ngừa.

10.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh nhân. Các chẩn đoán điều dưỡng chính của bệnh nhân xơ gan có thể bao gồm:

- Bệnh nhân gầy sút, ăn kém do chức năng gan suy giảm.
- Cổ trướng và phù do tăng áp lực tĩnh mạch cửa và giảm áp lực keo.
- Nguy cơ biến chứng chảy máu tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Nguy cơ biến chứng hôn mê gan do suy tế bào gan.

- Bệnh nhân không biết cách ngăn ngừa và hạn chế sự tiến triển của bệnh do thiếu kiến thức về bệnh.

10.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo dinh dưỡng, tăng cường chức năng gan cho bệnh nhân.

- Giảm phù và cổ trướng cho bệnh nhân.
- Theo dõi và phòng ngừa các biến chứng.
- Giáo dục sức khỏe.

10.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.4.1. Đảm bảo dinh dưỡng và tăng cường chức năng gan

- Chế độ ăn uống:
 - + Giàu kcalo từ 2500 - 3000 kcalo/ngày.
 - + Đảm bảo đủ đạm, đường, vitamin.
 - + Hạn chế mỡ, không được uống rượu.
 - + Hạn chế đạm khi xơ gan mất bù (tránh nguy cơ hôn mê gan), ngừng cung cấp đạm khi có dấu hiệu não gan.
 - + Cho ăn làm nhiều bữa trong ngày, động viên bệnh nhân ăn hết khẩu phần.
 - Vệ sinh mũi miệng sạch sẽ, đặc biệt là khi có chảy máu cam, chảy máu chân răng để đề phòng nhiễm khuẩn và tạo cảm giác ngon miệng.
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh chính xác, kịp thời:
 - + Tiêm hoặc uống Vitamin B₁, B₆, B₁₂, K.
 - + Truyền dịch, truyền dung dịch Albumin theo y lệnh.
 - Phát hiện những biểu hiện chán ăn, chậm tiêu để có biện pháp nuôi dưỡng kịp thời.
- Theo dõi cân nặng bệnh nhân hàng tuần.

10.4.2. Giảm phù và cổ trướng

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối khi có phù và cổ trướng.
- Ăn hạn chế muối hoặc ăn nhạt hoàn toàn khi có phù và cổ trướng nhiều.
- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu (phối hợp furosemide và Aldactone).
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trước, trong và sau chọc dịch cổ trướng.
- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, thuốc, phụ giúp thầy thuốc chọc tháo bớt dịch cổ trướng. Thực hiện các xét nghiệm dịch cổ trướng theo yêu cầu của thầy thuốc.

10.4.3. Theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng xuất huyết tiêu hóa

Theo dõi sát bệnh nhân hàng ngày, nếu có xuất huyết tiêu hóa xảy ra thì:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối, đầu thấp.
- Tạm ngừng cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng.
- Ủ ấm cho bệnh nhân, theo dõi mạch, huyết áp.
- Phụ giúp thầy thuốc đặt catheter và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Truyền dịch, truyền máu khẩn trương theo y lệnh.
- Đặt sond hút hết máu còn ứ đọng trong dạ dày.
- Rửa dạ dày bằng nước lạnh.
- Thụt tháo phân để loại trừ nhanh chóng máu đã xuống ruột ra ngoài.

10.4.4. Theo dõi để phòng hôn mê gan

- Theo dõi sự thay đổi bất thường về tinh thần của bệnh nhân có thể đang vui rồi lại buồn, thờ ơ.

- Có những biểu hiện rối loạn về trí nhớ, mất định hướng về thời gian và không gian, mất khả năng tập trung tư tưởng.

- Bàn tay run do rối loạn trương lực cơ. Nếu đặt cẳng tay thẳng góc với cánh tay và mặt giường sẽ thấy bàn tay run không đều.

- Khi phát hiện các dấu hiệu này điều dưỡng phải báo cáo ngay với bác sỹ để có biện pháp xử trí kịp thời.

10.4.5. Giáo dục sức khỏe

- Tránh lao động nặng, nghỉ ngơi hoàn toàn khi bệnh tiến triển.

- Tuyệt đối không được uống rượu.

- Chế độ ăn hạn chế mỡ, tăng đường, tăng đạm, tăng vitamin, hạn chế muối và ăn nhạt khi có phù.

- Theo dõi sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở.

10.5. Đánh giá chăm sóc: Chăm sóc bệnh nhân xơ gan được coi là hiệu quả khi:

- Cổ trướng giảm và tuần hoàn bàng hệ giảm.

- Vàng da không còn.

- Không có chảy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da.

- Bệnh nhân ăn ngon miệng, không sút cân.

- Bệnh nhân không uống rượu.

- Không để xảy ra biến chứng đột ngột.

- Bệnh nhân yên tâm, thoải mái khi nằm viện và có hiểu biết nhất định về bệnh, hạn chế được tiến triển của bệnh khi về nhà./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân đau bụng do bệnh lý thuộc ống tiêu hóa, ngoại trừ:

A. Viêm loét dạ dày tá tràng

B. Viêm ruột thừa

C. Nhiễm độc thai nghén

D. Viêm tụy cấp

Câu 2. Nguyên nhân tăng sản xuất hơi trong dạ dày - ruột, ngoại trừ:

A. Viêm ống tiêu hóa cấp do vi khuẩn

B. Liệt ruột sau mổ

C. Giảm tiết dịch vị hoặc tăng tiết dịch vị

D. Hiện tượng lên men của thức ăn

Câu 3. Dấu hiệu nào bất thường khi khám bụng?

A. Thành bụng mềm

B. Thành bụng cứng như gỗ

C. Có tiếng nhu động ruột

D. Thành bụng có vết rạn nứt da

Câu 4. Biểu chứng xa đáng lo ngại nhất của loét dạ dày tá tràng là:

A. Hẹp môn vị

B. Thủng dạ dày

C. Ung thư hóa

D. Xuất huyết tiêu hóa

Câu 5. Trong loét dạ dày tá tràng hay gặp nhất ở lứa tuổi nào sau đây?

- A. Dưới 15 - 20 tuổi
B. 20 - 30 tuổi
C. 40 - 60 tuổi
D. Trên 20 tuổi

Câu 6. Trong loét dạ dày - tá tràng tỉ lệ mắc giữa nam và nữ là:

- A. Nam bằng nữ
B. Nữ gấp đôi nam
C. Nam gấp 4 lần nữ
D. Nữ gấp 4 lần nam

Câu 7. Loét dạ dày hay gặp nhất ở vị trí nào sau đây?

- A. Tâm vị
B. Bờ cong lớn
C. Bờ cong nhỏ
D. Hang vị

Câu 8. Cận lâm sàng có giá trị nhất giúp chẩn đoán xác định ung thư dạ dày?

- A. x - quang
B. Siêu âm
C. Nội soi - sinh thiết
D. Sinh hóa

Câu 9. Yếu tố đóng vai trò chủ yếu trong nguyên nhân gây ung thư dạ dày, ngoại trừ:

- A. Chế độ ăn uống
B. Các tổn thương tiền ung thư ở dạ dày
C. Điện giải đồ
D. Yếu tố môi trường

Câu 10. Viêm loét đại tràng là bệnh viêm đại tràng do:

- A. Nhiễm khuẩn
B. Nhiễm độc
C. Dị ứng
D. Không rõ căn nguyên

Câu 11. Trong viêm đại tràng mãn tính, nội soi đại tràng giúp:

- A. Chẩn đoán nguyên nhân
B. Điều trị bệnh chính xác
C. Loại trừ bệnh ác tính
D. Tiên lượng bệnh

Câu 12. Viêm đại tràng mãn có thể do các nguyên nhân sau, ngoại trừ:

- A. Vi khuẩn lao
B. Viêm loét đại tràng
C. Ký sinh trùng Amibe
D. Hội chứng ruột kích thích

Câu 13. Trong lao đại tràng, đặc điểm nào sau đây là phù hợp?

- A. Xét nghiệm tìm BK trong phân có giá trị quyết định chẩn đoán
B. Dấu hiệu rắn bò là triệu chứng quan trọng
C. Đau hố chậu phải lan dọc theo khung đại tràng
D. X-quang đại tràng cản quang, nhu động đại tràng tăng

Câu 14. Tiểu máu đỏ là triệu chứng thường gặp nhất trong bệnh nào sau đây:

- A. Lao đại tràng
B. Viêm loét đại tràng
C. Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ
D. Viêm đại tràng giả mạc

Câu 15. Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên khi máu còn đang chảy, chế độ ăn uống cho bệnh nhân là:

- A. Cho bệnh nhân ăn thức ăn mềm lỏng, dễ tiêu, ăn thức ăn lạnh.
B. Cho bệnh nhân ăn uống bình thường.

- C. Tuyệt đối không được cho bệnh nhân ăn uống gì.
- D. Cho bệnh nhân ăn uống các chất kích thích.

Câu 16. Đánh giá chính xác mức độ mất máu nặng, nhẹ, cần dựa vào:

- A. Số lượng số lần máu nôn ra nhiều hay ít
- B. Số lượng số lần phân đen đi nhiều hay ít
- C. Mạch và huyết áp
- D. Xét nghiệm số lượng hồng cầu, tỉ lệ huyết cầu tố

Câu 17. Nôn ra máu thường có các tính chất sau, ngoại trừ:

- A. Có thể có tiền triệu cồn cào, lợm giọng
- B. Máu đỏ tươi, bầm đen hoặc máu đen
- C. Thường kèm thức ăn và dịch vị
- D. Thường kèm theo đi cầu phân đen

Câu 18. Chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa cần thực hiện kỹ năng nào sau đây?

- A. Thăm trực tràng một cách hệ thống
- B. Chỉ thăm trực tràng khi không có điều kiện đặt sond dạ dày
- C. Cần đặt xông dạ dày và thăm trực tràng hệ thống
- D. Nếu không có máu khi đặt sond dạ dày thì có thể loại trừ xuất huyết tiêu hóa

Câu 19. Định nghĩa xuất huyết tiêu hóa trên là xuất huyết từ:

- A. Hành tá tràng trở lên
- B. Từ dạ dày trở lên
- C. Từ hồng tràng trở lên
- D. Từ góc Treitz trở lên

Câu 20. Cận lâm sàng có giá trị nhất quyết định chẩn đoán và theo dõi diễn tiến của abces gan.

- A. Bạch cầu, Công thức bạch cầu
- B. Siêu âm gan
- C. Tốc độ lắng máu
- D. X quang

Câu 21. Trong việc lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc đối với bệnh nhân abces gan mục đích chính nhất là:

- A. Làm giảm đau vùng hạ sườn phải
- B. Giảm nguy cơ gây ra các biến chứng
- C. Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân
- D. Làm hạ sốt

Câu 22. Tỷ lệ nhiễm Amibe cao là do:

- A. Không tiêm ngừa
- B. Uống nhiều rượu bia
- C. Ăn rau sống, uống nước lã
- D. Chế độ ăn nhiều thịt cá, ít rau

Câu 23. Thể lây nhiễm chính của Amibe là:

- A. Thể minubita
- B. Thể hoạt động
- C. Thể ăn hồng cầu
- D. Thể kén

Câu 24. Tam chứng Fontan gồm các triệu chứng nào sau đây?:

- A. Sốt, đau hạ sườn phải, gan to
- B. Sốt, đau hạ sườn phải, vàng da
- C. Gan to, rung gan (+), sốt
- D. Sốt, vàng da, gan to kèm rung gan (+) hoặc ấn kẽ liên sườn (+)

Câu 25. Triệu chứng biểu hiện trong xơ gan giai đoạn mất bù là :

- A. Rối loạn tiêu hóa
- B. Vàng da
- C. Tuần hoàn bàng hệ
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 26. Biến chứng nào hay gặp và dễ gây tử vong nhanh chóng nhất?

- A. Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản
- B. Hôn mê gan
- C. Ung thư gan
- D. Nhiễm trùng và suy kiệt

Câu 27. Biểu hiện biến chứng hôn mê gan sớm nhất ở bệnh xơ gan là:

- A. Rối loạn trí nhớ, mất phương hướng về thời gian và không gian
- B. Đột nhiên thay đổi tính tình
- C. Run tay do rối loạn trương lực cơ
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 28. Nguyên nhân xơ gan hay gặp nhất ở nước ta là:

- A. Do chất độc
- B. Do rượu
- C. Do suy tim
- D. Do viêm gan siêu vi

Câu 29. Chẩn đoán xác định xơ gan còn bù dựa vào:

- A. Lâm sàng
- B. Sinh thiết gan
- C. Siêu âm gan
- D. Sinh hóa

Chương 5

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của bệnh hệ tiết niệu.
- 1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm đài bể thận - viêm bàng quang cấp.
- 1.3. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh suy thận mãn.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm đài bể thận - viêm bàng quang cấp.
- 2.2. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy thận mãn.

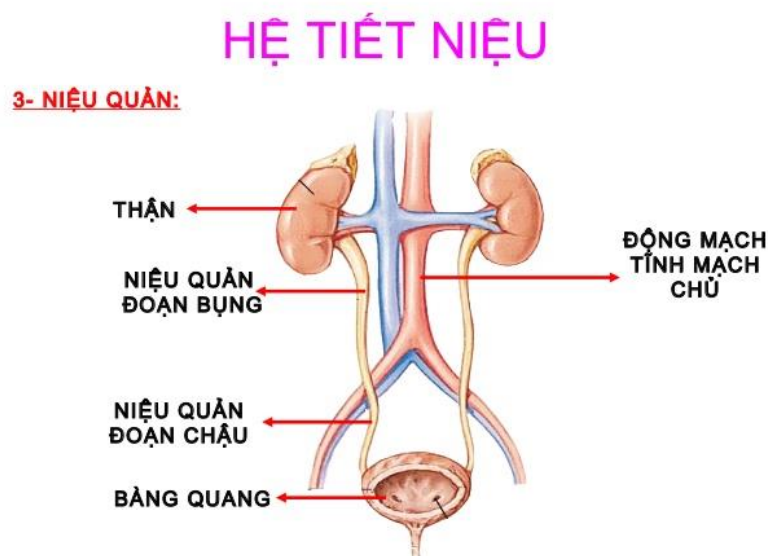
3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. NHẬN ĐỊNH LÂM SÀNG HỆ TIẾT NIỆU

1. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU CỦA HỆ TIẾT NIỆU



1.1. Đại thể

Hệ tiết niệu gồm 2 thận, 2 niệu quản, bàng quang, niệu đạo.

1.2. Vi thể

- Thận gồm vỏ thận và tủy thận.
- Hệ thống thu gom nước tiểu: đài thận đổ vào bể thận.
- Mỗi thận chứa 1 triệu đơn vị chức năng (nephron) gọi là tiểu thận.
- Tiểu thận gồm: cầu thận, ống thận, ống lượn gần, quai Henle, ống lượn xa, ống góp.

1.3. Chức năng chính của thận

- Lọc máu qua cầu thận.
- Tái hấp thụ và bài tiết ở ống thận.
- Điều hòa nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Sản xuất nội tiết tố tham gia quá trình tạo hồng cầu.
- Thận giúp hoạt hóa vitamin D.

2. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG CỦA BỆNH LÝ HỆ TIẾT LIỆU

2.1. Đau bụng thận

- Đau đột ngột ở vùng hố thận, đau từng cơn, đau lan xuống phía dưới. Ngoài ra có thể sốt nhẹ, nôn, bụng trướng.
- Nguyên nhân: do sỏi thận, sỏi niệu quản là chính.

2.2. Tiểu rắt

- Là tình trạng tiểu nhiều lần trong ngày, mỗi lần tiểu lượng nước tiểu rất ít.
- Nguyên nhân:
 - + Viêm bàng quang do sỏi, vi khuẩn.
 - + Viêm tuyến tiền liệt ở nam giới.

2.3. Tiểu buốt

- Là cảm giác đau tức ở niệu đạo mỗi khi đi tiểu.
- Nguyên nhân:
 - + Viêm niệu đạo, viêm bàng quang.
 - + Sỏi bàng quang, niệu đạo.
 - + Viêm hoặc u tuyến tiền liệt.

2.4. Tiểu ra máu

- Là trong nước tiểu có hồng cầu.
- Nguyên nhân:
 - + Niệu đạo: chấn thương niệu đạo ở tư thế ngồi.
 - + Bàng quang: viêm, sỏi, ung thư bàng quang.
 - + Thận: sỏi, lao, ung thư thận, thận đa năng.
 - + Các bệnh về máu: suy tủy, bệnh bạch cầu cấp tính.

2.5. Tiểu ra mủ

- Là hiện tượng có mủ trong nước tiểu (mủ là bạch cầu đa nhân thoái hóa).
- Nguyên nhân:

+ Viêm niệu đạo bàng quang.

+ Viêm mũ đài bể thận.

2.6. Bí tiểu

- Là hiện tượng bệnh nhân mót tiểu nhưng không tiểu được, nước tiểu có nhiều ở bàng quang nhưng không tổng ra ngoài được.

- Nguyên nhân

+ Hẹp niệu đạo do dị dạng.

+ Sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo.

+ Viêm hoặc ung thư tuyến tiền liệt ở nam, khối u ở cổ tử cung, tử cung

+ Chấn thương cột sống, lao cột sống, viêm não, viêm hoặc u tủy sống.

2.7. Vô niệu

- Là hiện tượng sau một ngày hoặc vài ngày bệnh nhân không tiểu được, đặt sond bàng quang không có nước tiểu hoặc có nước tiểu dưới 100ml/24 giờ.

- Nguyên nhân:

+ Sỏi thận làm tắc niệu quản.

+ Viêm ống thận cấp do ngộ độc, truyền nhầm nhóm máu.

+ Suy thận cấp, suy thận mãn tính.

+ Trụy tim mạch, suy tim nặng.

3. KHÁM THỰC THỂ

3.1. Khám thận

* Quan sát: ở hố thắt lưng xem có sưng không? có thấy khối u gồ lên không?

* Sờ nắn (nhằm phát hiện thận to).

- *Tư thế bệnh nhân*: cho bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thầy thuốc ngồi bên phải hay bên trái bệnh nhân tùy theo khám thận phải hay thận trái. Bệnh nhân thở đều, bụng mềm.

+ Dùng một hoặc cả hai bàn tay ấn thật sâu về phía sau để tìm khối u sâu.

+ Tìm dấu hiệu chạm thắt lưng (chạm thận): dùng một bàn tay đặt phía sau vùng hố thắt lưng, còn bàn tay kia ở trên bụng và ấn lên khối u, nếu thận to sẽ có cảm giác chắc chắc ở bàn tay. Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán thận to.

+ Dấu hiệu bập bênh thận: người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, một tay đặt phía hố thắt lưng, một tay để lên bụng vùng mạn sườn. Tay trên để yên, tay dưới dùng các ngón tay ấn và hất mạnh lên, rồi ngược lại. Tay dưới để yên, tay trên dùng đầu ngón tay đẩy xuống, làm khi bệnh nhân thở ra. Khi thận to tay trên có cảm giác như có một cục đá chạm vào rồi mất đi.

- *Khám tư thế nằm nghiêng*: bệnh nhân nằm nghiêng, một chân duỗi, một chân co, muốn khám thận bên nào thì nằm nghiêng bên đối diện. Thầy thuốc ngồi phía sau lưng

bệnh nhân dùng một tay đặt hõ thắt lưng, một tay đặt phía bụng khi người bệnh hít vào sâu, thận được đẩy xuống ta có thể gián tiếp sờ thấy thận.

3.2. Khám các điểm niệu quản

Đau các điểm niệu quản thường thấy trong sỏi niệu quản.

- Đau niệu quản trên (điểm cạnh rốn): kẻ một đường ngang qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to, đó là điểm niệu quản trên.

- Điểm niệu quản giữa: kẻ ngang qua hai gai chậu trước trên chia 3 phần, đoạn 1/3 giữa tương ứng với L₄ - L₅ là hai điểm niệu quản giữa.

- Điểm niệu quản dưới: thăm khám trực tràng hay âm đạo mới thấy.

- Phía sau có các điểm:

+ Điểm sườn lưng: điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn XII và bờ ngoài khối cơ lưng to.

+ Điểm sườn cột sống: góc xương sườn XII và cột sống.

3.3. Khám bàng quang

- Bình thường không có cầu bàng quang nên khám không thấy bàng quang.

- Bệnh lý: khi ứ nước tiểu ở bàng quang thì khám thấy cầu bàng quang.

- Nhìn: nếu có cầu bàng quang thì thấy ở hạ vị nổi lên một khối u tròn (nhỏ thì bằng quả cam, to thì lên tận rốn).

- Sờ: khối u rất tròn, có cảm giác căng không di động.

- Gõ: đục

- Thông tiểu ra nhiều nước tiểu, sau thông tiểu thì hết cầu bàng quang.

3.4. Khám niệu đạo

Xem có tấy đỏ hoặc có mủ ở lỗ niệu đạo không?

3.5. Khám tuyến tiền liệt

Thăm trực tràng: cho bệnh nhân nằm ngửa, cho ngón tay vào trực tràng theo hướng lên trên khoảng 12 giờ. Nếu bệnh nhân nằm sấp chổng mông ta quay ngón tay xuống phía dưới 6 giờ thì có cảm giác chạm vào một khối nhỏ hơi lồi lên mặt trên của trực tràng, đó là tuyến tiền liệt.

Bình thường tuyến tiền liệt nhỏ gồm hai thùy, nằm ở cổ bàng quang hay ôm lấy niệu đạo.

Nếu là ung thư tuyến tiền liệt: thăm trực tràng thấy to, cứng, ấn đau, sờ thấy nhân, nếu viêm sờ thấy mềm và rất đau.

4. KHÁM TOÀN THÂN

- Khám phù: tìm dấu hiệu ấn lõm ở những vùng da trên nền xương cứng.

- Khám tim mạch: bắt mạch, đo huyết áp.

- Khám thiếu máu: chú ý màu da và niêm mạc.

- Soi đáy mắt: xem có xuất tiết hoặc xuất huyết võng mạc, phù gai thị./.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM ĐÀI BỂ THẬN - VIÊM BÀNG QUANG CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm thận bể thận cấp bao gồm: viêm tổ chức kẽ, viêm đài, bể thận do nhiễm khuẩn.

- Bệnh hay gặp trên lâm sàng, đứng thứ 2 sau bệnh về cầu thận.

- Nữ gặp nhiều hơn nam.

2. NGUYÊN NHÂN

- Sỏi đường tiết niệu.

- Các thủ thuật tiến hành không đảm bảo vô khuẩn: thông tiểu, soi bàng quang, can thiệp sản khoa.

- Viêm hoặc u tuyến tiền liệt ở nam.

- Nhiễm trùng máu có thể gây viêm thận bể thận cấp.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

- Sốt cao, rét run, sốt dao động.

- Môi khô, mắt trũng, thể trạng suy sụp nhanh.

- Tiểu buốt, tiểu rát, nước tiểu đục có thể lẫn máu.

- Đau tức vùng thắt lưng một bên hoặc cả hai bên.

- Khám thấy thận to, ấn đau tức, có dấu hiệu chạm thắt lưng.

- Có tiền sử sỏi đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng cao, đa nhân trung tính tăng.

- Nước tiểu:

+ Protein niệu $\leq 1\text{g}/24$ giờ.

+ Cây nước tiểu để tìm vi khuẩn gây bệnh. Đa số là vi khuẩn Gram âm (Nếu có vi khuẩn mọc thì làm kháng sinh đồ).

- Xét nghiệm Urê máu, Creatinin máu tăng nếu có biến chứng suy thận.

- Chụp x-quang hệ tiết niệu tìm sỏi.

- Siêu âm thận tiết niệu có thể thấy sỏi hoặc thấy đài bể thận giãn.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiến triển thường tốt, nếu điều trị kháng sinh đúng và đủ liều bệnh sẽ khỏi.

- Nếu điều trị kháng sinh không tốt, không đủ liều thì bệnh sẽ tái phát nhiều lần dẫn đến viêm thận bể thận mãn, từ đó dẫn tới suy thận mãn.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh (tốt nhất là theo kháng sinh đồ).

- Điều trị nguyên nhân: sỏi, nhiễm khuẩn huyết, u tiền liệt tuyến.

5.2. Điều trị cụ thể

- Cho kháng sinh:

+ Tốt nhất là theo kháng sinh đồ.

+ Nếu không làm được kháng sinh đồ thì cho kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn Gram âm như: Biseptol, Gentamicin, Ciprofloxacin.

• Điều trị từ 10 - 15 ngày bằng kháng sinh liều cao.

• Nếu có suy thận thì không được dùng kháng sinh độc cho thận.

- Giảm đau: Paverit, Papaverin Clohydrat, Visceralgin,...

- Điều trị nguyên nhân: nếu do sỏi hoặc u tuyến tiền liệt thì phẫu thuật loại bỏ u, tán sỏi hoặc mổ lấy sỏi.

- Dinh dưỡng: cho ăn nhẹ như súp, cháo, ăn nhiều hoa quả, uống nhiều nước dưới dạng nước lọc. Nếu vô niệu thì không ăn hoa quả có nhiều kali, hạn chế uống nước.

- Bù nước và điện giải: uống nhiều Oresol, truyền dịch nếu mất nước nhiều.

- Nếu có suy thận thì phải cho chế độ ăn giảm protid.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi chi tiết bệnh nhân:

+ Có sốt cao và có rét run không?

+ Có tiểu buốt, tiểu rắt không?

+ Có đau vùng thắt lưng? xuất hiện đột ngột hay đau âm ỉ?

+ Màu sắc nước tiểu đục hoặc có máu không?

- Nhận định thực thể để phát hiện các triệu chứng kèm theo:

+ Có tiền sử sỏi đường tiết niệu hoặc viêm đường tiết niệu không?

+ Có bao giờ bị tăng huyết áp không?

+ Có phù ở mắt lằn nào không?

- Thực hiện và tham khảo các cận lâm sàng để tìm nguyên nhân và đánh giá xem đã có biến chứng?

+ Công thức máu.

+ Xét nghiệm nước tiểu.

+ Urê máu, Creatinin máu.

+ Cây nước tiểu.

+ Siêu âm thận.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Sốt do nhiễm khuẩn.

- Mất nước và điện giải do sốt cao.

- Bệnh nhân cảm giác khó chịu do rối loạn tiết niệu.

- Rối loạn dinh dưỡng do chán ăn, do thức ăn đưa vào không thỏa đáng.
- Thiếu hiểu biết về bệnh tật.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm và hết sốt cho bệnh nhân.
- Bù nước và điện giải cho bệnh nhân.
- Giảm khó chịu cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Tăng cường kiến thức về bệnh và phương pháp phòng và điều trị bệnh.

6.4. Thực hiện chăm sóc

6.4.1. Làm giảm và hết sốt cho bệnh nhân

- Để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi chỗ thoáng, nới rộng quần áo.
- Chườm mát vùng trán, vùng bẹn,...
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt, thuốc kháng sinh.
- Theo dõi thân nhiệt 3 giờ/lần.

6.4.2. Bù nước và điện giải cho bệnh nhân

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách pha gói oresol và uống chia nhiều lần trong ngày. Có thể uống thêm nước trái cây tươi vừa bù nước, điện giải vừa cung cấp thêm dinh dưỡng.

- Truyền dung dịch đường đẳng trương hoặc muối sinh lý nếu mất nước nhiều theo y lệnh.
- Chú ý theo dõi mạch, huyết áp, dấu hiệu mất nước để bù đúng và đủ.
- Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu trong ngày.

6.4.3. Giảm khó chịu cho bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về tình trạng rối loạn tiết niệu.
- Hướng dẫn bệnh nhân hàng ngày ngâm vùng chậu hông vào chậu nước ấm khoảng 15 phút hoặc chườm ấm vùng hạ vị để giảm cảm giác đau.
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên và tự theo dõi khi đi tiểu tiện về màu sắc, số lượng nước tiểu và các biểu hiện khác.
- Thực hiện y lệnh kháng sinh: Biseptol, Gentamicin, Cliprofloxacin,...

6.4.4. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Khi chưa suy thận:
 - + Chế độ ăn uống giàu protein và giàu calo, vitamin.
 - + Ăn lỏng dễ tiêu dưới dạng súp, cháo, ăn nhiều hoa quả tươi.
- Nếu có suy thận:
 - + Ăn giảm Protid.
 - + Tăng cường thức ăn giàu kcalo.

- + Ăn nhạt, hạn chế uống nếu có tăng huyết áp.
- + Hạn chế ăn hoa quả có nhiều kali.

6.4.5. Tăng cường sự hiểu biết cho bệnh nhân

- Cung cấp thông tin về bệnh và nguyên nhân gây ra bệnh.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân tăng cường vệ sinh cơ thể, vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên bằng nước sạch.
- Hàng ngày uống nước nhiều, ăn uống hợp vệ sinh.
- Khi nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phải điều trị đúng và kịp thời theo đơn của thầy thuốc.

6.5. Đánh giá chăm sóc

Những kết quả mong muốn ở bệnh nhân là:

- Hết sốt, ăn uống được.
- Hết khó chịu do rối loạn tuyến tiết niệu.
- Biết cách phòng và xử lý bệnh./.

III. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN MÃN

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy thận mãn tính là hậu quả của các bệnh thận mãn tính, gây nên tình trạng suy thận ngày càng nặng không thể hồi phục được.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm cầu thận mãn tính chiếm 40% các trường hợp.
- Viêm thận bể thận mãn tính chiếm 30% các trường hợp.
- Các bệnh mạch máu ở thận.
 - + Do xơ mạch máu thận.
 - + Hẹp hoặc tắc mạch thận.
- Do hậu quả của các bệnh gây tổn thương thận.
 - + Đái tháo đường.
 - + Collagen.
 - + Goute.
- Bệnh thận bẩm sinh di truyền:
 - + Thận đa nang.
 - + Loạn sản thận.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Cơ chế bệnh sinh của bệnh suy thận mãn bao gồm hai cơ chế chính gồm:

- Cơ chế thận tổn thương do bệnh căn nguyên (viêm cầu thận, bệnh ống thận mô kẽ do thuốc,...)
- Cơ chế đáp ứng của thận, khi bị giảm số nephron, qua việc tăng sinh phì đại của các nephron còn lại, chưa bị tổn thương.

Tuy việc hoạt động bù trừ là có lợi trong giai đoạn đầu, nhưng lâu dần, hiện tượng tăng lọc tại cầu thận này gây tổn thương và mất dần chức năng thận. Những nephron tăng lọc để hoạt động bù trừ gây tổn thương cầu thận, tổn thương tế bào nội mô, bong tróc tế bào nội bì, kích thích xơ hóa tế bào trung mô, xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng.

Ngoài ra, sự tăng áp lực tại cầu thận, tăng sản xuất NH_3 tại các nephron còn lại dẫn đến hoạt hóa bổ thể và tăng tổn thương ống thận, gây xơ hóa thận và mô kẽ. Hậu quả khởi phát vòng xoắn bệnh lý mất thêm nephron làm bệnh thận tiến triển và dẫn đến suy thận mãn giai đoạn cuối. Cơ chế tăng lọc tại các nephron còn lại xảy ra không tùy thuộc nguyên nhân gây bệnh thận. Cơ chế này giúp giải thích tiến triển bệnh thận trong nhiều năm sau, ngay cả khi bệnh thận căn nguyên đã thuyên giảm.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

- Phù nhẹ, kín đáo hoặc không phù.
- Tiểu ít, thiếu niệu.
- Tăng huyết áp chiếm 80% trường hợp bệnh nhân.
 - + Tăng cả huyết áp tối đa và tối thiểu.
 - + Tăng huyết áp lâu ngày dẫn đến suy tim trái.
- Thiếu máu:
 - + Hoa mắt, chóng mặt, ù tai.
 - + Da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay khô dễ gãy rụng.
- Suy tim, nhịp tim nhanh, mạch nhanh.
- Hội chứng tăng ure máu gồm:
 - + Huyết áp tăng (do tế bào cận cầu thận tiết ra renin gây co mạch).
 - + Nhịp tim nhanh, tim có tiếng ngựa phi, rối loạn dẫn truyền thần kinh tự động tim (viêm cơ tim do nhiễm độc).
 - + Hô hấp: khó thở, thở nhanh, rối loạn nhịp thở kiểu Cheyne Stokes, hơi thở có mùi amoniac (do nhiễm toan).
 - + Tiêu hóa: bụng chướng, đau bụng, buồn nôn hoặc nôn, tiêu lỏng; có thể xuất huyết dạ dày, ruột.
 - + Thần kinh: bệnh nhân kích thích vật vã, rối loạn tâm thần, co giật hoặc đi vào hôn mê.

4.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
 - + Số lượng hồng cầu giảm.
 - + Rối loạn điện giải máu, natri máu giảm, calci máu giảm, phospho máu tăng. Kali máu lúc đầu bình thường, sau tăng cao ở giai đoạn suy thận độ 3 - 4.
 - + Ure máu tăng, creatinin máu tăng cao.

- + Acid uric tăng.
- Xét nghiệm nước tiểu:
 - + Ure niệu thấp.
 - + Protein niệu 1 - 3gr/24 giờ.
 - + Tế bào niệu: nhiều hồng cầu, trụ hạt.
- Mức lọc cầu thận giảm dần.
- Chụp tim phổi: thấy bóng tim to.
- Điện tim:
 - + Dày thất trái.
 - + Sóng T phát triển cao nhọn, đối xứng (biểu hiện Kali máu tăng).

5. CHẨN ĐOÁN BỆNH THẬN MÃN

5.1. Xác định sự mãn tính của bệnh thận

Trước mọi bệnh nhân có tăng creatinin huyết thanh. Điều tối quan trọng là cần xác định bệnh thận mãn tính hay cấp tính vì cấp tính có nhiều cơ may hồi phục. Nhiều yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng giúp nghĩ đến bệnh thận mãn:

- Tiền căn bệnh lý trước đó; creatinin nếu đã tăng trong nhiều tháng sẽ là bằng chứng quan trọng của bệnh thận mãn.
- Tiểu đêm có thể là biểu hiện của rối loạn cô đặc nước tiểu xuất hiện rất sớm trong tiến triển của bệnh thận mãn tính.
- Hiện diện ngứa, thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, tăng phospho máu giảm calci máu, tăng PTH
- Hai thận teo nhỏ trên siêu âm.

CÁC GIAI ĐOẠN CỦA BỆNH THẬN MÃN

(Theo KDOQI 2002, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative của Hội Thận Học Hoa Kỳ)

Giai đoạn	Mô tả	Độ lọc cầu thận (ml/ph/1.73m ² da)
1	Tồn thương thận với độ lọc cầu thận bình thường	≥ 90
2	Tồn thương thận với độ lọc cầu thận giảm nhẹ	60 - 89
3	Độ lọc cầu thận giảm trung bình	30 - 59
4	Độ lọc cầu thận giảm nặng	15 - 29
5	Suy thận mãn giai đoạn cuối	< 15/phải chạy thận

5.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào bệnh sử, tiền sử, và cận lâm sàng. Cố gắng xác lập nguyên nhân gây bệnh để có thể điều trị bệnh nếu bệnh còn hoạt động, dự đoán tiên lượng bệnh thận tái phát sau ghép. Tuy nhiên không phải lúc nào cũng thực hiện được.

Tại các nước đã phát triển nguyên nhân đái tháo đường chiếm ưu thế, trong khi tại các nước đang phát triển nguyên nhân bệnh cầu thận chiếm ưu thế (30 - 48%). Khi thận đã teo, độ lọc cầu thận giảm 20 - 30ml/phút thì việc tìm kiếm nguyên nhân ít có hiệu quả trong điều trị. Sinh thiết thận không có chỉ định khi đến giai đoạn này.

Phân loại nguyên nhân bệnh thận mãn theo KDOQI 2002

BỆNH LÝ	LOẠI CHÍNH
Bệnh thận do đái tháo đường	Đái tháo đường type 1 và 2
Bệnh thận không do đái tháo đường	- Bệnh cầu thận (hậu nhiễm, bệnh tự miễn, thuốc, ung thư nguyên phát) - Bệnh mạch máu (tăng huyết áp, bệnh mạch máu lớn, bệnh vi mạch thận) - Bệnh ống thận mô kẽ (nhiễm trùng tiểu, sỏi niệu, bệnh thận tắc nghẽn, bệnh thận do ngộ độc thuốc) - Bệnh nang thận (thận đa nang, thận nhiều nang)
- Bệnh thận ghép	- Thải ghép mãn - Ngộ độc thuốc (ức chế calcineurin) - Bệnh thận tái phát trên thận ghép - Bệnh thận ghép

5.3. Yếu tố nguy cơ làm nặng thêm tình trạng suy thận

Các yếu tố ảnh hưởng lên tiến triển bệnh thận mãn gồm:

- Tuổi: số nephron giảm dần theo tuổi do quá trình lão hóa tự nhiên. Theo sinh lý, sau 30 tuổi trung bình một năm độ lọc cầu thận giảm 1ml/phút/1.73m²da. Số nephron xơ hóa tăng 12% ở người 70 tuổi, và 30% ở người 80 tuổi.

- Giới tính: nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.

- Chủng tộc: da đen đái tháo đường nguy cơ suy thận mãn giai đoạn cuối gấp 2 - 3 lần so với người da trắng.

- Yếu tố di truyền: số lượng nephron của mỗi cá thể được quyết định trong thời kỳ bào thai. Trẻ sinh thiếu tháng, < 2500gr, mẹ dùng thuốc độc thận, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường tăng huyết áp,...sẽ có ít nephron hơn bình thường. Sau sinh số lượng nephron không được tăng thêm.

- Tiểu đạm càng nhiều thì mức độ suy thận càng nhanh.

- Bệnh cầu thận, bệnh đái tháo đường có tiến triển nhanh hơn bệnh ống thận mô kẽ.

6. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng thường xuất hiện ở giai đoạn 2 của bệnh thận mãn và biến chứng càng tăng khi độ lọc cầu thận càng giảm.

- Biến chứng tim mạch
 - + Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch (phì đại thất trái, suy tim trái)
 - + Viêm màng ngoài tim, tràn dịch màng ngoài tim.
 - + Suy vành, bệnh lý van tim, rối loạn nhịp do rối loạn điện giải.
- Biến chứng ở phổi: viêm phế quản, viêm phổi do suy thận mãn làm giảm sản xuất và giảm chức năng bạch cầu do suy dưỡng, môi trường tăng urê máu.
- Rối loạn nước điện giải thăng bằng kiềm toan: biến chứng nguy hiểm nhất là tăng kali máu; rối loạn kiềm toan thường gặp là toan chuyển hóa.
- Loạn dưỡng xương do rối loạn chuyển hóa calci - phospho.
- Biến chứng thần kinh: trung ương (bệnh não do urê máu cao), ngoại biên, vận động, cảm giác.
- Biến chứng tiêu hóa: chán ăn, nôn ói, viêm loét dạ dày, xuất huyết dạ dày.
- Rối loạn nội tiết: nữ vào giai đoạn cuối có thể rong kinh hoặc mất kinh, nam có thể giảm tạo tinh trùng.
- Suy dinh dưỡng.

7. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

7.1. Nguyên tắc điều trị: tùy theo giai đoạn và điều kiện cụ thể của người bệnh mà có thể tiến hành điều trị bảo tồn, lọc máu ngoài thận, ghép thận.

7.2. Điều trị cụ thể

7.2.1. Điều trị bảo tồn

- Ăn nhạt khi có phù và tăng huyết áp (tránh ăn nhạt triền miên để tránh giảm natri máu).
- Giảm đạm, cung cấp protein ở mức 0,5g/kg/24 giờ (không quá 24g/24 giờ), lấy từ đạm động vật để có nhiều acid amin cơ bản.
- Thuốc điều trị triệu chứng:
 - + Lợi tiểu: dùng lợi tiểu quai (Furosemid), không dùng lợi tiểu nhóm Thiazid hoặc kháng Aldosteron.
 - + Chống thiếu máu: viên sắt, erythropoietin, truyền khối hồng cầu.
 - + Hạ huyết áp: ức chế trung ương giao cảm (aldomet), chẹn calci.
 - + Chống toan máu: uống bột Natribicarbonat hoặc truyền dung dịch Natribicarbonat.
 - + Chống tăng K^+ máu: truyền dung dịch Natribicarbonat; dung dịch glucose ưu trương; calci gluconat tiêm tĩnh mạch (không dùng cùng digital).
 - + Cho kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn, không dùng những kháng sinh độc cho thận như: Gentamicin, Kanamicin,....

7.2.2. Lọc ngoài thận: Phương pháp này bao gồm:

- Thăm phân màng bụng.
- Lọc máu ngoài thận (chạy thận nhân tạo).
- Thăm phân ruột (ít làm).

7.2.3. Ghép thận: phải có sự phù hợp kháng nguyên tổ chức giữa thận cho và người nhận. Kết hợp sử dụng thuốc chống thải ghép: Corticoid, Imuran, Endoxan,...

8. CHĂM SÓC

8.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi chi tiết tính chất phù và số lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Phát hiện các triệu chứng:
 - + Có hoa mắt chóng mặt không?
 - + Có khó thở không? tần số thở, kiểu thở, hơi thở.
 - + Da có xanh, niêm mạc có nhợt không? có xuất huyết không?
 - + Mất mồi không?
 - + Huyết áp có tăng không?
 - + Tỉnh thần tỉnh hay lơ mơ?
- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:
 - + Ure máu, creatinin máu.
 - + Điện giải đồ, pH máu.
 - + Protein niệu, tế bào niệu.
 - + Điện tim, siêu âm thận.

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Rối loạn dịch và điện giải do suy giảm chức năng thận.
- Rối loạn dinh dưỡng do chán ăn, rối loạn chức năng dạ dày ruột do chế độ ăn hạn chế.
- Thay đổi trạng thái tâm lý như lo lắng, bi quan do mắc bệnh nghiêm trọng và cuộc sống bị phụ thuộc.
- Bệnh nhân thiếu hụt kiến thức về bệnh và chế độ điều trị lâu dài.

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Duy trì cân bằng dịch và điện giải cho bệnh nhân.
- Duy trì dinh dưỡng thỏa đáng cho bệnh nhân.
- Cải thiện trạng thái tâm lý cho bệnh nhân.
- Tăng thêm sự hiểu biết của bệnh nhân về chế độ điều trị.

8.4. Thực hiện chăm sóc

8.4.1. Duy trì cân bằng điện giải

- Thường xuyên đánh giá tình trạng dịch và điện giải dựa vào:
 - + Xét nghiệm điện giải trong máu và theo dõi kết quả.
 - + Cân nặng bệnh nhân hàng ngày.

- + Theo dõi và kiểm tra chế độ ăn, lượng dịch vào bằng đường ăn uống.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, tần số thở.
- Kiểm soát chặt chẽ tất cả các nguồn cung cấp dịch và điện giải.
 - + Hạn chế các loại thuốc có chất điện giải, đặc biệt là kali.
 - + Hạn chế nước uống và thức ăn chứa dịch và điện giải.
 - + Hạn chế dịch truyền, nước uống.

8.4.2. Duy trì dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu tầm quan trọng của chế độ ăn trong điều trị suy thận mãn tính:
 - + Hạn chế các phẩm nitơ-phi protein sản (ure, acid uric, creatinine).
 - + Làm chậm bước tiến của quá trình suy thận.
- Hướng dẫn cụ thể cho bệnh nhân chế độ ăn ít protein, giàu năng lượng để đảm bảo đủ nhu cầu dinh dưỡng và hạn chế quá trình giáng hóa protein:
 - + Năng lượng đạt 35 - 40 kcal/kg/ngày.
 - + Sử dụng tối đa các chất tinh bột ít đậm như: sắn, các loại khoai, sử dụng các loại đường, mật ong, mật mía,....
 - + Chất béo chiếm 20 - 25% tổng năng lượng, nên ăn các loại dầu thực vật khi suy thận có tăng cholesterol máu.
 - + Lượng Protein trung bình 0,5 g/kg/24 giờ, nên chọn những thức ăn chứa protein có giá trị sinh học cao để đảm bảo đủ acid amin cơ bản và dễ hấp thu như, trứng, sữa, thịt nạc, cá,...tránh các phủ tạng động vật.
- Ăn nhạt: lượng muối NaCl ở mức 2 - 4g/ngày; đặc biệt là khi có phù, tăng huyết áp, suy tim cần giảm lượng muối nhiều hơn.
- Nước uống: tương đương lượng nước tiểu xuất được, uống ít hơn nếu có phù, uống nhiều hơn nếu có mất nước.
- Đảm bảo đủ vitamin nhóm B, sắt, acid folic. Nên dùng các loại quả ngọt, ít chua như, nhãn, đu đủ, na, mít,....
- Hạn chế trái cây có nhiều Kali như hồng xiêm, chuối tiêu, các loại đa dạng củ có nhiều Kali như củ cải, xu hào.
- Tránh không cho bệnh nhân ăn ngay sau khi uống các thuốc vì sẽ làm giảm cảm giác ngon miệng, tạo không khí thoải mái vui vẻ trong bữa ăn.
- Hàng ngày đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân:
 - + Cân nặng bệnh nhân hàng ngày.
 - + Phát hiện những dấu hiệu làm nặng thêm tình trạng rối loạn dinh dưỡng như chán ăn, buồn nôn và nôn, viêm dạ dày ruột và tiêu chảy.

8.4.3. Cải thiện trạng thái tâm lý cho bệnh nhân

- Điều dưỡng phải thông cảm để chia sẻ nỗi bất hạnh với bệnh nhân.

- Động viên, khuyến khích họ tham gia chế độ điều trị và nuôi dưỡng lâu dài, tạo sự lạc quan cho bệnh nhân để họ chấp nhận một cuộc sống tuy bị phụ thuộc nhưng chưa phải là hết mọi hy vọng.

8.4.4. Tăng cường hiểu biết cho bệnh nhân về bệnh và chế độ điều trị

- Cung cấp những thông tin tối thiểu bằng lời nói đơn giản, dễ hiểu cho bệnh nhân về vai trò của thận đối với cơ thể.

- Thế nào là suy thận? Nguyên nhân gây suy thận? Tại sao phải điều trị thay thế cho chức năng thận (thẩm phân máu, ghép thận)?

- Khi bệnh nhân cần thiết thẩm phân, ghép thận thì phải giải thích cho bệnh nhân hiểu và yên tâm thực hiện.

8.5. Đánh giá chăm sóc: Tình trạng bệnh khá lên khi: hết phù, số lượng nước tiểu cải thiện, yên tâm tin tưởng các phương pháp điều trị./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Khám phù là:

- A. Tìm dấu hiệu ấn lõm ở những vùng da trên nền xương cứng
- B. Tìm dấu hiệu ấn lõm ở vùng da trên mu bàn chân
- C. Tìm dấu hiệu ấn lõm ở vùng da bụng
- D. Câu A, B, C sai

Câu 2. Biện pháp đơn giản an toàn giúp bệnh nhân rối loạn tiểu tiện giảm khó chịu và giảm đau là:

- A. Uống thuốc giảm đau
- B. Chườm ấm vùng đau
- C. Ngâm vùng chậu hông vào nước ấm.
- D. Uống thuốc an thần

Câu 3. Nguyên tắc quan trọng nhất trong thông tiểu cho bệnh nhân bí tiểu để tránh biến chứng chảy máu là:

- A. Chọn ống thông có kích cỡ thích hợp
- B. Kỹ thuật thông đúng quy trình và động tác nhẹ nhàng
- C. Rút nước tiểu ra từ từ, không rút hết nước tiểu trong bàng quang
- D. Câu A đúng, B đúng

Câu 4. Vô niệu là hiện tượng:

- A. Sau một ngày hoặc vài ngày bệnh nhân không tiểu được
- B. Đặt sonde bàng quang không có nước tiểu hoặc có nước
- C. Tiểu rất ít khoảng dưới 100ml/24 giờ
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 5. Xác định chắc chắn bệnh nhân vô niệu cần dựa vào:

- A. Yêu cầu bệnh nhân tự lấy nước tiểu trong 24 giờ

- B. Đặt sond bàng quang để đo lượng nước tiểu trong 24 giờ
- C. Lấy nước tiểu trong 3 giờ đầu
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 6. Đặc điểm của nước tiểu giúp nghĩ tới viêm thận bể thận cấp tính là:

- A. Nước tiểu có lẫn máu
- B. Nước tiểu đục
- C. Nước tiểu vàng
- D. Câu A và B đúng

Câu 7. Xét nghiệm có giá trị giúp cho chẩn đoán và điều trị hiệu quả bệnh viêm thận bể thận cấp tính là:

- A. Số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu
- B. Định lượng protein niệu
- C. Cây nước tiểu tìm vi khuẩn gây bệnh
- D. Định lượng urê máu

Câu 8. Vi khuẩn gây viêm thận bể thận cấp tính hay gặp là:

- A. Tụ cầu
- B. Liên cầu
- C. E.coli
- D. Phế cầu

Câu 9. Nguyên tắc điều trị cơ bản nhất trong bệnh viêm thận bể thận là:

- A. Thuốc giảm đau, hạ sốt.
- B. Kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- C. Uống nhiều nước.
- D. Ăn đạm và các vitamin.

Câu 10. Biện pháp chăm sóc nhằm giảm khó chịu do rối loạn tiết niệu ở bệnh nhân viêm thận - bể thận cấp tính là:

- A. Ngâm vùng chậu hông vào nước ấm
- B. Chườm ấm vùng hạ vị
- C. Vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 11. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất để quyết định lọc máu sớm cho bệnh nhân suy thận mãn tính là:

- A. Mạch nhanh, huyết áp tụt
- B. Tiểu ít
- C. Suy tim
- D. Vô niệu, không đáp ứng thuốc lợi tiểu

Câu 12. Thức ăn cần tăng cường nhất trong chế độ ăn đối với bệnh nhân suy thận mãn tính là:

- A. Rau xanh và hoa quả ít kali
- B. Đường mía, mật
- C. Tinh bột các loại
- D. Câu A, B, C đúng

Chương 6.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH VỀ MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh thalassemia.
- 1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh Hemophillia, xuất huyết giảm tiểu cầu,
- 1.3. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh bạch cầu cấp - mạn.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thalassemia.
- 2.2 Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân Hemophillia, xuất huyết giảm tiểu cầu.
- 2.3. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bệnh bạch cầu cấp - mạn.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THALASSEMIA

1. ĐẠI CƯƠNG

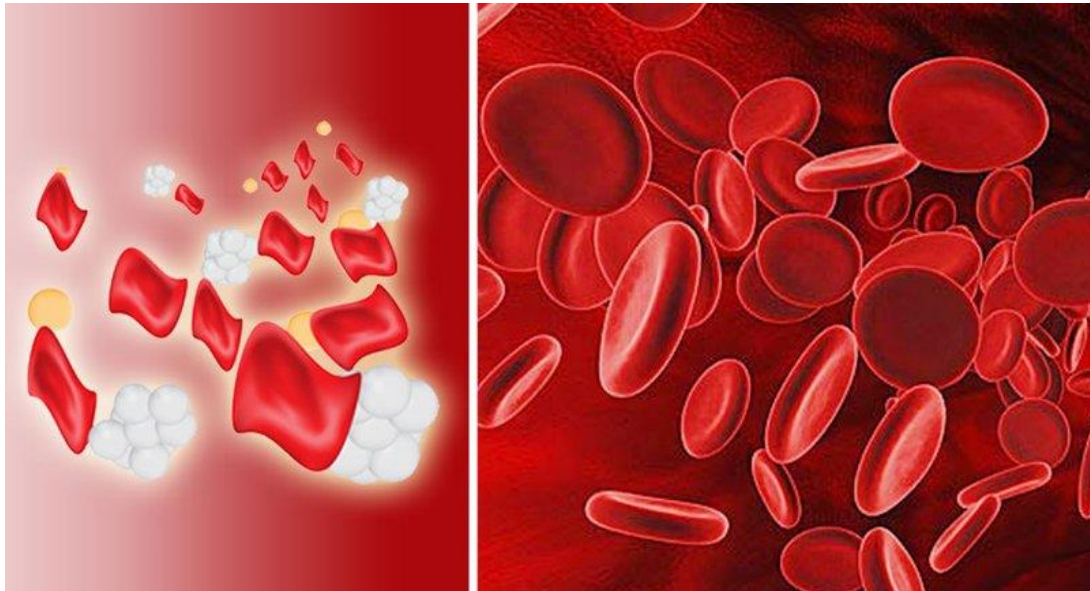
Thalassemia là một bệnh lý huyết học di truyền liên quan đến sự bất thường của hemoglobin (một cấu trúc protein trong hồng cầu có chức năng vận chuyển oxy). Ở bệnh nhân Thalassemia, các hồng cầu bị phá hủy quá mức dẫn đến tình trạng thiếu máu

Thalassemia là một bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường. Do đó, Thalassemia gây ra những hậu quả nghiêm trọng đến giống nòi, ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân và cả cộng đồng.

2. DỊCH TỄ BỆNH

Thalassemia là một bệnh di truyền huyết học phổ biến nhất trên thế giới, trong đó Địa Trung Hải, Trung Đông, châu Á – Thái Bình Dương là những vùng có tỷ lệ mắc bệnh và mang gen bệnh cao. Bệnh Thalassemia xuất hiện ở cả nam và nữ. Tỷ lệ người mang gen bệnh là khoảng 7% dân số thế giới, trong đó có khoảng 1.1% cặp vợ chồng có nguy cơ sinh con bị bệnh hoặc mang gen bệnh Thalassemia, ước tính mỗi năm có khoảng 300.000 đến 500.000 trẻ sinh ra mắc Thalassemia ở mức độ nặng.

Tại Việt Nam, bệnh Thalassemia được ghi nhận từ năm 1960, hiện nay có khoảng 10 triệu người mang gen bệnh, khoảng 20000 người bị Thalassemia thể nặng, ước tính mỗi năm có khoảng 2000 mắc bệnh Thalassemia. Bệnh phân bố khắp cả nước, phổ biến hơn ở các dân tộc ít người, các tỉnh miền núi, cao nguyên: tỷ lệ mang gen bệnh Thalassemia đối với dân tộc Mường là khoảng 22%, các dân tộc Êđê, Tày, Thái,... trên 40%, trong khi tỷ lệ này ở người Kinh khoảng 2 - 4%.



Có 2 loại bệnh ***Thalassemia chính:***

- α -Thalassemia: Thiếu hụt tổng hợp chuỗi α , do đột biến tại một hay nhiều gen tổng hợp chuỗi α -globin.

- β -Thalassemia: Thiếu hụt tổng hợp chuỗi β , do đột biến tại một hay nhiều gen tổng hợp chuỗi β -globin.

- Cả ở (alpha) và β (beta) đều có 3 mức độ (Thể lâm sàng) :

+ Nặng

+ Trung gian

+ Nhẹ.

3. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của Thalassemia là cấu tạo bất bình thường của hemoglobin trong hồng cầu, chất lượng hồng cầu suy giảm làm hồng cầu dễ bị vỡ (tan máu) dẫn đến thiếu máu mạn tính.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân Thalassemia có thể vào viện với các dấu hiệu:

- Người mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt.

- Da nhợt nhạt, xanh xao; có thể vàng da, vàng mắt.

- Nước tiểu vàng sẫm
- Khó thở khi gắng sức.
- Khám lâm sàng:
 - + Thiếu máu huyết tán mãn: da niêm nhợt nhạt, ánh vàng, xạm da.
 - + Gan và lách to, chắc.
 - + Biến dạng xương: trán dô, mũi tẹt, xương hàm trên nhô, u trán, u đỉnh.

4.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Huyết đồ: Hb giảm, MCV < 78fl, MCH < 28pg.
- Dạng huyết cầu: hồng cầu nhỏ, nhược sắc, hồng cầu đa sắc +++, có thể có hồng cầu bia.
- Sắt huyết thanh và Ferritin: sắt huyết thanh và Ferritin bình thường hay tăng.
- Điện di Hemoglobin (làm trước truyền máu): tỉ lệ Hb A giảm (< 96%)

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc

- Truyền máu
- Thải sắt
- Điều trị hỗ trợ
- Cắt lách khi có chỉ định

5.2. Các phương pháp chính điều trị bệnh Thalassemia hiện nay

- **Điều trị thiếu máu:** Truyền hồng cầu khi bệnh nhân có thiếu máu, với mức Hemoglobin là 7g/dl sau 2 lần kiểm tra mà không có nguyên nhân nào khác, hay >7g/dl mà có biến dạng xương. Để phòng và xử trí các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra do truyền máu, người bệnh cần phải được theo dõi chặt chẽ tại bệnh viện.



- **Điều trị ứ sắt:** Thải sắt bằng thuốc tiêm hoặc uống. Nên bắt đầu thải sắt khi ferritine huyết thanh $>1000\text{ng/ml}$, thường là sau truyền khoảng 20 đơn vị hồng cầu lắng. Điều trị thải sắt cả đời.

- **Cắt lách:** Chỉ khi truyền máu ít hiệu quả hoặc lách to quá gây đau ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh.

- **Ghép tế bào gốc tạo máu (ghép tủy):** Áp dụng với bệnh nhân bị bệnh mức độ nặng, là phương pháp tiên tiến nhất hiện nay có thể chữa khỏi bệnh. Tại Việt Nam, một số bệnh viện lớn đầu ngành có thể thực hiện điều trị bằng phương pháp này như BV Truyền máu - Huyết học TP HCM đã điều trị ghép tủy cho người bệnh Thalass thể nặng từ năm 2002, Viện Huyết học - Truyền máu TW, Viện Nhi TW.

Hạn chế của phương pháp này khó tìm được người cho tế bào gốc phù hợp.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc:

- Hỏi:

- + Có chán ăn, mệt mỏi, chóng mặt, hoa mắt? từ bao giờ?
- + Có cảm thấy khó thở khi lên cầu thang, khi gắng sức?
- + Nghề nghiệp trước kia và hiện nay.

- Quan sát:

- + Da, niêm mạc: xanh xao, môi nhợt nhạt.
- + Bệnh nhân mệt mỏi
- + Mạch, nhịp tim có nhanh không?

- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:

6.2. Chẩn đoán chăm sóc:

- Giảm cung cấp oxy do giảm số lượng hồng cầu
- Thiếu hụt dinh dưỡng
- Bệnh nhân lo lắng về bệnh tật do bệnh tiến triển quá nhanh

6.3. Kế hoạch chăm sóc:

- Cải thiện khả năng cung cấp oxy tới các tổ chức.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân

6.4. Thực hiện chăm sóc:

- **Cải thiện cung cấp oxy tổ chức**

+ Để bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, nằm đầu thấp.
+ Thực hiện y lệnh: lấy máu làm xét nghiệm, nếu có truyền máu phải thực hiện nghiêm túc quy trình truyền máu.

+ Vệ sinh răng miệng thật tốt, vệ sinh thân thể hàng ngày chú ý bộ phận sinh dục

+ Thực hiện y lệnh: thuốc, xét nghiệm...

- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- + Chế độ ăn: ăn nhẹ dễ tiêu hoá, ăn làm nhiều bữa nhỏ trong ngày.
- + Cho bệnh nhân uống các loại thuốc hỗ trợ như vitamin C, vitamin B6, viên sắt.
- + Cho bệnh nhân ăn chế độ nhiều Protein, giàu năng lượng, ăn nhiều hoa quả và rau tươi. Chú ý cung cấp các thực phẩm có nhiều sắt và Vitamin B₁₂.
- + Thức ăn phải hợp khẩu vị giúp bệnh nhân ăn ngon miệng.
- + Cần tránh thức ăn sinh hơi, có nhiều gia vị.
- + Ăn nhiều bữa trong ngày.

- Tăng khả năng chịu đựng hoạt động bình thường cho bệnh nhân.

- + Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi và ngủ đầy đủ, dự trữ năng lượng dành để khi hoạt động.
- + Xen kẽ với nghỉ ngơi cần luyện tập nhẹ nhàng để tăng sức chịu đựng.
- + Khi thiếu máu được điều trị và các xét nghiệm máu trở về bình thường cần cố vũ, động viên bệnh nhân hoạt động tăng dần.

- Giảm lo lắng cho bệnh nhân

- + Giải thích cho bệnh nhân yên tâm, tạo cho bệnh nhân tinh thần thoải mái, gần gũi bệnh nhân.
- + Giải thích cho bệnh nhân hiểu được các triệu chứng của bệnh, một số tác dụng phụ của thuốc.
- + Hướng dẫn cho gia đình chăm sóc bệnh nhân chu đáo, nhất là chế độ ăn có nhiều đạm.
- + Tránh nhiễm trùng: Biết giữ gìn vệ sinh sạch sẽ, giữ ấm cơ thể khi trời lạnh, đảm bảo an toàn thực phẩm...
- + Tập thể dục thường xuyên, các bài thể dục phù hợp theo lứa tuổi và tình trạng bệnh.
- + Có thể uống acid folic để tăng tạo hồng cầu, nhưng phải theo chỉ định của bác sĩ.

6.5. LƯỢNG GIÁ

Những kết quả mong muốn là:

- Bệnh nhân đỡ mệt, đỡ hoa mắt chóng mặt.
- Bệnh nhân không còn dấu hiệu thiếu máu.
- Hoạt động tăng dần.
- Bệnh nhân không còn lo lắng.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEMOPHILIA- XUẤT HUYẾT GIẢM TIÊU CẦU

A. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEMOPHILIA

1. ĐẠI CƯƠNG

Hemophilia là bệnh chảy máu do thiếu yếu tố đông máu VIII hoặc IX. Thiếu yếu tố VIII là hemophilia A, thiếu yếu tố IX là hemophilia B. Bệnh có tính chất di truyền lặn liên kết với nhiễm sắc thể giới tính X.

2. ĐẶC ĐIỂM

- Hemophilia là bệnh di truyền liên quan đến giới, bệnh hầu như chỉ gặp ở nam giới. Đó là do gen bệnh nằm trên nhiễm sắc thể (NST) X.

- Tế bào bình thường có 46 nhiễm sắc thể trong đó có hai nhiễm sắc thể giới là XY ở nam và XX ở nữ. Các nhiễm sắc thể X ngoài chức năng quyết định giới còn chứa các gen kiểm soát các đặc trưng khác của cơ thể trong đó có gen chỉ đạo tổng hợp các yếu tố đông máu VIII và IX.

- Ở nam giới chỉ có một nhiễm sắc thể X nên nếu nhiễm sắc thể X mang gen bệnh VIII hay IX (gen chỉ đạo tổng hợp yếu tố VIII hay IX bị tổn thương) thì lượng yếu tố VIII hoặc IX tổng hợp ra không đủ do đó gây ra hemophilia.

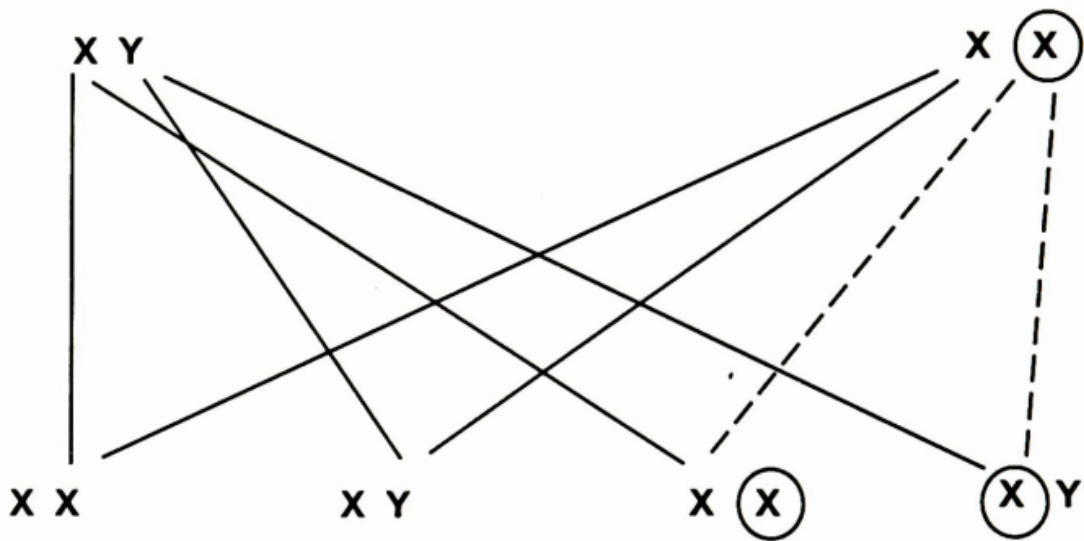
- Đối với phụ nữ nhò có hai nhiễm sắc thể X nên nếu một nhiễm sắc thể X mang gen bệnh thì còn nhiễm sắc thể X thứ hai. Gen trên nhiễm sắc thể X thứ hai này cũng cho phép tổng hợp VIII hay IX vì vậy phụ nữ rất ít khi bị bệnh.

- Khi phân bào giảm nhiễm để tạo nên giao tử (noãn hoặc tinh trùng) thì một noãn hoặc tinh trùng chỉ chứa bộ nhiễm sắc thể đơn bội, trong đó có một nhiễm sắc thể giới. Quá trình thụ tinh là kết hợp noãn và tinh trùng để tạo nên hợp tử (con) lưỡng bội có hai nhiễm sắc thể giới trong đó một nhiễm sắc thể giới từ bố và một nhiễm sắc thể giới từ mẹ.

- Như vậy nếu người phụ nữ có một nhiễm sắc thể X mang gen bệnh (gọi là người mang gen) tuy không bị bệnh nhưng có thể truyền gen bệnh này cho con trai và người con trai này sẽ bị bệnh, nếu truyền gen bệnh cho con gái thì con gái cũng sẽ trở thành người mang gen bệnh.

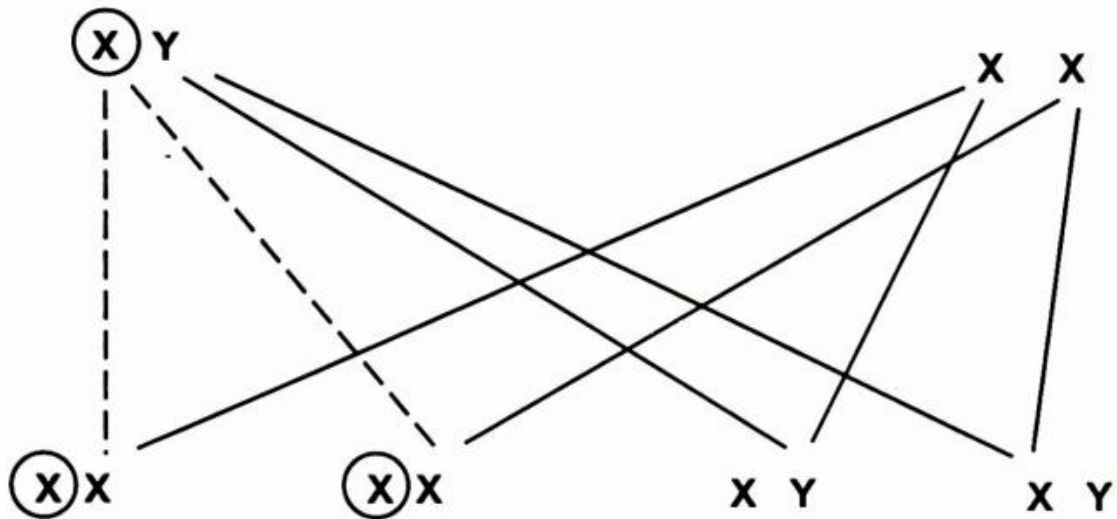
- Người phụ nữ có hai nhiễm sắc thể X nên những con trai và con gái nhận nhiễm sắc thể X bình thường sẽ không bị bệnh và cũng không mang gen bệnh hemophilia. Khả năng mắc bệnh và mang gen của con trai và con gái khi mẹ mang gen hemophilia được trình bày ở sơ đồ.

- + Khả năng sinh con trai không mắc bệnh là 50%.
- + Khả năng sinh con trai mắc bệnh hemophilia là 50%.
- + Khả năng sinh con gái bình thường không mang gen bệnh là 50%
- + Khả năng sinh con gái mang gen hemophilia là 50%.



Sơ đồ 1. Khả năng truyền hemophilia khi mẹ mang gen bệnh

- Trường hợp bố bị hemophilia và mẹ bình thường thì sẽ sinh ra tất cả con gái là người mang gen bệnh còn tất cả con trai không bị hemophilia.
- + Tất cả con gái là người mang gen bệnh.
- + Tất cả con trai bình thường không bị hemophilia.



Sơ đồ 2. Khả năng truyền hemophilia khi bố bị bệnh, mẹ bình thường

- Trường hợp hiếm gặp: bố bị hemophilia, mẹ là người mang gen bệnh. Trường hợp này có thể sinh ra con gái bị hemophilia vì mang 2 nhiễm sắc thể X bệnh.

3. MỘT SỐ THỂ BỆNH

- Hemophilia A: là bệnh do thiếu yếu tố VIII, chiếm gần 85% các trường hợp hemophilia (có tỷ lệ khoảng 1/5000 trẻ trai).
- Hemophilia B: thiếu yếu tố IX (chiếm gần 14% các trường hợp).
- Hemophilia C: thiếu yếu tố XI và các thể khác khoảng 1%.

4. TỶ LỆ MẮC BỆNH

Qua các điều tra, tỷ lệ mắc bệnh hemophilia gần giống nhau ở các vùng, các nước đó là khoảng 50 đến 60 người mắc bệnh trên 1 triệu dân. Ở Việt Nam, ước tính toàn quốc có khoảng 5000 người bệnh nhưng chỉ mới phát hiện và điều trị khoảng 20% các trường hợp.

5. Hậu quả của bệnh

Bệnh đa phần nặng, điều trị khó khăn, nhiều nơi chưa phát hiện được, xử trí sai hay không có điều kiện điều trị nên tỷ lệ bệnh nhân tàn phế cao.

6. TRIỆU CHỨNG

6.1. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng là chảy máu khó cầm ở nhiều bộ phận của cơ thể có các hình thức:

- Máu chảy khó cầm ở vết thương: đứt tay, chân, nhổ răng, bầm tụ máu khi bị ngã.
- Khối máu tụ ở khớp, ở cơ: thường xuất hiện nhiều lần có tính lặp lại bầm tím (đặc biệt các vết bầm có sưng nề), đỏ, hoặc căng đau ở một vùng cơ thể, đặc biệt là cơ hoặc khớp (như đầu gối). .
- Chảy máu ở niêm mạc: đái máu, đi ngoài ra máu, chảy máu chân răng, chảy máu mũi.
- Mức độ, độ tuổi bắt đầu xuất hiện chảy máu tùy theo mức độ bệnh gọi là thể nặng nhẹ.
- Vị trí chảy máu:
 - + Nhiều nhất là tụ máu khớp (70 - 80%) trong đó khớp gối là hay gặp nhất (50-80%) rồi đến khớp khuỷu, cổ chân và khớp háng.
 - + Khối máu tụ trong cơ và dưới da (10 - 20%)
 - + Chảy máu vị trí khác (5 - 15%).
 - + Biến dạng khớp, teo cơ: do chảy máu nhiều lần.

6.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Thời gian máu chảy, số lượng tiểu cầu, thời gian thrombin bình thường.
- Thời gian máu đông kéo dài.
- Định lượng VIII, IX giảm (tùy theo từng thể).

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

- Có triệu chứng lâm sàng ở trên: chú ý chảy máu tái đi, tái lại nhiều lần.
- Tiền sử: bản thân và gia đình: (bản thân bị nhiều lần, gia đình có anh, em, cậu; dì bị bệnh).
- Xét nghiệm:
 - + Thời gian máu đông kéo dài.

+ Định lượng yếu tố VIII, IX: giảm dưới 30% (Nhiều khi thời gian máu đông bình thường do xét nghiệm này kém nhạy).

+ Các xét nghiệm: thời gian máu chảy.

7.2. Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt với các bệnh có chảy máu khác.

- Xuất huyết do giảm tiểu cầu: dễ phân biệt, đây là bệnh thường gặp ở nữ, biểu hiện là chảy máu dưới da, xét nghiệm có tiểu cầu giảm, thời gian máu chảy kéo dài.

- Rối loạn đông máu do tiêu thụ yếu tố đông máu: gặp ở cả nam và nữ thường là biểu hiện rối loạn đông máu do một số bệnh khác như nhiễm trùng, chấn thương nặng.

8. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Tùy theo thể bệnh: hemophilia A, hay B.

- Tùy theo mức độ bệnh: nhẹ, vừa, nặng.

Tùy theo yếu cầu: bệnh nhân đang chảy máu nặng, cần cầm máu, cần phẫu thuật.

- Điều trị sớm (ngay khi có chấn thương với thể nhẹ) điều trị dự phòng với thể nặng, phối hợp chăm sóc tốt bệnh nhân.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi bệnh
- Quan sát bệnh nhân
- Thăm khám bệnh nhân
- Xem xét các kết quả cận lâm sàng

9.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Xuất huyết da niêm do giảm tiểu cầu
- Thiếu oxy mô do xuất huyết
- Vấn đề dinh dưỡng
- Bệnh nhân không biết ngăn ngừa và hạn chế sự tiến triển của bệnh

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm xuất huyết da, niêm
- Giảm thiếu oxy mô
- Tăng cường dinh dưỡng
- Giáo dục sức khỏe

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Giảm xuất huyết da, niêm

- + Bệnh nhân nghỉ ngơi, tránh va chạm, gãi, dùng gòn lau răng
- + Không tiêm dưới da và tiêm bắp
- + Thực hiện truyền tiểu cầu khi có chỉ định
- + Thực hiện thuốc theo y lệnh

- Giảm thiếu oxy mô

- + Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường khi có thiếu máu, xuất huyết
- + Nằm đầu thấp, thở oxy
- + Hạn chế những hoạt động không cần thiết
- + Thực hiện truyền máu khi có chỉ định
- + Theo dõi da mien, nhịp thở, SpO₂...

- Tăng cường dinh dưỡng

- + Chế độ ăn giàu calo (2500-3000 calo/ngày)
- + Cung cấp nhiều vitamin
- + Tránh thức ăn nhiều xơ cứng vì sợ cọ sát gây xuất huyết
- + Ăn thức ăn mềm, chia nhiều bữa nhỏ trong ngày

- Giáo dục sức khỏe

- + Nghỉ ngơi khi bệnh tiến triển
- + Tránh va chạm, tiêm chích dưới da, tiêm bắp
- + Không ăn thức ăn xơ cứng
- + Theo dõi sức khỏe thường xuyên tại các cơ sở y tế.

9.5. Đánh giá: Những kết quả mong muốn là:

- Bệnh nhân không còn xuất huyết.
- Bệnh nhân không còn dấu hiệu thiếu máu, đảm bảo đủ Oxy.
- Bệnh nhân đủ dinh dưỡng.
- Bệnh nhân không còn lo lắng.

B. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU

1. ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết giảm tiểu cầu là một tình trạng bệnh lý thường biểu hiện xuất huyết da và niêm, số lượng tiểu cầu dưới 100.000/mm³ (100G/L)

2. NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU

2.1. Giảm số lượng tiểu cầu

2.1.1. Giảm sản xuất

- Bẩm sinh: hội chứng Wiskott-Aldrich, hội chứng Fanconi, hội chứng Bernard-soulier
- Mắc phải: suy tủy thật sự, suy tủy tiêu hao, thiếu vitamin B12, acid folic

2.1.2. Tăng tiêu thụ

- Cơ chế miễn dịch
 - + Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn
 - + Sau truyền máu
 - + Sau nhiễm trùng, nhiễm siêu vi
 - + Sau sinh

- + Thuốc (heparine)
- Cơ chế không liên quan đến miễn dịch (cơ chế tiêu thụ tiểu cầu)
- + Đông máu nội mạch lan tỏa
- + Giảm tiểu cầu huyết khối
- + Hội chứng tán huyết – urê huyết cao...

2.2. Giảm chất lượng tiểu cầu

2.2.1. Bẩm sinh

- Bernard – soulier: thiếu glycoprotein Ib, bệnh di truyền theo gen lặn
- Glanzman liệt tiểu cầu, do thiếu glycoprotein IIb/IIIa
- Bệnh giả Von willebrand thiếu glycoprotein Ib/IX

2.2.2. Mặc phải: thuốc aspirine, clopidogrel...

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Dạng xuất huyết dưới da:

- Chấm xuất huyết
- Ban xuất huyết
- Mảng máu bầm
- Bướu máu

3.2. Tính chất xuất huyết của giảm tiểu cầu

- Đa dạng có thể có bốn dạng trên, nhưng thường có dạng chấm xuất huyết và ban xuất huyết
- Xuất huyết tự nhiên
- Đè ép thì cầm được chảy máu
- Thường xuất huyết ở da và niêm là chính

3.3. Thăm khám

3.3.1. Khám da

Mô tả dạng xuất huyết dưới da. Đặc tính của xuất huyết dưới da là ấn không mất, và thay đổi màu sắc theo thời gian (đỏ tươi – đỏ bầm – tím – xanh – vàng)

3.3.2. Khám niêm

- Niêm mạc mũi: chảy máu cam
- Niêm mạc miệng: chảy máu nướu răng
- Niêm mạc hô hấp: ho ra máu
- Niêm mạc tiêu hóa: ói ra máu, đi cầu phân đen
- Niêm mạc sinh dục: rong kinh, rong huyết
- Niêm mạc tiết niệu: tiểu máu

3.3.3. Nội tạng

Bệnh nhân có thể bị xuất huyết não khi số lượng tiểu cầu $< 20.000/\text{mm}^3$

3.4. Các mức độ của giảm tiểu cầu

- Tiểu cầu < 20.000/mm³: xuất huyết tự nhiên, có thể xuất huyết não và bất cứ nơi nào
- Tiểu cầu 20.000-40.000/mm³: xuất huyết sau một chấn thương nhẹ, ví dụ lau mặt, gãi, hoặc chích thuốc
- Tiểu cầu 40.000-60.000/mm³: xuất huyết sau một chấn thương mạnh như mổ, đụng vào vật cứng
- Tiểu cầu > 60.000/mm³: có thể làm các thủ thuật như chọc dò màng phổi, tủy sống, tiểu phẫu
- Tiểu cầu > 100.000/mm³: có thể trung phẫu và đại phẫu được

4. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

- Giảm số lượng tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu < 100.000/mm³
- Giảm chất lượng tiểu cầu khi:
 - + Lâm sàng có dấu xuất huyết dưới da dạng giảm tiểu cầu
 - + Số lượng tiểu cầu bình thường
 - + Co cục máu: không co
 - + Độ tập trung tiểu cầu kém

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị nâng đỡ

Chỉ định truyền tiểu cầu khi bệnh nhân có xuất huyết tự nhiên (số lượng tiểu cầu < 100.000/mm³)

5.2. Điều trị nguyên nhân

5.3. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn

5.3.1. Điều trị cấp cứu

Truyền tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu < 20.000/mm³ và bệnh nhân có xuất huyết tự nhiên

5.3.2. Điều trị lâu dài

- Bước 1: prednisone
- Bước 2: cắt lách
- Bước 3: ức chế miễn dịch bằng thuốc độc tế bào

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi bệnh
- Quan sát bệnh nhân
- Thăm khám bệnh nhân
- Xem xét các kết quả cận lâm sàng

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Xuất huyết da niêm do giảm tiểu cầu
- Thiếu oxy mô do xuất huyết
- Vấn đề dinh dưỡng
- Bệnh nhân không biết ngăn ngừa và hạn chế sự tiến triển của bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm xuất huyết da, niêm
- Giảm thiếu oxy mô
- Tăng cường dinh dưỡng
- Giáo dục sức khỏe

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- **Giảm xuất huyết da, niêm**
 - + Bệnh nhân nghỉ ngơi, tránh va chạm, gãi, dùng gòn lau răng
 - + Không tiêm dưới da và tiêm bắp
 - + Thực hiện truyền tiểu cầu khi có chỉ định
 - + Thực hiện thuốc theo y lệnh
- **Giảm thiếu oxy mô**
 - + Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường khi có thiếu máu, xuất huyết
 - + Nằm đầu thấp, thở oxy
 - + Hạn chế những hoạt động không cần thiết
 - + Thực hiện truyền máu khi có chỉ định
 - + Theo dõi da mien, nhịp thở, SpO2...
- **Tăng cường dinh dưỡng**
 - + Chế độ ăn giàu calo(2500-3000 calo/ngày)
 - + Cung cấp nhiều vitamin
 - + Tránh thức ăn nhiều xơ cứng vì sợ cọ sát gây xuất huyết
 - + Ăn thức ăn mềm, chia nhiều bữa nhỏ trong ngày
- **Giáo dục sức khỏe**
 - + Nghỉ ngơi khi bệnh tiến triển
 - + Tránh va chạm, tiêm chích dưới da, tiêm bắp
 - + Không ăn thức ăn xơ cứng
 - + Theo dõi sức khỏe thường xuyên tại các cơ sở y tế.

6.5. Đánh giá:

Những kết quả mong muốn là:

- Bệnh nhân không còn xuất huyết.
- Bệnh nhân không còn dấu hiệu thiếu máu, đảm bảo đủ Oxy.
- Bệnh nhân đủ dinh dưỡng.
- Bệnh nhân không còn lo lắng.

III. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH BẠCH CẦU

1. BỆNH BẠCH CẦU CẤP: (Leucemie cấp)

1.1. Định nghĩa

Bệnh bạch cầu cấp là bệnh máu cấp tính, là do sự tăng sinh không kiểm soát của tế bào đầu dòng. Tế bào ác tính sẽ tăng sinh và lấn át những dòng tế bào lành tính của tủy xương. Bệnh nhân sẽ tử vong trong vòng vài tuần đến vài tháng nếu không điều trị.

1.2. Nguyên nhân

Có nhiều giả thuyết:

- Do virus: tế bào bạch cầu bị virus tấn công, sản sinh không ngừng, cấu trúc và màng tế bào thay đổi, mất khả năng biệt hóa và trưởng thành.

- Do nhiễm chất phóng xạ.

- Do hóa chất độc: Benzen, Toluen, thạch tín vô cơ.

- Do yếu tố di truyền: trong gia đình có nhiều người mắc ung thư thì tỉ lệ mắc bạch cầu cấp cao gấp 4 lần.

- Phần lớn chưa rõ nguyên nhân, được cho là bệnh tự miễn dịch.

1.3. Cơ chế bệnh sinh

Ở mức độ phân tử, bạch cầu cấp là một tiến trình có nhiều bước đòi hỏi hai sự kiện khác nhau là ức chế sự biệt hóa tế bào và gia tăng sự tăng sinh tế bào.

Tế bào ác tính tăng sinh và lấn át dòng tế bào lành tính trong tủy. Tế bào ác tính ra máu ngoại biên đến thâm nhiễm các cơ quan như: gan, lách, hạch, hệ thần kinh, xương khớp.

Bệnh nhân bạch cầu cấp có bất thường về nhiễm sắc thể. Có đến 90% bệnh nhân bệnh bạch cầu cấp có rối loạn nhiễm sắc thể.

1.4. Triệu chứng

1.4.1. Lâm sàng

1.4.1.1. Biểu hiện lâm sàng thường biểu hiện suy tủy

- Thiếu máu: thường là thiếu máu mãn, mức độ từ nhẹ đến nặng và thiếu máu diễn tiến nhanh từ 1 - 2 tháng.

- Xuất huyết: là do giảm tiểu cầu. Biểu hiện xuất huyết dưới da, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, xuất huyết tiêu hóa, rong kinh. Giảm tiểu cầu mức độ nặng có thể gây xuất huyết não. Ở bệnh nhân bạch cầu cấp dòng tiến tủy bào (AML M₃) thường có bệnh cảnh đông máu nội mạch lan tỏa.

- Nhiễm trùng: do giảm bạch cầu hạt. Nhiễm trùng vùng miệng như: lở loét miệng, viêm họng, viêm đường hô hấp, viêm phổi, nhiễm trùng đường tiêu hóa như viêm ruột, nhiễm trùng da từ chỗ tiêm chích, vết trầy, nhiễm trùng vùng tăng sinh môn.

- Sốt: bệnh nhân có thể không sốt hoặc sốt từ nhẹ đến sốt cao. Sốt có thể do nhiễm trùng hoặc sốt do bệnh lý ác tính.

1.4.1.2. Biểu hiện của sự tăng sinh tế bào ác tính

- Ú trệ bạch cầu ở não gây lú lẫn, nhìn mờ, hôn mê. Biểu hiện ú trệ bạch cầu ở phổi là bệnh nhân thờ nông, suy hô hấp. Tăng độ nhớt của máu làm bệnh nhân nhức đầu, lú lẫn, hôn mê, suy chức năng các cơ quan.

- Thâm nhiễm các tế bào ác tính làm cho gan to, lách to, hạch to. Hạch to trong bệnh bạch cầu cấp thường là hạch cổ hoặc là hạch toàn thân. Kích thước từ 1 - 2 cm, đối xứng, hạch có thể đau, ít di động.

- Thâm nhiễm vào da gây nốt cục dưới da, thâm nhiễm vào nướu răng, thâm nhiễm vào thần kinh gây mù mắt, lòi mắt, sụp mi, liệt nửa người, thâm nhiễm vào màng não gây viêm màng não do tế bào ác tính, thâm nhiễm vào xương gây đau nhức xương khớp.

- Sụt cân: có thể sụt cân.

- Vào lúc chẩn đoán bệnh, các nghiên cứu cho thấy thận bị tổn thương trong 25% trường hợp, ống tiêu hóa bị tổn thương 5%, tim bị tổn thương 2%.

- Sau khi tử vong, tử thiét cho thấy tất cả các cơ quan đều thâm nhiễm tế bào ung thư.

1.4.2. Cận lâm sàng

- Hồng cầu: 90% có thiếu máu đẳng sắc. Đôi khi có hồng cầu to do sinh máu không hiệu quả. Hồng cầu lưới giảm.

- Bạch cầu: số lượng bạch cầu tăng trong 60% trường hợp. Có 15% số lượng bạch cầu bình thường, 25% số lượng bạch cầu giảm, có thể thấy tế bào non ra máu ngoại biên.

- Tiểu cầu: giảm trong 90% trường hợp, 40% cas số lượng tiểu cầu giảm < 50.000/mm³.

- Tủy đồ

+ Chọc tủy ở mào chậu trước trên, mào chậu sau trên hoặc xương ức. Chọc tủy làm tủy đồ xem hình thái tế bào, nhuộm hóa tế bào, miễn dịch tế bào.

+ Theo FAB thì cần ít nhất $\geq 30\%$ tế bào blast trong tủy mới chẩn đoán xác định bạch cầu cấp. Theo WHO, chỉ định cần $\geq 20\%$ là chẩn đoán xác định bạch cầu cấp.

- Sinh thiết tủy: cho biết cấu trúc tủy xương, xem hình thái tế bào, nhuộm hóa tế bào, dấu ấn miễn dịch tế bào. Theo WHO thì dựa vào hình thái và bất thường nhiễm sắc thể.

- Acid uric máu: thường tăng cao (> 7 mg/dl).

- Ion đồ: có thể tăng calci máu.

- Các xét nghiệm khác

+ ECG, siêu âm tim.

+ X - quang phổi

+ Siêu âm bụng,...

1.5. Điều trị (tham khảo)

- Dùng thuốc chống ung thư và ức chế miễn dịch để ức chế tăng sinh dòng bạch cầu non:

+ Vincristin hoặc Lecrocristin, Myleran.

+ Prednisolon 5mg × 6 - 10 viên/24 giờ, uống sau ăn.

- Truyền máu cùng nhóm nếu thiếu máu nhiều:

+ Có thể truyền máu tươi toàn phần.

+ Có thể truyền khối hồng cầu hoặc tiểu cầu.

- Cho uống thêm các loại thuốc hỗ trợ tạo hồng cầu như: Vitamin C, Vitamin B₆, viên sắt.

- Hạ sốt: Paracetamol: 0,5g × 2 viên/24 giờ.

- Chống nhiễm khuẩn: cho kháng sinh thích hợp tùy theo cơ quan bị nhiễm khuẩn và loại vi khuẩn gây bệnh.

2. BỆNH BẠCH CẦU KINH: (Leucemie kinh dòng hạt)

2.1. Đại cương

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

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

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

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

2.2. Triệu chứng

2.2.1. Lâm sàng

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

- Lách to rất điển hình quá rốn đến mào chậu, mật độ chắc, có bờ răng cưa. Gặp ở hơn 90% số bệnh nhân.

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

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

- Gan to 1 - 2cm dưới bờ sườn phải.

- Gầy sút cân.

- Rối loạn tiêu hóa, ăn kém.

- Nghe tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng.

- Hạch to: ở cổ hoặc bẹn.

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

- Các triệu chứng khác ít gặp hơn: đau khớp, tắc mạch, vàng da nhẹ, suy tim gặp ở giai đoạn chuyển dạng cấp, máu tinh hoàn to.

2.2.2. Cận lâm sàng

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Tiến triển và biến chứng

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

- Tắc mạch nhiều nơi như não, lách...

- Vỡ lách.

- Nhiễm khuẩn.

- Suy kiệt cơ thể.

- Xuất huyết khi số lượng tiểu cầu giảm.

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

2.4. Điều trị

2.4.1. Giai đoạn kinh điển

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

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

+ Busulfan: (các biệt dược: Misulban, Myleran, Myelos canner): loại thuốc này có hiệu lực nhất thời đối với bệnh bạch cầu kinh dòng hạt và rất dễ dung nạp.

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

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

- Một số biện pháp khác:

+ Gạn bạch cầu.

+ Cắt bỏ lá lách.

+ Miễn dịch trị liệu.

+ Quang tuyến liệu pháp và Phospho phóng xạ.

+ Phương pháp ghép tủy xương và tự ghép tủy bản thân cho bệnh bạch cầu kinh dòng hạt, hiện nay một số nước Châu Âu đang tiến hành nhưng kết quả còn quá ít.

2.4.2. Giai đoạn chuyển cấp: áp dụng điều trị như bệnh bạch cầu cấp.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH BẠCH CẦU

3.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi bệnh nhân:

+ Mắc bệnh từ bao giờ?

+ Có sốt không, sốt liên tục hay sốt cơn?

+ Có hoa mắt chóng mặt, hồi hộp đánh trống ngực? Mệt nhọc?

+ Có các biểu hiện chảy máu như chảy máu cam, chảy máu chân răng, xuất huyết ngoài da không?

+ Có tiếp xúc với chất độc hóa học, với tên lửa hoặc radar không?

- Nhận định thực thể:

+ Da xanh, niêm mạc môi, lưỡi có nhợt, lòng bàn tay, móng tay nhợt?

+ Trên da có chấm, nốt xuất huyết?

+ Mạch, nhịp tim có nhanh không?

+ Gan, lách, hạch có to không? Đặc điểm của lách to?

- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:

+ Số lượng hồng cầu, tiểu cầu có giảm? Bạch cầu non có tăng?

+ Tủy đồ: số lượng tế bào tủy, thành phần tế bào tủy?

+ Các xét nghiệm khác?

3.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Giảm cung cấp oxy và dinh dưỡng tới các cơ quan tổ chức do giảm số lượng hồng cầu.

- Tăng thân nhiệt do nhiễm khuẩn.

- Tăng quá trình xuất huyết toàn thân do giảm tiểu cầu.
- Bệnh nhân lo lắng về bệnh tật do bệnh tiến triển quá nhanh.

3.3. Kế hoạch chăm sóc

- Cải thiện khả năng cung cấp oxy và dinh dưỡng tới các tổ chức.
- Giảm thân nhiệt và hết nhiễm khuẩn.
- Làm giảm và hạn chế xuất huyết.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.

3.4. Thực hiện chăm sóc

3.4.1. Cải thiện cung cấp oxy và dinh dưỡng tổ chức

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường trong buồng bệnh yên tĩnh, nằm đầu thấp, chân cao, thay đổi tư thế phải từ từ, đi lại phải có người trợ giúp.

- Thực hiện y lệnh:

+ Lấy máu xét nghiệm, phụ giúp bác sỹ, hỗ trợ người bệnh khi làm huyết đồ, tủy đồ.

+ Nếu số lượng hồng cầu giảm nhiều (< 2 triệu/mm³) phải truyền máu tươi cùng nhóm máu theo y lệnh.

+ Khi truyền máu phải theo dõi mạch, huyết áp, trạng thái tinh thần bệnh nhân.

Thực hiện nghiêm túc quy trình truyền máu.

+ Cho bệnh nhân uống các loại thuốc hỗ trợ hồng cầu như Vitamin C, Vitamin B₆, viên sắt.

- Chế độ ăn:

+ Ăn nhẹ, thức ăn dễ tiêu hóa hấp thu, ăn thức ăn có nhiều calo, thêm các loại rau quả tươi.

+ Ăn chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày.

3.4.2. Giảm thân nhiệt và làm hết nhiễm khuẩn

- Vệ sinh răng miệng thật tốt, có thể nước muối sinh lý để súc miệng, nếu loét miệng phải lau bằng khăn vải mềm.

- Vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục bằng nước ấm, thay quần áo, drap trải giường thường xuyên.

- Thực hiện y lệnh:

+ Hạ sốt: Paracetamol 0,5g × 2 viên/24 giờ.

+ Kháng sinh: Penicillin G, Cephalexin, Ampicillin,....

+ Thuốc chống ung thư để ức chế bạch cầu non: Prednisolon, Vincristine.

Chú ý: khi sử dụng thuốc chống ung thư phải theo dõi những tác dụng không mong muốn có thể xảy ra như đau dạ dày, tụt huyết áp, rụng tóc, buồn nôn,...nếu có tạm thời ngừng thuốc và báo cáo bác sỹ.

3.4.3. Làm giảm xuất huyết và hạn chế xuất huyết tái phát:

- Hạn chế sử dụng các loại thuốc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.
- Tránh va chạm làm tổn thương da như đứt tay, đứt chân.
- Nếu có sốt đau đầu không nên uống Aspirin.
- Thực hiện y lệnh: Vitamin C, Rutin C 4 viên/24 giờ (Làm bền vững thành mạch)

tốt nhất là truyền máu vì trong máu có tiểu cầu.

3.4.4. Giảm lo lắng cho bệnh nhân và giáo dục sức khỏe

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm, kiên trì. Tạo cho bệnh nhân tinh thần thoải mái, gần gũi bệnh nhân, khuyến khích bệnh nhân tham gia vào chế độ điều trị.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu các triệu chứng của bệnh, một số tác dụng phụ của thuốc để bệnh nhân theo dõi và thực hiện giữ gìn vệ sinh thân thể suốt quá trình bệnh và giữ gìn da không để xuất huyết bằng cách tránh va chạm.

- Hướng dẫn cho gia đình chăm sóc bệnh nhân chu đáo, nhất là chế độ ăn có nhiều protid như thịt, trứng, sữa,...Chế biến hợp khẩu vị, chia nhiều bữa trong ngày, ăn nhiều quả tươi.

- Giáo dục cho những người thân trong gia đình, nếu làm trong các nhà máy hóa chất, sử dụng thuốc trừ sâu, tiếp xúc với máy x-quang,...phải có bảo hộ lao động phù hợp để phòng ngừa.

3.5. Lượng giá

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, điều dưỡng phải so sánh các triệu chứng hiện tại với các triệu chứng ban đầu xem bệnh có tiến triển tốt lên hay xấu đi để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc: biểu hiện tốt lên gồm:

- Bệnh nhân hết sốt, đỡ mệt, đỡ hoa mắt chóng mặt.
- Hết xuất huyết, hết nhiễm khuẩn.
- Hiểu và yên tâm điều trị, tham gia theo dõi bệnh./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Thalassemia là một bệnh thiếu máu do:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| A. Xuất huyết cấp tính | B. Xuất huyết mạn tính |
| C. Hồng cầu bị phá hủy | D. Tất cả đều đúng |

2. Thalassemia có các triệu chứng nào sau đây?

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| A. Da xanh, niêm nhạt | B. Mạch nhanh |
| C. Khó thở khi gắng sức | D. Tất cả đều đúng |

3. Thành phần nào của máu truyền cho bệnh thalassemia thiếu máu là tốt?

- | | |
|-------------|----------------|
| A. Tiểu cầu | B. Hồng cầu |
| C. Bạch cầu | D. Huyết tương |

4. Khi chăm sóc bệnh nhân thalassemia cần nhận định những vấn đề sau, ngoại trừ:

- | | |
|-----------------|-----------|
| A. Da, niêm mạc | B. Nôn ói |
|-----------------|-----------|

15. Phương pháp điều trị thông dụng cho bệnh nhân bệnh bạch cầu mãn tính là:

- A. Gạn bạch cầu
- B. Cắt bỏ lách.
- C. Hóa học trị liệu
- D. Miễn dịch trị liệu

16. Hạn chế mắc bệnh bạch cầu cần:

- A. Bảo vệ môi trường, chống ô nhiễm hóa chất và chất phóng xạ
- B. Sử dụng đúng hóa chất, thuốc trừ sâu, thuốc hóa học trị bệnh
- C. Phải có bảo hộ lao động tốt cho công nhân thường xuyên tiếp xúc với hóa chất độc, tia phóng xạ
- D. Cả ba biện pháp trên

17. Biện pháp đơn giản và hiệu quả để tránh nguy cơ nhiễm trùng cho bệnh nhân bệnh bạch cầu là:

- A. Vệ sinh cơ thể nhất là răng miệng thật tốt
- B. Cắt móng tay
- C. Thường xuyên sử dụng kháng sinh
- D. Câu A, C đúng

Chương 7

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH NỘI TIẾT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

1.1. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh basedow.

1.2. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh đái tháo đường.

2. Kỹ năng

2.1. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân basedow.

2.2. Trình bày được cách nhận định, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, bài báo cáo, phát biểu ý kiến trong học tập.

NỘI DUNG

I. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BASEDOW

1. ĐẠI CƯƠNG

Basedow là một trong những bệnh lý cường giáp thường gặp trên lâm sàng với các biểu hiện chính nhiễm độc giáp kèm bướu giáp lớn lan tỏa, lồi mắt và tổn thương ở ngoại biên.

Bệnh Basedow mang nhiều tên gọi khác nhau bệnh Graves, bệnh Parry, bệnh bướu giáp độc lan tỏa, bệnh cường giáp tự miễn. Nhờ sự tiến bộ của miễn dịch học, ngày càng nhiều kháng thể hiện diện trong huyết tương người bệnh được phát hiện, vì thế hiện nay bệnh được xếp vào nhóm bệnh liên quan tự miễn.

2. NGUYÊN NHÂN

Cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, nhưng thường thấy những yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh Basedow là:

- Yếu tố thần kinh và tinh thần (hay gặp hàng đầu): xúc cảm mạnh như tang tóc, bất hòa, quá đau buồn,... dễ sinh bệnh.

- Giai đoạn biến đổi sinh dục nữ như: dậy thì, sinh đẻ, mãn kinh.

- Nhiễm trùng nhiễm độc như: nhiễm trùng máu, viêm phổi,....

- Dùng Iod kéo dài để chữa bướu cổ đơn thuần mà không có sự kiểm tra của bác sĩ chuyên khoa.

- Bướu cổ đơn thuần bị Basedow hóa.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng: (trường hợp điển hình)



* *Gồm 5 triệu chứng chính:*

- Bướu cổ:

- + Thường bướu độ II, to đều cả hai bên.
- + Sờ vào chắc, sờ có rung miêu.
- + Phần lớn bướu mạch, có khi bướu nhân, hoặc bướu giáp ngầm.
- + Nghe có tiếng thổi tâm thu hoặc tiếng thổi liên tục ngoài bướu.

- Tim mạch:

- + Nhịp tim nhanh thường xuyên.
- + T₁ mạnh, nghe có tiếng thổi tâm thu cơ năng.
- + Huyết áp tối đa tăng.

- Mắt lồi:

- + Có khi mắt sáng long lanh.
- + Có khi mắt lồi quá không nhắm kín được, mi mắt phù nề.

- Run tay: run tay không theo ý muốn, run khi xúc động.

- Gầy sút cân: tuy ăn khỏe nhưng vẫn sút cân, 3 tháng sút khoảng 5 kg.

* *5 triệu chứng phụ: (hay gặp)*

- Rối loạn tinh thần và thần kinh thực vật:

- + Hồi hộp đánh trống ngực, dễ xúc cảm, khó tính, hay cáu gắt.
- + Mất ngủ, hoặc ngủ không yên giấc, hay ngủ mơ.
- + Sợ nóng, sợ lạnh.
- + Hay bốc hỏa từ chân lên mặt.
- + Ra mồ hôi nhiều nhất là lòng bàn tay, bàn chân, da nóng và ẩm.

- Rối loạn về cơ: đi bộ hoặc làm việc bằng cơ bắp hay chóng mặt.

- Rối loạn tiêu hóa: tiêu lỏng, phân sống.

- Rối loạn nội tiết: phụ nữ kinh nguyệt ít hoặc mất kinh.

- Có hội chứng ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều.

3.2. Cận lâm sàng

- Đo chuyển hóa cơ bản tăng > 30%.
- Đo độ tập trung Iod phóng xạ (I^{131}) tăng cao ở giờ thứ 6.
- Định lượng T_3 , T_4 tăng.
- Cholesterol máu giảm.
- Đường máu có thể tăng.

4. BIẾN CHỨNG: có 4 nhóm biến chứng:

- Biến chứng về tim mạch:
 - + Loạn nhịp tim: loạn nhịp nhanh đều, loạn nhịp không đều.
 - + Suy tim trái.
- Nhiễm khuẩn: lao phổi, abscess phổi,...
- Suy kiệt cơ thể.
- Con cường giáp trạng cấp là biến chứng nguy kịch nhất.

5. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

- Thuốc ngăn cản sự tổng hợp Thyroxin: dùng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp như:
 - + MTU (Methylthiouracil) 25mg × 8 - 12 viên/24 giờ.
- Hoặc:
 - + PTU (Propylthiouracil) 25mg × 3 - 6 viên/24 giờ.
 - + Basdene 100mg × 2 - 3 viên/24 giờ.

Khi triệu chứng lâm sàng giảm, chuyển hóa cơ bản và tần số mạch trở về gần bình thường thì dùng liệu duy trì. Thời gian điều trị tổng cộng 12 - 18 tháng.

- Thuốc điều trị biến chứng:
 - + Nhịp tim nhanh cho Propranolol.
 - + Nhiễm khuẩn cho kháng sinh.
 - + Suy kiệt: truyền đạm.
 - + Con cường giáp: điều trị con cường giáp.

Điều trị 18 tháng không khỏi hoặc tái phát thì điều trị bằng Iod phóng xạ hoặc mổ cắt phần tuyến giáp.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi bệnh nhân:
 - + Bệnh từ bao giờ? Có hồi hộp đánh trống ngực không?
 - + Có khó thở hay không? Có hay cáu gắt không?
 - + Có mất ngủ không?
 - + Có cảm giác bốc nóng, có ra mồ hôi ở tay, ở người không?
 - + Có mệt khi đi lại nhiều không?
 - + Kinh nguyệt có rối loạn không?

- + Ăn có khỏe, uống có nhiều không? Nuốt có vướng không?
- Nhận định thực tế:
 - + Cơ thể gầy, cân nặng bao nhiêu?
 - + Da có ẩm và nóng không?
 - + Bướu cổ to độ mấy?
 - + Nhịp tim, mạch nhanh bao nhiêu? Huyết áp tâm thu có tăng không?
 - + Mắt có lồi, có sáng long lanh không?
 - + Tay có run không?

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Thần kinh và tinh thần không ổn định do tuyến cường giáp.
- Thiếu hụt về dinh dưỡng do tăng chuyển hóa cơ bản.
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng do cường giáp.
- Người bệnh thiếu hiểu biết về bệnh basedow.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Ổn định tinh thần cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Người bệnh không xảy ra các biến chứng.
- Tăng cường hiểu biết kiến thức cho bệnh nhân về bệnh tật.

6.4. Thực hiện chăm sóc

6.4.1. Giúp ổn định tinh thần cho bệnh nhân

- Để bệnh nhân ở phòng thoáng mát, yên tĩnh, tốt nhất là buồng riêng.
- Nói năng, giao tiếp với bệnh nhân nhẹ nhàng để bệnh nhân yên tâm điều trị (nếu phải mổ thì phải giải thích nhiều lần cho bệnh nhân yên tâm tin tưởng vào cuộc mổ)
- Nếu ra nhiều mồ hôi thì phải hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh thân thể: tắm, gội, bằng nước sạch, thay quần áo, thay drap trải giường.
- Thực hiện y lệnh:

+ Cho bệnh nhân uống thuốc kháng giáp trạng tổng hợp:

MTU (Methylthiouracil) 25mg sau khi ăn.

Hoặc:

PTU, Basden.

+ Bệnh nhân hồi hộp đánh trống ngực: Propranolon 40mg.

+ Mất ngủ: Seduxen 5mg.

Chú ý: khi thực hiện y lệnh thuốc kháng giáp trạng tổng hợp cho bệnh nhân phải theo dõi công thức máu, hiện tượng chán ăn, vàng da cho bệnh nhân vì thuốc ảnh hưởng tới sinh sản của tủy gây giảm bạch cầu và ảnh hưởng đến chức năng gan.

6.4.2. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Bệnh nhân phải nghỉ ngơi, tránh đi lại nhiều để tiết kiệm năng lượng, nếu điều trị ngoại trú không được lao động nặng.

- Chế độ ăn, uống:

+ Chọn thức ăn giàu calo: thịt, trứng, sữa,...

+ Ăn lạnh, uống nước lạnh.

+ Không ăn uống các chất kích thích thần kinh.

- Thực hiện y lệnh:

+ Cho bệnh nhân uống hoặc tiêm liều cao Vitamin nhóm B.

+ Bệnh nhân suy kiệt quá cho truyền đạm.

- Sau một tuần theo dõi cân nặng để biết kết quả điều trị.

6.4.3. Ngăn ngừa các biến chứng

- Hàng ngày điều dưỡng phải theo dõi sát các dấu hiệu lâm sàng đặc biệt: mạch, huyết áp, nhịp thở, trạng thái tinh thần.

- Thực hiện đầy đủ và nghiêm túc các y lệnh xét nghiệm, các y lệnh điều trị.

- Nếu thấy có những diễn biến bất thường phải kịp thời báo cáo bác sỹ, trợ giúp bác sỹ xử lý kịp thời.

6.4.4. Tăng cường hiểu biết cho bệnh nhân về bệnh

- Giải thích cho bệnh nhân Basedow hiểu biết về bệnh của mình, nếu điều trị tích cực bệnh sẽ ổn định và tránh được các biến chứng, giúp bệnh nhân bớt lo lắng và yên tâm điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh biết cách dùng thuốc theo sự chỉ dẫn của thầy thuốc chuyên khoa khi về điều trị ngoại trú.

- Hướng dẫn bệnh nhân chọn thức ăn phù hợp với bệnh tật, lao động nhẹ nhàng khi điều trị ngoại trú tại nhà.

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách tự theo dõi để phát hiện các biến chứng của bệnh như theo dõi mạch, cân nặng,... để đến khám bác sỹ và điều trị kịp thời khi thấy bất thường.

6.5. Lượng giá

Sau khi thực hiện chăm sóc, điều dưỡng phải đánh giá các triệu chứng hiện tại so với triệu chứng ban đầu xem có cải thiện không? Kết quả mong muốn ở người bệnh là:

- Tinh thần và thần kinh ổn định, ngủ được ngon giấc.

- Tần số mạch trở về bình thường.

- Đỡ mệt, lên cân.

- Yên tâm và tuân thủ chế độ điều trị lâu dài./.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Đái tháo đường là một bệnh tăng đường kính diễn với rối loạn chuyển hóa glucid do thiếu Insulin hoặc không sử dụng được Insulin biểu hiện bằng đường trong máu tăng và nếu quá ngưỡng thận thì có đường trong nước tiểu.

2. PHÂN LOẠI

- Đái tháo đường type I: phá hủy tế bào β do tự miễn, thường dẫn đến thiếu Insulin tuyệt đối.

- Đái tháo đường type II: do mất dần khả năng tiết Insulin của tế bào β trên nền tăng tăng đề kháng Insulin.

- Đái tháo đường do thai kỳ: được phát hiện vào tam cá nguyệt thứ 2 thứ 3 của thai kỳ, mà trước khi mang hai không tiểu đường thật sự.

- Đái tháo đường đặc trưng do những nguyên nhân khác:

+ Hội chứng đái tháo đường đơn gen (ĐTĐ sơ sinh,...)

+ Bệnh của tuyến tụy

+ Do thuốc hay hóa chất (sử dụng corticoid trong điều trị HIV/AIDS hay sau khi ghép tạng).

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

3.1. Cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường type I

Đái tháo đường type I là một thể bệnh nặng. Nguyên nhân là do tế bào β của tiểu đảo Langerhans bị tổn thương gây nên tình trạng thiếu Insulin tuyệt đối. Bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi trẻ < 40 tuổi.

- Cơ chế qua trung gian miễn dịch:

+ Quá trình tổn thương tế bào β là quá trình tự miễn dịch. Những cá nhân có tính miễn cảm di truyền sẽ tăng nguy cơ đái tháo đường type I sau một tấn công của môi trường bên ngoài như (virus quai bị, sởi, coxsackie B4 và B5, retro loại C).

+ Các yếu tố môi trường trên sẽ tấn công những cá thể có tổ bẩm di truyền đối với đái tháo đường type I. Chỉ một tổn thương rất nhỏ của tế bào β cũng làm giải phóng ra kháng nguyên, kích thích cơ thể sinh tự kháng thể gây hoạt hoá phản ứng viêm tiểu đảo tự miễn.

- Cơ chế không qua trung gian miễn dịch:

Một số ít trường hợp đái tháo đường type I không tìm thấy nguyên nhân, không có liên quan với HLA (human leucocyte antigen) nhưng có yếu tố di truyền rất rõ.

3.2. Cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường type II

Bình thường Insulin có vai trò quan trọng trong việc duy trì sự hằng định của glucose máu. Glucose máu tùy thuộc vào sự tiết Insulin, thu nạp Insulin ở các mô ngoại vi và ức chế chuyển glucogen thành glucose ở gan.

Cơ chế sinh lý bệnh liên quan mật thiết với nhau trên những bệnh nhân đái tháo đường type II là rối loạn tiết Insulin và sự đề kháng Insulin.

Nhiều nghiên cứu cho thấy ở những bệnh nhân đái tháo đường type II không thừa cân có biểu hiện giảm tiết Insulin là chính, ngược lại đái tháo đường type II có béo phì thì tình trạng kháng Insulin lại là chính.

- Rối loạn tiết Insulin:

Khi mới bị đái tháo đường type II thì Insulin có thể bình thường hoặc tăng lên nhưng tốc độ tiết Insulin chậm và không tương xứng với mức tăng của glucose máu. Nếu glucose máu vẫn tiếp tục tăng thì ở giai đoạn sau, tiết Insulin đáp ứng với glucose sẽ trở nên giảm sút hơn. Nguyên nhân là do ảnh hưởng độc của việc tăng glucose máu đối với tế bào β .

- Kháng Insulin: là tình trạng giảm hoặc mất tính nhạy cảm của cơ quan đích với Insulin.

+ Cơ chế của kháng Insulin hiện nay chưa rõ. Tuy nhiên người ta thấy rằng: khả năng là do bất thường tại các vị trí trước, sau và ngay tại thụ thể Insulin ở mô đích. Giảm số lượng thụ thể Insulin là yếu tố bất thường tại thụ thể hoặc có kháng thể kháng thụ thể Insulin là yếu tố ức chế trước thụ thể.

+ Do giảm hoạt tính của tyrosine kinase của vùng sau thụ thể Insulin làm cho Insulin khi gắn vào thụ thể không phát huy được tác dụng sinh học. Vì vậy không kích thích được việc vận chuyển glucose vào tế bào. Mặt khác sự tăng tiết các hormon đối kháng với Insulin như: GH (growth hormon - hormon tăng trưởng), glucocorticoid, catecholamin, thyroxin đều gây ảnh hưởng sau thụ thể Insulin.

+ Insulin kiểm soát cân bằng đường huyết qua 3 cơ chế phối hợp, mỗi cơ chế rối loạn có thể là nguyên nhân dẫn đến kháng Insulin:

- Insulin ức chế sản xuất glucose từ gan.
- Insulin kích thích dự trữ glucose ở tổ chức cơ.
- Insulin kích thích dự trữ glucose ở các cơ quan.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Lâm sàng

Trong các giai đoạn đầu bệnh thường không có biểu hiện gì rõ rệt trên lâm sàng. Giai đoạn toàn phát bệnh biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Ăn nhiều: bệnh nhân ăn nhiều, ngày 3 - 4 bữa, mỗi bữa 300 - 400gram gạo, mới ăn xong đã thấy đói muốn ăn nữa.

- Uống nhiều: ngày uống 3 - 4 lít, có khi 5 - 6 lít, miệng lúc nào cũng khô muốn uống.

- Tiểu nhiều: nước tiểu có ruồi bâu, kiến đậu, dây ra quần thấy dính, để lâu có mùi chua.

- Gầy sút cân: vài ba tháng sụt 4 - 5kg.

Tuy nhiên, cũng có trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng gì mà chỉ tình cờ đi xét nghiệm phát hiện thấy đường máu tăng cao, hoặc có bệnh nhân đến điều trị muộn khi đã có rất nhiều biến chứng nặng nề.

- Những biểu hiện ngoài da:

+ Ngứa là triệu chứng hay gặp: có thể ngứa toàn thân hoặc bộ phận sinh dục (nguyên nhân có thể do nấm âm hộ, âm đạo hoặc nấm qui đầu, thường nhiễm nấm candida).

+ Viêm da do liên cầu hoặc tụ cầu, chốc đầu do nhiễm liên cầu khuẩn. Mụn nhọt ở móng, ngoài da hoặc những áp xe sâu ở cơ đáy chậu...

+ Những vết xước do ngứa rất khó liền, hoặc những chấm sẫm màu ở mặt trước cẳng chân. Một số ít trường hợp nếu khám kỹ có thể thấy:

+ Da lòng bàn tay hoặc bàn chân có màu ánh vàng: nguyên nhân là do rối loạn chuyển hoá vitamin A, tích lại trong lớp sâu của da nhiều caroten.

+ Hoại tử mỡ dưới da: xuất hiện ở mặt trước cẳng chân, đùi, là những u cục cứng, đường kính vài mm đến hàng chục mm, có màu sáng hoặc hơi ánh vàng.

- Triệu chứng về mắt: đục thủy tinh thể do đái tháo đường có 2 thể:

+ Thể dưới vỏ (dạng bông gòn): thường gặp ở những bệnh nhân đái tháo đường type I tiến triển nhanh. Biểu hiện giống “hoa tuyết” phát triển dưới vỏ thủy tinh thể.

+ Thể lão hóa (thể nhân trung tâm): thường gặp ở người lớn tuổi (kể cả những người không bị đái tháo đường) nên rất khó chẩn đoán.

- Viêm võng mạc:

+ Viêm võng mạc không tăng sinh (viêm võng mạc tổn thương nền): thường xuất hiện sớm, biểu hiện là các phình mạch, xuất huyết hình chấm, xuất tiết và phù võng mạc. Tất cả triệu chứng trên dẫn đến giảm thị lực và có thể gây mù loà.

+ Viêm võng mạc tăng sinh: phát triển các mạch máu tân tạo và tổ chức xơ tại võng mạc, tắc các mạch máu nhỏ và dẫn đến giảm thị lực.

Đối với đái tháo đường type I, mù loà thường là hậu quả của viêm võng mạc tăng sinh, xuất huyết trong thể kính hoặc bong võng mạc. Đái tháo đường type II mù loà là do phù nề và thiếu máu tại chỗ của hoàng điểm hoặc đục thủy tinh thể.

- Tiêu hóa:

+ Viêm lợi, lung lay răng và dễ rụng răng, nguyên nhân do đường máu tăng là điều kiện thuận lợi cho các loại vi khuẩn ở miệng phát triển dẫn đến nha chu viêm, cộng thêm những rối loạn tuần hoàn thiếu máu chi phối đến 2 hàm răng làm cho răng rất dễ lung lay và rụng sớm

+ Tiêu phân lỏng là triệu chứng hay gặp, nhất là ở bệnh nhân đái tháo đường nặng có nhiều biến chứng đi kèm. Nguyên nhân có thể do thiếu các men tiêu hoá của tụy,

viêm ruột, viêm dạ dày (do tổn thương vi mạch tại ruột dẫn đến thiếu máu chi phối), do rối loạn thần kinh thực vật (chủ yếu thần kinh giao cảm ruột).

+ Viêm dạ dày thiếu toan thiếu tiết: nguyên nhân có thể là do rối loạn vi mạch, dẫn đến thiếu máu nuôi dưỡng vùng dạ dày. Hậu quả làm giảm tiết acid chlohydric và pepsin của dạ dày.

+ Rối loạn chức năng gan: những rối loạn quá trình phân hủy mỡ ở ngoại vi dẫn đến tăng ứ đọng các acid béo ở gan làm cho gan to ra, lâu ngày có thể dẫn đến suy chức năng gan.

- Hô hấp:

+ Lao phổi hay gặp, thường hay đi cùng với bệnh đái tháo đường.

+ Viêm phổi, abscess phổi: nguyên nhân đường máu tăng cao sẽ tạo điều kiện cho các loại vi khuẩn phát triển, mặt khác ở những người bị đái tháo đường sức đề kháng giảm thì sẽ dễ bị nhiễm khuẩn hơn.

- Tim mạch:

+ Những biểu hiện của vữa xơ động mạch não thường có triệu chứng nhưc đầu lú lẫn, thoáng quên, có thể biến chứng nhồi huyết não hoặc xuất huyết não gây tàn phế và tử vong khá cao.

+ Biểu hiện tim mạch: thường vữa xơ động mạch vành gây cơn đau thắt ngực, đau khi gắng sức hoặc cơn đau dữ dội điển hình, đau như dao đâm, đau thắt, bóp lấy ngực như trong nhồi máu cơ tim. Tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim thường khá cao.

+ Biểu hiện ở chi dưới: hẹp hoặc tắc động mạch chi dưới do các mảng vữa xơ làm chít hẹp dẫn đến hoại tử chi, nhiều trường hợp phải cắt cụt.

- Triệu chứng về thận-tiết niệu:

+ Nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp trong đái tháo đường, có thể viêm bàng quang, niệu đạo hoặc viêm thận-bể thận, áp xe quanh thận.

+ Tổn thương thận sớm nhất trong đái tháo đường được phát hiện nhờ xét nghiệm một lượng nhỏ albumin (microalbumin) niệu từ 30 - 300 mg/lít. Xét nghiệm này rất quan trọng để theo dõi tiến triển của bệnh. Nếu điều trị sớm có thể ổn định và không tiến triển nặng thêm.

- Triệu chứng thần kinh

+ Tổn thương thần kinh hay gặp trong đái tháo đường là tổn thương thần kinh ngoại vi (viêm đa dây thần kinh ngoại vi).

+ Tổn thương thần kinh sọ não: gây sụp mi, lác, liệt mặt, điếc.

+ Tổn thương thần kinh thực vật: ở giai đoạn muộn của đái tháo đường dễ gây tổn thương thần kinh thực vật.

- Buồn nôn, nôn, táo bón, tiêu lỏng thất thường do mất trương lực dạ dày, hay đi lỏng về đêm, phân tỵ chảy do rối loạn cơ thắt hậu môn.

- Thiếu năng sinh dục (liệt dương), xuất tinh sớm, đái không tự chủ.
- Nhịp tim nhanh khi nghỉ ngơi, giảm tiết mồ hôi, hạ huyết áp khi thay đổi tư thế, mất sự co giãn động tử.

- Chức năng túi mật cũng bị tổn thương dễ tạo ra sỏi mật.

- Nhiễm khuẩn bàn chân rất hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, tổn thương mạch máu lớn do vữa xơ động mạch dẫn đến tắc mạch và hoại tử chi phải cắt cụt.

4.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đường máu lúc đói tăng $> 1,4\text{g/l}$ ($\approx > 7,7\text{mmol/lít}$): nếu đường máu $1,2 - 1,4\text{g/l}$ ta nghi ngờ, cho bệnh nhân làm nghiệm pháp tăng đường huyết thấy (+).

- HbA_{1C}: là một xét nghiệm để giúp kiểm soát đường huyết, theo dõi quá trình tiến triển của bệnh và kết quả điều trị, không có giá trị trong chẩn đoán (HbA_{1C} bình thường 5 - 6%).

- Có đường trong nước tiểu.

- Có thể có Ketone trong nước tiểu.

- Cholesterol trong máu tăng.

5. BIẾN CHỨNG

- Ngoài da: mụn nhọt, lở loét, nấm ngoài da, viêm nhiễm bộ phận sinh dục.

- Mắt: đục nhân mắt, thoái hóa võng mạc, teo dây thần kinh thị giác.

- Răng miệng: viêm mủ lợi, chân răng, răng lung lay, rụng răng.

- Phổi: viêm phổi, abscess phổi, lao phổi.

- Tim mạch: xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, tắc động mạch chi, mạch não.

- Tiêu hóa: tiêu phân lỏng, gan to, nhiễm mỡ.

- Thận: viêm mủ đài bể thận, thận nhiễm mỡ, xơ hóa cầu thận,....

- Thần kinh: viêm dây thần kinh tọa, thần kinh trụ.

- Hôn mê do toan máu, tăng áp lực thẩm thấu hoặc tăng acid lactic máu.

6. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

- Điều trị nguyên nhân nếu thấy rõ nguyên nhân.

- Nếu là nguyên nhân do tụy cần xác định là đái tháo đường type I (phụ thuộc Insulin) hay đái tháo đường type II (không phụ thuộc Insulin).

- + Đái tháo đường type I: thường ở người trẻ, thể trạng gầy, có nhiều biến chứng và hay gặp biến chứng về chuyển hóa.

- + Đái tháo đường type II: thường ở người nhiều tuổi, thể trạng béo, ít có biến chứng và hay gặp biến chứng về tim mạch.

- Với đái tháo đường type I, bắt buộc phải điều trị bằng Insulin. Với đái tháo đường type II, dùng viên hạ đường huyết uống.

- Điều trị thuốc phải đạt được những yêu cầu sau:

- + Tìm liều nhỏ nhất cho tác dụng tối ưu trên người bệnh.
- + Chia liều điều trị theo thời gian tác dụng thuốc.
- + Thay đổi các loại thuốc để đạt được kết quả.
- + Khi dùng thuốc đường huyết phải duy trì ở mức 6mmol/lít.

7. CHĂM SÓC

7.1. Nhận định chăm sóc

- Hỏi bệnh nhân:
 - + Mắc bệnh từ bao giờ?
 - + Ăn nhiều, mỗi bữa ăn bao nhiêu chén? ngày ăn mấy bữa?
 - + Uống nhiều nước? Khát nước?
 - + Đi tiểu nhiều? Máy lít/ngày?
 - + Gầy sút bao nhiêu kg?
 - + Mệt mỏi, ngứa ngoài da, mắt mờ?
 - + Răng có lung lay và rụng răng không?
 - + Có sụt cân không? Có ho không?
- Nhận định thực thể:
 - + Toàn thân: cân nặng bao nhiêu?
 - + Da: viêm da? Có mụn nhọt trên da?
 - + Mắt có đục nhãn?
 - + Mạch? Huyết áp?
- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:
 - + Đường máu lúc đói.
 - + Đường niệu 24 giờ.
 - + Chụp X quang phổi.
 - + Đo điện tim.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Rối loạn quá trình dinh dưỡng do rối loạn chuyển hóa Glucoza.
- Nguy cơ bị các biến chứng do tăng đường máu.
- Thiếu hiểu biết về bệnh và chế độ điều trị.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Xây dựng chế độ dinh dưỡng hợp lý cho bệnh nhân.
- Người bệnh sẽ không bị hoặc hạn chế tối đa các biến chứng.
- Tăng sự hiểu biết về bệnh và chế độ điều trị cho bệnh nhân.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Xây dựng chế độ ăn phù hợp

Chế độ ăn cho bệnh nhân tiểu đường phải đảm bảo vừa góp phần làm bình thường hóa đường máu vừa duy trì cân nặng tối ưu cho bệnh nhân.

- Ăn giảm các chất có đường, thay vào là các loại thức ăn chế biến từ đậu như đậu nành, đậu xanh, đậu đen, đậu Hà Lan, ăn thêm các chất xơ như rau xanh,...
- Ăn tăng đạm với bệnh nhân gầy, đái tháo đường type I: 1 gam protid/kg thể trọng, 200gam hydratcarbon (khoảng 300gam gạo) và 50gam lipid một ngày.
- Hạn chế mỡ và nội tạng động vật, giảm calo với những bệnh nhân béo, thừa cân đái tháo đường tuýp II.
- Chia khẩu phần ăn làm nhiều bữa.
- Không uống bia rượu và không ăn quả ngọt, nếu bệnh nhân thèm đường quá thì cho ăn đường saccharin.
- Theo dõi bữa ăn hàng ngày xem bệnh nhân có thực hiện tốt không. Theo dõi cân nặng.

7.4.2. Hạn chế các biến chứng

Điều quan trọng là làm cho đường máu trở về bình thường bằng:

- Thực hiện y lệnh Insulin tiêm với bệnh nhân đái tháo đường type I.
Chú ý: liều lượng Insulin tùy từng bệnh nhân. Tiêm dưới da, chia 2 lần trước khi ăn 30 phút. Phải theo dõi nguy cơ hạ đường huyết: Da lạnh, toát mồ hôi, huyết áp tụt có khi co giật, hôn mê.
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ đường máu dạng uống với đái tháo đường type II (không phụ thuộc Insulin) như Diamicron, Glucophage,....
Chú ý: Khi dùng thuốc hạ đường máu dạng uống cần theo dõi các biểu hiện dị ứng thuốc như ngứa, xạ da, giảm bạch cầu.
- Thường xuyên theo dõi đường máu, đường niệu.
- Khuyến bệnh nhân giữ vệ sinh thật tốt để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn:
 - + Vệ sinh thân thể, tắm gội thay quần áo hàng ngày, nếu có mụn nhọt phải rửa sạch và băng vô khuẩn.
 - + Vệ sinh răng miệng, đánh răng, súc miệng bằng nước muối 9‰. Khi có loét miệng thì lau miệng bằng khăn mềm.
 - + Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày.
 - + Nếu có nhiễm trùng thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh phù hợp.
- Nếu bệnh nhân bị các biến chứng khác như: đau ngực, tăng huyết áp thì:
 - + Cho bệnh nhân chế độ ăn nhạt, kiêng mỡ.
 - + Thực hiện y lệnh một số thuốc: giãn mạch vành, (Lenirtal...), giảm đau (Paracetamol...), hạ huyết áp (Coversyl...), thuốc chống rối loạn mỡ máu, Tryglyceride máu, điện tim đồ,...để đánh giá các biến chứng.

7.4.3. Tăng sự hiểu biết về bệnh và chế độ điều trị cho bệnh nhân

- Hướng dẫn bệnh viện thực hiện đúng chế độ ăn uống cho bệnh đái tháo đường trong suốt thời gian điều trị cũng như khi ra viện.

- Khuyên bệnh nhân khi ra viện phải xét nghiệm đường máu và đường niệu thường xuyên để điều chỉnh thuốc.
- Khám định kỳ để phát hiện sớm biến chứng và điều trị kịp thời.
- Khuyên bệnh nhân thường xuyên vệ sinh thân thể để hạn chế nhiễm trùng.
- Khuyên những bệnh nhân béo phì ăn hạn chế calo và tập thể dục thích hợp thường xuyên.

7.5. Lượng giá: chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường được coi là tốt khi:

- Bệnh nhân đỡ đói, đỡ khát, đỡ tiểu nhiều.
- Đường máu dần trở về bình thường, hết đường trong nước tiểu.
- Với bệnh nhân gầy sút đỡ mệt, tăng cân. Với bệnh nhân béo thì giảm được cân thừa.
- Không bị hoặc hạn chế được các biến chứng. Tuân thủ chế độ điều trị và theo dõi lâu dài./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Basedow là:

- A. Bệnh lý cường giáp
- B. Nhiễm độc giáp
- C. Lồi mắt và tổn thương ở ngoại biên
- D. Câu A, B, C đều đúng

Câu 2. Bệnh Basedow thường gặp nhất ở độ tuổi:

- A. Dưới 20 tuổi
- B. 20 - 40 tuổi
- C. 40 - 60 tuổi
- D. Câu A, B, C đều sai

Câu 3. Bướu giáp trong bệnh Basedow có đặc điểm:

- A. Lớn
- B. Lan tỏa
- C. Đều, mềm, đàn hồi hoặc hơi cứng
- D. Tất cả các triệu chứng trên

Câu 4. Hội chứng nhiễm độc giáp biểu hiện tim mạch gồm:

- A. Hồi hộp, nhịp tim nhanh, loạn nhịp khó thở khi gắng sức lẫn khi nghỉ ngơi.
- B. Động mạch lớn, mạch nhảy nhanh và nghe tiếng thổi tâm thu
- C. Huyết áp tâm thu gia tăng
- D. Suy tim loạn nhịp, phù phổi, gan to, phù hai chi dưới

Câu 5. Basedow là bệnh hay gặp ở đối tượng nào sau đây?

- A. Nam giới
- B. Phụ nữ ở mọi lứa tuổi

- C. Phụ nữ trẻ < 20 tuổi
- D. Phụ nữ từ 30 - 50 tuổi

Câu 6. Định nghĩa đái tháo đường là?

- A. Một nhóm bệnh nội tiết
- B. Một nhóm bệnh chuyển hóa với đặc trưng tăng glucose niệu
- C. Một nhóm bệnh chuyển hóa với đặc trưng tăng glucose huyết
- D. Bệnh tăng glucose cấp tính

Câu 7. Chỉ số nào sau đây phù hợp với đái tháo đường?

- A. Đường huyết đói > 1g/l
- B. Đường huyết tương 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose 11,1 mmol/l
- C. Đường huyết mao mạch > 7mmol/l
- D. Đường niệu dương tính

Câu 8. Đái tháo đường type I là:

- A. Khởi phát dưới 40 tuổi
- B. Khởi phát rầm rộ
- C. Insulin máu rất thấp
- D. Tất cả các câu trên đúng

Câu 9. Béo phì là nguy cơ dẫn đến bệnh:

- A. Đái tháo đường typ 1
- B. Đái tháo đường typ 2
- C. Đái tháo đường liên hệ suy dinh dưỡng
- D. Đái tháo đường tự miễn

Câu 10. Đái tháo đường thai nghén, sau sinh:

- A. Luôn luôn khởi hẳn.
- B. Luôn luôn bị bệnh vĩnh viễn
- C. Giảm dung nạp glucose lâu dài
- D. Có thể bình thường trở lại hoặc vẫn tồn tại Đái tháo đường

Tài liệu tham khảo

- [1] Bộ Y Tế, Ths.BS Ngô Huy Hoàng, Điều dưỡng nội khoa, Nhà xuất bản y học, 2007
- [2] Bộ Y Tế, Ths. Trương Tuấn Anh, Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội, NXB y học, 2007
- [3] Trường Đại Học Y Hà Nội, các bộ môn, nội cơ sở tập 1, 2 Nhà xuất bản y học, 2012.
- [4] Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bệnh học người cao tuổi, NXB Y Học 2011
- [5] Hội Thảo Lão Khoa 24 - 25 -26.6.2013\Vietnamese - RAR archive, unpacked size 23,020,734 bytes