

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



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng hệ vừa làm vừa học

Bạc Liêu, năm 2021

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



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng hệ vừa làm vừa học

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 118A -QĐ/CDYT, ngày 25 / 6 /2021
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2021

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách 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 người bệnh truyền nhiễm* 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 người bệnh truyền nhiễm cho học viên Cao đẳng điều dưỡng hệ vừa làm vừa học; 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 học viên trong lĩnh vực điều dưỡng nói chung và điều dưỡng chăm sóc người bệnh truyền nhiễm nói riêng.

Giáo trình *chăm sóc người bệnh truyền nhiễm* 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 truyền nhiễm, 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 30 tháng 6 năm 2021

Nhóm biên soạn

CHỦ BIÊN

CNĐĐ. Dương Hồng Oanh

THAM GIA BIÊN SOẠN

1. CNĐĐ. Dương Hồng Oanh

2. CNĐĐ. Lê Minh Quân

MỤC LỤC

	Trang
Bài 1. Đại cương bệnh truyền nhiễm.....	01
Bài 2. Chăm sóc người bệnh quai bị.....	12
Bài 3. Chăm sóc người bệnh sởi.....	19
Bài 4. Chăm sóc người bệnh cúm	25
Bài 5. Chăm sóc người bệnh thủy đậu.....	33
Bài 6. Chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ.....	40
Bài 7. Chăm sóc người bệnh thương hàn.....	49
Bài 8. Chăm sóc người bệnh lỵ trực trùng, lỵ amibe.....	61
Bài 9. Chăm sóc người bệnh viêm gan virus.....	70
Bài 10. Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết.....	80
Bài 11. Chăm sóc người bệnh sốt rét.....	90
Bài 12. Chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B.....	101
Bài 13. Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS.....	110
Bài 14. Chăm sóc người bệnh uốn ván.....	124
Bài 15. Chăm sóc người bệnh tả.....	135

Tên môn học : **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRUYỀN NHIỄM**

Mã môn học : **DD.V.18**

Thời gian thực hiện môn học: 75 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; TTBV: 44 giờ; Kiểm tra: 03 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC

- **Vị trí:** Môn học Chăm sóc người bệnh truyền nhiễm được bố trí sau khi sinh viên học xong môn học Kiểm soát nhiễm khuẩn, Dược lý.

- **Tính chất:** Môn học Chăm sóc người bệnh truyền nhiễm là môn học chuyên ngành. Môn học này giới thiệu cho người học những kiến thức cơ bản về sức khỏe cho người mắc một số bệnh truyền nhiễm thường gặp. Học xong môn học này, người học có thể vận dụng để nhận định được một số dấu hiệu, triệu chứng cơ bản, thực hiện được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh một số bệnh truyền nhiễm thường gặp.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, phương thức lây truyền của các bệnh truyền nhiễm thường gặp.

1.2. Trình bày được triệu chứng và biến chứng, chẩn đoán và cách dự phòng của các bệnh truyền nhiễm thường gặp.

1.3. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc người bệnh truyền nhiễm.

2. Kỹ năng

2.1. Phát triển được kỹ năng tư duy, phân tích, đánh giá ban đầu trong chẩn đoán bệnh trên lâm sàng.

2.2. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm.

2.3. Thực hiện thành thạo các kỹ thuật chăm sóc người bệnh truyền nhiễm.

2.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe được cho người bệnh và cộng đồng thực hiện biện pháp phòng và chăm sóc bệnh.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC

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

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	KT
1	Đại cương bệnh truyền nhiễm	2	2		
2	Chăm sóc người bệnh Quai bị	2	2		
3	Chăm sóc người bệnh Sởi	2	2		
4	Chăm sóc người bệnh Cúm	2	2		
5	Chăm sóc người bệnh Thủy đậu	2	2		
6	Chăm sóc người bệnh Viêm màng não mủ	2	2		
7	Chăm sóc người bệnh Thương hàn	1	1		
8	Chăm sóc người bệnh Ly amip + Ly trực trùng	2	2		
9	Chăm sóc người bệnh Viêm gan virus	3	2		1
10	Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue	3	2		1
11	Chăm sóc người bệnh Sốt rét	2	2		
12	Chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B	2	2		
13	Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS	2	2		
14	Chăm sóc người bệnh Uốn ván	2	2		
15	Chăm sóc người bệnh Tả	1	1		
16	Thực tập bệnh viện	45		44	1
Cộng		75	28	44	3

BÀI 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được những vấn đề thời sự quan trọng nhất liên quan đến vai trò, vị trí của bệnh truyền nhiễm trong bối cảnh y tế toàn cầu.
- 1.2. Kể được những đặc điểm căn bản của bệnh truyền nhiễm.
- 1.3. Trình bày được các định nghĩa của những khái niệm thường dùng trong lĩnh vực bệnh truyền nhiễm.
- 1.4. Trình bày được cách chẩn đoán một trường hợp bệnh truyền nhiễm.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. VỊ TRÍ, TẦM QUAN TRỌNG CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM

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

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

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

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

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

2. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU

Từ cổ xưa, thời Hypocrate bệnh truyền nhiễm đã được người ta biết đến với tên gọi là *Bệnh dịch* để nói lên tính chất nặng và phát triển rộng của bệnh trong thời đó cho rằng bệnh có liên quan đến những *khí độc*. Học thuyết về sự lây bệnh từ người bệnh sang người lành được DS.Samoilovitra đề xuất vào năm 1784. Từ nửa đầu thế kỷ XIX người ta mới chia bệnh truyền nhiễm thành một chuyên ngành riêng biệt. Tiếp sau là sự phát minh ra kính hiển vi đã tìm ra những vi khuẩn (mầm bệnh) mà các nhà bác học đi đầu là L.Pasteur, R. Koch... Từ khi kính hiển vi điện tử ra đời, có thể phóng đại gấp hàng chục, hàng trăm nghìn lần đã giúp cho việc tìm ra virus.

3. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

3.1. Nhiễm trùng

- Nhiễm trùng là chỉ sự xâm nhập của một vi sinh vật gây bệnh (vi trùng, virus, ký sinh trùng, nấm...) vào cơ thể con người.

- Nhiễm trùng không phải lúc nào cũng mắc bệnh, tuy vậy người lành mang mầm bệnh vẫn có nguy cơ lây truyền bệnh cho người khác khi gặp điều kiện thuận lợi.

3.2. Quá trình nhiễm trùng

là quá trình tương tác giữa vi sinh vật gây bệnh và cơ thể con người trong những điều kiện nhất định của môi trường xung quanh. biểu hiện và tiến triển của nhiễm trùng phụ thuộc vào 3 yếu tố.

- Vi sinh vật gây bệnh (còn được gọi là mầm bệnh).

- Cơ thể con người.

- Môi trường chung quanh (hoàn cảnh tự nhiên, xã hội, kinh tế, điều kiện sinh hoạt,...)

3.3. Bệnh truyền nhiễm: là những bệnh nhiễm trùng có khả năng lây truyền từ người bệnh sang người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp qua môi giới trung gian (nước, thức ăn, côn trùng, tay bẩn, đồ dùng,...).

3.4. Bệnh sơ nhiễm

Là nhiễm khuẩn tiên phát, tức là khi cơ thể nhiễm khuẩn lần đầu (thí dụ: sốt rét tiên phát)

3.5. Bệnh tái nhiễm

Là mắc lại bệnh đó, do nhiễm lại mầm bệnh (mà trước đã mắc) thêm lần nữa (thí dụ: bệnh cúm,...)

3.6. Bệnh tái phát

Là khi bệnh đã ngừng phát triển một thời gian nhưng bệnh cũ chưa bị tiêu diệt hẳn lại hoạt động trở lại. Thí dụ: sốt rét tái phát, thương hàn tái phát,...

3.7. Bội nhiễm

Là khi bệnh truyền nhiễm đang tiến triển, chưa khỏi lại có mầm bệnh khác nhờ điều kiện thuận lợi đó mà xâm nhập gây bệnh nặng thêm thì gọi là bội nhiễm hay nhiễm trùng thứ phát.

3.8. Nhiễm trùng hỗn hợp

Thông thường một bệnh truyền nhiễm chỉ do một mầm bệnh gây ra nhưng cũng có khi lại đồng thời một lúc hai hay nhiều mầm bệnh cùng phối hợp gây bệnh. Khi đó gọi là nhiễm trùng hỗn hợp hay đồng nhiễm.

4. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM

4.1. Tính đặc hiệu

- Bệnh truyền nhiễm là bệnh do vi sinh gây ra, gọi là mầm bệnh. Mỗi bệnh truyền nhiễm do một loại mầm bệnh gây nên.

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

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

4.2. Tính lây truyền

- Bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền từ người bệnh hoặc người mang mầm bệnh sang người lành bằng nhiều đường khác nhau, gọi là quá trình sinh dịch.

- Quá trình sinh dịch gồm 3 yếu tố:

+ Nguồn lây: người, động vật bị bệnh hoặc mang mầm bệnh.

+ Đường lây: các điều kiện ngoại cảnh đảm bảo cho mầm bệnh tồn tại và lan truyền từ nguồn lây đến người tiếp xúc.

+ Cơ thể cảm thụ: là cơ thể tiếp nhận mầm bệnh và phát bệnh. Sau khi mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể, cơ thể sẽ có đáp ứng khác nhau và kết quả là có nhiều hình thái lâm sàng và biểu hiện bệnh khác nhau, phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Khả năng miễn dịch.
- Tuổi, giới.
- Nghề nghiệp.
- Địa phương, tập quán sinh hoạt.
- Điều kiện kinh tế, xã hội,....

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

4.3. Tính chu kỳ

Nói chung các bệnh truyền nhiễm đều phát triển có chu kỳ và trải qua 5 giai đoạn (hay 5 thời kỳ) là: thời kỳ nung bệnh, thời kỳ khởi phát, thời kỳ toàn phát, thời kỳ lui bệnh sau cùng là thời kỳ hồi phục.

4.3.1. Thời kỳ nung bệnh (ủ bệnh)

- Từ lúc mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể người cho tới trước khi xuất hiện những triệu chứng lâm sàng đầu tiên. Thời kỳ này, người bệnh thường không cảm thấy có triệu chứng gì và dài ngắn tùy theo từng bệnh, có khi rất ngắn (vài giờ) như bệnh cúm, hoặc rất dài (6 tháng) như bệnh dại,....

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

+ Có những bệnh đã lây ngay từ thời nung bệnh, thí dụ như: bệnh quai bị, do đó rất khó tránh.

+ Biết được thời kỳ nung bệnh tối đa của một bệnh, có thể cách ly và theo dõi những người bị lây trong thời gian đó.

- Thời kỳ nung bệnh có thể thay đổi ngắn dài khác nhau tùy thuộc:

+ Loại vi trùng gây bệnh.

+ Sức cảm thụ cơ thể.

+ Đường xâm nhập của mầm bệnh.

4.3.2. Thời kỳ khởi phát

- Là thời kỳ xuất hiện những triệu chứng đầu tiên của bệnh nhưng chưa phải là lúc bệnh nặng và rầm rộ nhất.

- Bệnh truyền nhiễm thường khởi phát theo hai kiểu: từ từ và đột ngột. Hầu hết các bệnh truyền nhiễm đều có sốt và một trong những triệu chứng khởi phát xuất hiện đầu tiên nhất cũng là sốt.

4.3.3. Thời kỳ toàn phát

- Là thời kỳ bệnh phát triển rầm rộ nhất và thể hiện đầy đủ các triệu chứng nhất, đồng thời cũng là lúc bệnh nhân nặng nhất. Trong cùng một lúc có thể biểu hiện nhiều triệu chứng ở nhiều cơ quan khác nhau.

- Các biến chứng cũng thường xảy ra trong thời kỳ này, vì vậy công tác chăm sóc và theo dõi người bệnh phải hết sức chặt chẽ để kịp thời cấp cứu, xử lý, điều trị, tránh nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh.

4.3.4. Thời kỳ lui bệnh

- Do sức chống đỡ của cơ thể người bệnh tốt, mặt khác do tác động của điều trị, mầm bệnh và các độc tố của chúng dần dần được loại trừ ra khỏi cơ thể người bệnh sẽ cảm thấy đỡ dần.

- Những triệu chứng của bệnh ở thời kỳ toàn phát cũng dần dần mất đi. Nếu không được can thiệp sớm và có hiệu lực, một số bệnh diễn biến kéo dài, tái phát với những biến chứng và hậu quả nghiêm trọng.

- Sau khi mầm bệnh và độc tố của chúng được loại trừ ra khỏi cơ thể người bệnh thì những cơ quan bị tổn thương dần dần bình phục và trở lại hoạt động hầu như bình thường, có thể có những rối loạn không đáng kể.

- Bệnh nhân có thể ra viện về nghỉ ngơi hoặc có thể tiếp tục lao động tùy theo khả năng bình phục.

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

4.3.5. Thời kỳ lại sức (thời kỳ hồi phục)

Có thể có các mức độ khác nhau

- Khỏi về lâm sàng, sạch mầm bệnh và không còn tổn thương thực thể.

- Khỏi về lâm sàng, sạch mầm bệnh nhưng còn tổn thương thực thể (thí dụ trong lý trực trùng vẫn còn các vết loét ở niêm mạc trực tràng).

- Khỏi về lâm sàng, không còn tổn thương thực thể, nhưng còn mang mầm bệnh (thí dụ: có người mang vi khuẩn thương hàn trong túi mật hàng năm sau khi lui bệnh).

4.4. Tính sinh miễn dịch đặc hiệu

- Mầm bệnh vào cơ thể, cơ thể có phản ứng miễn dịch như: thực bào và sinh kháng thể đặc hiệu.

- Thời gian và mức độ miễn dịch khác nhau ở từng cơ thể tùy theo bệnh. Thí dụ:

+ Bệnh sởi, quai bị, đậu mùa... tạo miễn dịch mạnh và bền vững.

+ Bệnh cúm, lỵ, sốt rét,... tạo miễn dịch yếu và tạm thời.

5. PHÂN LOẠI BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Có nhiều cách phân loại bệnh truyền nhiễm tùy theo những quan niệm, mục đích khác nhau. Sau đây là những cách phân loại thường được sử dụng.

5.1. Phân loại theo tác nhân gây bệnh

Thí dụ bệnh gây ra do vi trùng, siêu vi trùng, ký sinh trùng... Cách phân loại này thuận tiện cho việc hệ thống các vấn đề thuộc lĩnh vực vi sinh học, các đặc điểm của mầm bệnh cũng như hiệu quả điều trị đặc hiệu.

5.2. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh và lâm sàng

Ví dụ phân biệt nhóm có hội chứng toàn thân (sốt cấp tính, nhiễm trùng huyết,...), nhóm có hội chứng cục bộ (bệnh ở đường hô hấp, đường tiêu hóa, thần kinh,...)

5.3. Phân loại theo cơ chế truyền bệnh và nguồn bệnh

Cách phân loại này thuận tiện cho việc tổ chức các biện pháp phòng ngừa, quản lý điều trị người bệnh, sắp xếp các phòng bệnh nhân, thực hiện cách ly, hạn chế lây chéo.

5.3.1. Bệnh lây truyền theo đường tiêu hóa

- Thí dụ: bệnh lỵ, bệnh thương hàn,... mầm bệnh thường được bài xuất qua phân, chất nôn gây ô nhiễm thức ăn, nguồn nước từ đó xâm nhập vào miệng, dạ dày, ruột.

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

5.3.2. Bệnh lây truyền theo đường hô hấp

Thí dụ: bệnh cúm, bệnh bạch hầu...

- Bệnh thường phát triển vào mùa lạnh.
- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:
 - + Cách ly bệnh nhân.
 - + Nhỏ mũi, đeo khẩu trang.
 - + Tiêm vaccin phòng bệnh.

5.3.3. Bệnh lây truyền theo đường máu

Có nhiều phương thức lây truyền

5.3.3.1. Do côn trùng trung gian truyền bệnh như: muỗi, bọ chét, mò,...

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

- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:
 - + Điều trị sớm cho người bệnh.
 - + Diệt côn trùng trung gian truyền bệnh.
 - + Vệ sinh môi trường, chống muỗi đốt.

5.3.3.2. Do truyền máu và các sản phẩm của máu, dùng chung bơm, kim tiêm,....

- Đây là nhóm bệnh nguy hiểm liên quan nhiều đến công việc của người thầy thuốc trong các cơ sở y tế như: viêm gan siêu vi B, nhiễm HIV/AIDS,....

- Biện pháp phòng chống cơ bản:

- + Thực hiện an toàn trong truyền máu và các sản phẩm của máu.
- + Vô trùng các dụng cụ y tế,....

5.3.4. Bệnh lây truyền theo đường da và niêm mạc

- Thí dụ: bệnh uốn ván, bệnh dại, bệnh do *Leptospira*,... lây qua da và niêm mạc bị tổn thương.

- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:

- + Cách ly bệnh nhân, điều trị sớm.
- + Cắt đứt đường lây.
- + Tiêm chủng phòng bệnh.

Tóm lại: trên đây là 4 đường lây chính nhưng có bệnh không chỉ lây theo một đường mà có thể lây bằng nhiều đường khác nhau: như viêm gan siêu vi B, nhiễm HIV/AIDS,....

6. BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Phân biệt triệu chứng và biến chứng của một bệnh đôi khi khó khăn. Thông thường, theo qui ước, biến chứng là các triệu chứng xảy ra trễ và một khi xảy ra sẽ làm tiên lượng của bệnh xấu thêm. Biến chứng xảy ra trong thời kỳ toàn phát và lui bệnh do nhiều nguyên nhân hoặc cơ chế khác nhau:

- Do chính bản thân mầm bệnh gây ra.
- Do bội nhiễm.
- Do triệu chứng chính của bệnh chính gây ra.
- Do cơ chế dị ứng.
- Do tai biến điều trị.
- Nhiễm trùng huyết.
- Do tái phát.

7. CĂN CỨ CHẨN ĐOÁN VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

7.1. Căn cứ chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm thường dựa vào những căn cứ sau:

7.1.1. Dịch tễ

- Khai thác những người cùng sống đã có ai mắc bệnh tương tự chưa, nhất là việc tiếp xúc với những bệnh nhân có căn bệnh đã được chẩn đoán.

- Động vật nơi sống có gì đặc biệt (vì có bệnh lây từ súc vật sang người như bệnh than, bệnh dịch hạch, cúm gia cầm,...).

- Khu vực người bệnh sống hoặc đến công tác có dịch lưu hành (sốt rét, dịch hạch ,...), mùa phát bệnh.

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

7.1.2. Lâm sàng

Chú trọng

- Các triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân.
- Các triệu chứng đặc trưng cho từng loại bệnh.
- Khám lâm sàng cần thực hiện kỹ lưỡng, chú ý từng chi tiết nhỏ để bị bỏ sót hoặc có thể được cho là không quan trọng.

- Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, các triệu chứng lâm sàng của bệnh truyền nhiễm thường trùng lặp với các bệnh khác, ít có giá trị giúp xác định hoặc loại trừ chẩn đoán bệnh.

7.1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm không đặc hiệu: công thức máu, tốc độ máu lắng, xét nghiệm nước tiểu và xét nghiệm chức năng có liên quan.

- Xét nghiệm đặc hiệu: là các xét nghiệm hỗ trợ đắc lực nhất cho việc chẩn đoán xác định các bệnh truyền nhiễm như (cấy máu, cấy đàm, cấy phân,...) hoặc các dấu ấn của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể,...).

7.2. Phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm

7.2.1. Điều trị đặc hiệu

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

7.2.2. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

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

- Hiện nay, điều trị theo cơ chế bệnh sinh là biện pháp duy nhất giúp người bệnh khỏi các bệnh do virus, vì hiện tại chưa có thuốc có tác dụng thực sự diệt virus.

7.2.3. Điều trị triệu chứng

Nhằm làm giảm các triệu chứng giúp cho người bệnh dễ chịu hơn và được coi là biện pháp điều trị hỗ trợ rất cần thiết.

8. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

8.1. Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

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

- Khoa truyền nhiễm là một nơi có vi trùng và siêu vi trùng rất nguy hiểm.
- Khi có dịch những trường hợp nghi ngờ vẫn phải cho nhập viện, theo dõi, xác định chẩn đoán và sau đó có thể cho xuất viện ngay vì bệnh truyền nhiễm phần lớn là cấp tính cần cấp cứu và khó tiên lượng trước.
- Tổ chức biên chế và khối lượng công tác phức tạp hơn các khoa khác, không được tập trung sinh hoạt và không cho người nhà nuôi bệnh nhân trong khu điều trị.

8.2. Yêu cầu về lễ lối làm việc

8.2.1. Về mặt điều trị

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

8.2.2. Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm

- Phòng bệnh, phòng dịch
 - + Cách ly bệnh nhân,
 - + Ngăn ngừa sự lây chéo trong khoa và bệnh viện,
 - + Kiểm tra bệnh nhân sạch vi trùng mới cho ra viện,
 - + Mặc đồng phục áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân,
 - + Không được mặc áo choàng ra khỏi bệnh viện,
 - + Bệnh nhân ở tại khoa cho đến khi xuất viện,
 - + Công nhân viên, bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ và tiêm chủng.
- Chế độ báo dịch
 - + Kịp thời báo ngay khi có trường hợp nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm.
 - + Thủ tục báo từ khoa Truyền nhiễm - Y vụ - Trạm vệ sinh phòng dịch,
 - + Có sổ báo cáo dịch, ghi họ tên, nghề nghiệp và địa chỉ chính xác.

8.2.3. Công tác chăm sóc bệnh nhân truyền nhiễm

8.2.3.1. Nguyên tắc chăm sóc người bệnh truyền nhiễm

Tuân theo nguyên tắc

- Phục vụ nhanh, đầy đủ các nhu cầu của người bệnh, giúp việc điều trị đạt kết quả tốt.
- Chăm sóc phải đảm bảo mục đích phòng bệnh, cách ly người bệnh.

8.2.3.2. Các biện pháp chăm sóc cụ thể

- Cách ly người bệnh truyền nhiễm: tùy bệnh và mức độ nặng nhẹ của người bệnh để áp dụng các biện pháp cách ly tại nhà hoặc tại bệnh viện.

+ Cách ly tại nhà: áp dụng với một số bệnh thông thường như bệnh sởi, thủy đậu không có biến chứng. Những bệnh này hạn chế tiếp xúc người lành nhất là trẻ em, có thể cử người chăm sóc đã được tiêm chủng hay đã mắc bệnh rồi.

- + Cách ly tại buồng bệnh: áp dụng với hầu hết các bệnh truyền nhiễm.
- Hạ sốt:
 - + Người bệnh nhiễm khuẩn thường gặp có sốt, nếu sốt nhẹ không cần can thiệp, tránh dùng tùy tiện các loại thuốc hạ nhiệt.
 - + Cần theo dõi sát nhất là trẻ em khi sốt cao thường dễ co giật, mê sảng.
 - + Khi hạ nhiệt cho bệnh nhân cần ưu tiên dùng phương pháp vật lý: nói rộng quần áo, quạt nhẹ, chườm lạnh,... khi thân nhiệt hạ đột ngột bệnh nhân có thể lạnh phải ủ ấm cho bệnh nhân.
 - + Sau cơn sốt bệnh nhân thường toát mồ hôi, khát nước. Vì vậy phải cho bệnh nhân uống đủ nước, lau người khô ráo và giữ yên tĩnh cho bệnh nhân ngủ.
- Chăm sóc da và niêm mạc: đặc biệt lưu ý những bệnh có tổn thương ngoài da như sởi, thủy đậu,...
 - Vệ sinh răng miệng, mũi, họng, mắt.
 - Nuôi dưỡng người bệnh
 - + Cho ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng, hợp khẩu vị trong giai đoạn cấp.
 - + Giai đoạn hồi phục, cho ăn về chế độ bình thường dần dần.
 - + Người bệnh không nuốt được hoặc nôn nhiều phải cho ăn qua sonde dạ dày và truyền dịch.
- Phải tiến hành tẩy uế thường xuyên và tẩy uế cuối cùng:
 - + Tẩy uế thường xuyên nhằm tiêu diệt mầm bệnh hàng ngày ở buồng bệnh, tẩy uế thường xuyên bao gồm:
 - Lau sàn nhà, tường nhà, bàn ghế, giường bệnh hàng ngày bằng khăn tẩm dung dịch sát khuẩn như: Cloramin 1 - 3%.
 - Đồ vải ngâm vào dung dịch Cloramin là 0,5% hoặc giặt xà phòng phơi nắng và đồ vải cần vô khuẩn cho hấp sấy.
 - Đồ cao su, vải sơn, nylon: rửa nước xà phòng rồi ngâm subline 1%. Bô, chậu: rửa xà phòng rồi ngâm trong dung dịch Cresol từ 5% - 10% hoặc nước xà phòng rồi gác lên giá cho khô. Thời gian ngâm từ 1 - 2 giờ.
 - Bệnh phẩm 1 phần + 2 phần thuốc sát khuẩn ngâm từ 1 - 6 giờ hoặc có thể dùng Cloramin 1 - 2% hoặc Clorua vôi 0,5%.
 - Chú ý: diệt ruồi, rệp, chấy rận, chuột,...
 - + Tẩy uế cuối cùng: tiến hành khi không có người bệnh như: rửa tường sàn nhà, giường bệnh, chiếu đèn cực tím nếu có./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh lây truyền qua đường da và niêm mạc, ngoại trừ:

- A. Bệnh uôn ván
- B. Bệnh thương hàn
- C. Bệnh dại
- D. Bệnh thủy đậu

2. Thời kỳ nào trong bệnh nhiễm thường xảy ra biến chứng?

- A. Thời kỳ ủ bệnh
- B. Thời kỳ khởi phát
- C. Thời kỳ toàn phát
- D. Thời kỳ lui bệnh

3. Tính cảm thụ của bệnh nhiễm phụ thuộc vào yếu tố nào sau đây?

- A. Khả năng miễn dịch
- B. Tuổi, giới
- C. Nghề nghiệp
- D. Câu A, B, C đều đúng

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

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

5. Thời kỳ nguy hiểm nhất cho bệnh nhân truyền nhiễm:

- A. Thời kỳ ủ bệnh
- B. Thời kỳ khởi phát
- C. Thời kỳ toàn phát
- D. Thời kỳ lui bệnh

BÀI 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được tác nhân gây bệnh, đặc điểm dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh bệnh quai bị.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán bệnh quai bị.
- 1.3. Trình bày biện pháp phòng bệnh quai bị.
- 1.4. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc người bệnh quai bị.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Quai bị là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch do virus quai bị gây nên có tên *Paramyxovirus*. Virus quai bị có ái tính đặc biệt đối với các tuyến ngoại tiết như tuyến nước bọt, tuyến sinh dục (tinh hoàn, buồng trứng), tụy tạng và hệ thần kinh. Bệnh thường gặp ở trẻ em và lứa tuổi thanh thiếu niên. Sau khi bệnh tảo được miễn dịch bền vững suốt đời.

Người là nguồn bệnh duy nhất, lây trực tiếp bằng đường hô hấp qua giọt nước bọt từ người bệnh sang người lành do hắt hơi, ho, nói chuyện,...

Virus quai bị xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp. Trong thời gian ủ bệnh, virus nhân lên ở đường hô hấp và các lympho. Sau khi vào máu gây nhiễm virus lần đầu, virus đi tiếp đến các tổ chức dịch, thường là tuyến nước bọt, mang tai, tuyến sinh dục, màng não.

- Virus tồn tại lâu ở nhiệt độ thấp, nhưng bị bất hoạt nhanh khi ra ánh nắng, trong điều kiện khô nóng và các thuốc sát khuẩn thông thường.

2. CƠ THỂ CẢM THỤ

- Bệnh gặp khắp nơi trên Thế giới và xảy ra quanh năm nhưng thường gây dịch vào mùa đông - xuân.

- Bệnh không gặp ở trẻ nhỏ hơn 1 tuổi nhờ miễn dịch thụ động ở mẹ truyền qua nhau thai bảo vệ trẻ trong những tháng đầu đời. 50% xảy ra ở lứa tuổi từ 5 đến 9 tuổi. Hiện nay miễn dịch ở trẻ em và người lớn đều nhờ vào chủng ngừa nên bệnh ít gặp. Nam và nữ cùng một tần suất mắc bệnh.

3. TRIỆT CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Thời kỳ ủ bệnh: từ 14 - 21 ngày.

3.2. Thời kỳ khởi phát

Trong vòng 12 - 48 giờ có biểu hiện lâm sàng:

- Đau vùng tai, đau trước lỗ tai, lan ra quanh tai, đau nhiều, khó há miệng, nói khó.
- Sốt cao 38 - 39⁰C hoặc cao hơn.
- Mệt mỏi, đau đầu, ăn ngủ kém.

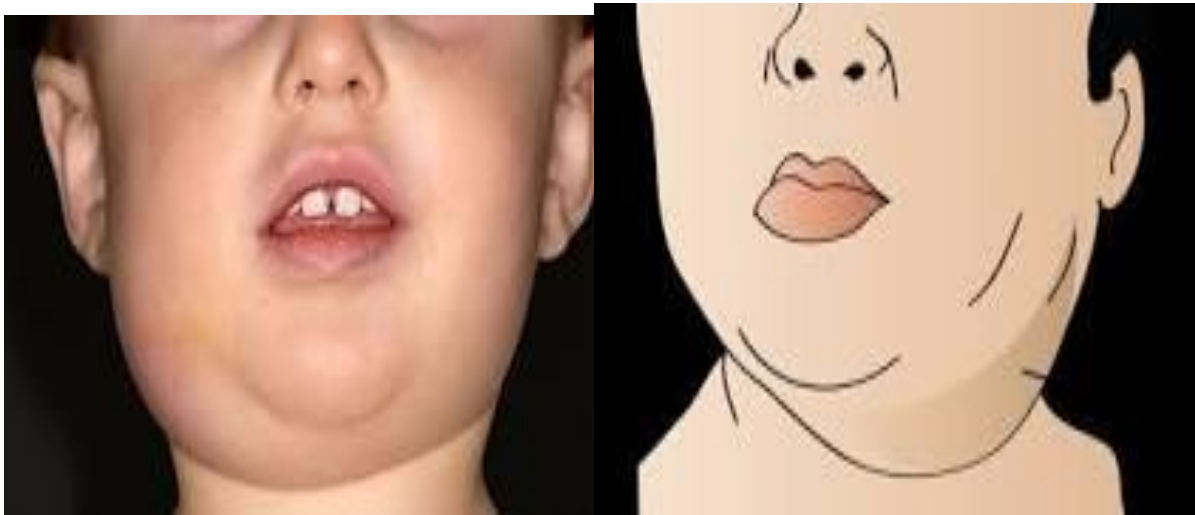
3.3. Thời kỳ toàn phát

Kéo dài 7 - 8 ngày biểu hiện lâm sàng:

- Sung và đau tuyến nước bọt mang tai, vùng da chỗ sung bóng lên, nhưng màu sắc không đỏ.
- Ống Stenon ở phía trong má phù nề, đỏ, không có mủ.
- Sốt cao đối với thanh niên, trẻ em sốt nhẹ.
- Hạch góc hàm trước tai sưng to và đau, đau đầu dữ dội, mệt mỏi, chán ăn, chảy máu cam.

3.4. Thời kỳ hồi phục

Sau 1 tuần, tuyến mang tai giảm đau và nhỏ dần, người bệnh hết sốt, các triệu chứng khác cũng lui dần và khỏi hẳn.



4. BIẾN CHỨNG

4.1. Viêm tinh hoàn

Thường gặp ở thanh thiếu niên sau tuổi dậy thì, đã trưởng thành về sinh dục.

- Sưng tviinh hoàn, thường xảy ra sau khi sưng mang tai 7 - 10 ngày, nhưng có thể sung đồng thời với sưng tuyến mang tai.
- Sốt cao 39 - 40⁰C, rét run, nhức đầu, mê sảng, mệt mỏi, buồn nôn hoặc nôn.

- Đau nhói tinh hoàn lan xuống đùi. Da vùng bìu đỏ. Sờ nắn tinh hoàn rất đau, nhưng thờng tinh và mào tinh bình thường.

4.2. Viêm buồng trứng

- Thường gặp ở phụ nữ đã quá tuổi dậy thì.
- Biểu hiện sốt, đau và nổi cục di động ở 2 bên vùng hố chậu, rong huyết.

4.3. Viêm tụy

Bệnh thường xảy ra ở tuần thứ 2 (ngày 4 - 10).

- Sốt thất thường trở lại.
- Đau bụng vùng thượng vị, nôn, đầy bụng, đi ngoài phân lỏng và chán ăn.
- Xét nghiệm men Amylase trong máu và nước tiểu đều tăng rất cao. Đường huyết tăng cao và có thể có đường niệu.

4.4. Biến chứng hệ thần kinh

4.4.1. Viêm màng não do quai bị

- Sốt cao đột ngột, ở trẻ nhỏ có thể có co giật liên quan với sốt cao.
- Có hội chứng màng não, trẻ nhỏ có thể có thóp phồng và nôn.

4.4.2. Viêm não do quai bị

- Sốt cao đột ngột, rét run, mệt mỏi, nhức đầu mất ngủ.
- Khám có rối loạn tri giác và các biểu hiện của tổn thương thần kinh trung ương như co giật, liệt chi, liệt dây thần kinh sọ não,...
- Bệnh tiên lượng nặng, khỏi có thể để lại di chứng về tâm thần, vận động: rối loạn hành vi, động kinh, điếc, câm khẩu,...

4.5. Biến chứng khác

- Viêm tuyến lệ, tuyến ức, tuyến giáp, tuyến vú.
- Viêm cơ tim thoáng qua.
- Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi hay gặp ở trẻ em.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu.
- Viêm đa khớp.

5. CẬN LÂM SÀNG

Nhìn chung xét nghiệm không thực sự cần thiết để chẩn đoán quai bị. Tuy nhiên, các xét nghiệm có thể làm khi cần thiết là

- Công thức máu: số lượng bạch cầu trong máu giảm, bạch cầu lympho tăng cao.
- Amylase máu và nước tiểu tăng cao khi có biến chứng viêm tụy.
- Men Lipase.
- Đường máu và đường niệu.

- Chỉ chọc dịch não tủy khi có hội chứng viêm màng não.
- Phân lập virus.
- Test ELISA

6. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

6.1. Sưng tuyến nước bọt mang tai

- Cách ly người bệnh tối thiểu 2 tuần.
- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại.
- Dùng thuốc an thần, giảm đau, hạ nhiệt, chườm nóng vùng sưng.
- Ăn lỏng.
- Vệ sinh răng miệng.
- Bài thuốc đông y: đậu xanh 30g, tán nhỏ trộn với dấm rồi đắp vào vùng sưng, hoặc dùng hạt gấc mài ngâm rượu rồi xoa vào chỗ sưng.

6.2. Viêm tinh hoàn

- Nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, hạn chế đi lại.
 - Điều trị bằng Corticoid: Prednisolon 60mg/ngày x 3 - 5 ngày (người lớn).
 - An thần, giảm đau : Analgin, Aspirin 1 - 2 gr/ngày.
- Các thuốc này dùng từ 5 - 7 ngày, chỉ có tác dụng giảm đau, chống viêm chứ không hạn chế được khả năng teo tinh hoàn.

6.3. Viêm màng não

- Truyền dung dịch Manitol để giảm áp lực nội sọ.
- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Giảm đau, chống viêm.
- Dùng Corticoid pha với dung dịch Glucose 5% truyền tĩnh mạch.

6.4. Phòng bệnh

- Cách ly bệnh nhân ít nhất là 2 tuần.
- Người tiếp xúc với bệnh nhân cần phải đeo khẩu trang.
- Tiêm phòng vaccin có tác dụng bảo vệ tốt và bền vững khoảng 3 - 5 năm.

7. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

7.1. Nhận định

7.1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian xuất hiện của bệnh?
- Các triệu chứng: sốt, sưng đau tuyến nước bọt mang tai, bệnh nhân có ăn được không? Có nôn, đau bụng không? Có đau tinh hoàn không?
- Xung quanh có ai bị bệnh như bệnh nhân không?

7.1.2. Khám

- Đếm mạch, nhiệt độ, đo huyết áp hàng ngày.
- Quan sát tuyến nước bọt mang tai: sưng một bên hay hai bên, sưng to hay nhỏ, da vùng sưng, tuyến sưng có hóa mủ hay không.
- Khám tìm 3 điểm đau.
- Khám lỗ ống Stenon xem có mủ chảy ra không.
- Khám tinh hoàn, sưng đau 1 bên hay hai bên, đánh giá mức độ sưng, đau.
- Tri giác: li bì, co giật, rối loạn hành vi, tác phong, liệt.
- Thực hiện đầy đủ xét nghiệm:
 - + Amylase máu và nước tiểu trong trường hợp viêm tụy cấp.
 - + Dịch não tủy trong trường hợp viêm màng não.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

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

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

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

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân

- Lấy nhiệt độ 3 lần/ngày, khi bệnh nhân sốt cao: chườm mát vùng trán cho bệnh nhân, dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol hoặc Aspirin theo y lệnh.

7.4.2. Giảm đau và khó chịu

- Hằng ngày theo dõi mức độ đau và sưng tuyến mang tai, tinh hoàn (khi có viêm tinh hoàn), đau thượng vị (viêm tụy).

- Giảm đau tuyến mang tai bằng chườm nóng.

- Với bệnh nhân viêm tinh hoàn: mặc quần lót chặt để treo tinh hoàn, nghỉ ngơi tuyệt đối trong thời gian tinh hoàn sưng đau, dùng thuốc chống viêm Corticoid.

- Với bệnh nhân viêm tụy: chườm nóng vùng thượng vị, điều trị như viêm tụy thông thường khác.

- Khi dùng Aspirin và Corticoid cần hướng dẫn kỹ cho bệnh nhân khi sử dụng vì nó có nhiều tác dụng phụ, gây kích ứng dạ dày, chảy máu dạ dày, vì vậy khi cho bệnh nhân uống nên khuyên uống cùng với sữa hoặc uống trong bữa ăn.

- Bệnh nhân đau nên thường không đảm bảo giấc ngủ. Điều dưỡng nên động viên và khuyên bệnh nhân ngủ đúng giờ, tránh ồn ào ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân. Có thể dùng thuốc an thần nhẹ cho bệnh nhân.

7.4.3. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Bệnh nhân thường mệt mỏi, ăn kém do đau, khó nuốt. Điều dưỡng cần hướng dẫn cho người nhà cách chế biến thức ăn và chọn thức ăn. Nên ăn thức ăn lỏng, dễ nuốt trong những ngày đầu. Ăn nhiều bữa đảm bảo đủ đạm và vitamine.

- Súc miệng nước muối hoặc Acid boric 5% sau khi ăn.

7.4.4. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Người bệnh đeo khẩu trang.

- Vệ sinh tay sạch sẽ trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh hoặc sờ vào các vật dụng.

- Nằm nghỉ tại giường, hạn chế đi lại.

- Mặc quần lót không quá chặt.

- Uống nhiều nước, ăn mềm.

- Hướng dẫn cách phát hiện các dấu hiệu biến chứng: đau nhói vùng tinh hoàn, đau quanh 2 hố chậu (nữ), đau vùng thượng vị, buồn nôn hoặc nôn, có biểu hiện li bì, hoặc mê sảng, yếu hoặc liệt chi báo ngay cho nhân viên y tế để xử trí kịp thời.

- Người nhà bệnh nhân đeo khẩu trang, vệ sinh tay sạch sẽ trước và sau khi chăm sóc người bệnh.

- Hướng dẫn người nhà chưa mắc nên tiêm vaccin phòng bệnh quai bị.

7.5. Lượng giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân có đạt mục tiêu đề ra không?

- Tuyến mang tai nhỏ dần, bớt đau.

- Các triệu chứng khó nuốt giảm dần rồi khỏi.

- Bệnh nhân ăn được, ngủ ngon, không đau bụng.

- Không xảy ra các biến chứng.

- Có kiến thức về bệnh và biết cách phòng bệnh./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chăm sóc bệnh nhân quai bị, ngoại trừ:

- A. Thực hiện đầy đủ y lệnh thuốc
- B. Theo dõi sát, phát hiện sớm biến chứng xảy ra
- C. Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi, dinh dưỡng hợp lý
- D. Tiêm ngừa vaccin phòng bệnh quai bị

2. Biện pháp phòng bệnh quai bị tốt nhất là:

- A. Không tập trung khi có dịch
- B. Ngoáy họng nuôi cấy tìm người lành mang mầm bệnh
- C. Tiêm vaccin phòng bệnh quai bị
- D. Cách ly sớm người bệnh

3. Triệu chứng gặp trong giai đoạn toàn phát bệnh quai bị, ngoại trừ

- A. Sốt 39⁰C
- B. Tuyến mang tai sưng to, nung mủ
- C. Nổi hạch trước tai và góc hàm
- D. Lỗ ống Stenon viêm đỏ

4. Sau mắc bệnh quai bị, bệnh nhân được miễn dịch trong thời gian bao lâu?

- A. 1 năm
- B. 5 năm
- C. Suốt đời
- D. Không thu được miễn dịch

5. Nội dung cần giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân bệnh quai bị, ngoại trừ:

- A. Đắp ấm vùng tuyến mang tai giúp giảm đau
- B. Cho ăn thức ăn mềm dễ nuốt
- C. Mặc quần lót nâng tinh hoàn giúp giảm đau và căng nhức
- D. Cần tiêm ngừa quai bị sau khi mắc bệnh quai bị để tạo miễn dịch lâu dài

BÀI 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được tác nhân gây bệnh, đặc điểm dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh bệnh sởi.
- 1.2. Mô tả được diễn tiến các triệu chứng đặc hiệu trong từng giai đoạn của bệnh sởi.
- 1.3. Nêu được nguyên tắc chẩn đoán bệnh sởi và chẩn đoán sớm các biến chứng bệnh sởi.
- 1.4. Trình bày biện pháp phòng ngừa bệnh sởi.
- 1.5. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc người bệnh sởi.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây truyền qua đường hô hấp. Tác nhân gây bệnh sởi là virus thuộc nhóm *Mobilivirus* của họ *Paramyxoviridae*.

- Bệnh thường gặp vào mùa đông xuân, có thể gây thành dịch, chủ yếu gặp ở trẻ em (trẻ dưới 5 tuổi) và người lớn nếu chưa có miễn dịch.

- Virus có khả năng lây nhiễm cao, lan truyền qua giọt nhỏ dịch phế quản, dịch hầu họng bắn ra do ho, hắt hơi, tiếp xúc gần hoặc tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết mũi họng của người bệnh sởi. Ở ngoài môi trường virus sởi có thể tồn tại 2 giờ đồng hồ và lan truyền bệnh.

- Thời kỳ lây bệnh nhiều nhất là khoảng 4 ngày trước khi phát ban và 4 ngày sau khi ban mọc.

- Miễn dịch bền vững suốt đời sau mắc sởi. Trẻ sơ sinh được bảo vệ bởi kháng thể của mẹ cho đến tháng 9 sau sinh.

2. CƠ THỂ CẢM THỤ

- Khi bệnh, thường gây suy giảm miễn dịch nên bệnh nhân dễ bị mắc thêm bệnh khác. Virus xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp. Tại đây virus nhân lên ở tế bào biểu mô của đường hô hấp và ở bạch huyết lân cận. Sau đó virus vào máu (nhiễm virus máu lần thứ nhất). Thời kỳ này tương ứng với thời kỳ ủ bệnh.

- Từ máu, virus theo bạch cầu đến các phủ tạng (phổi, lách, hạch, da...) gây tổn thương các cơ quan và các triệu chứng lâm sàng (thời kỳ toàn phát). Ban ở da và niêm mạc là hiện tượng đào thải virus của cơ thể và phản ứng miễn dịch bệnh lý.

- Khoảng ngày thứ 2 - 3 từ khi ban mọc, cơ thể sinh kháng thể. Kháng thể tăng lên thì virus bị loại ra khỏi máu, bệnh chuyển sang thời kỳ lui bệnh.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Diễn biến lâm sàng bệnh sởi gồm 4 giai đoạn:

3.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 7 - 21 ngày (trung bình 10 ngày), tính từ khi có tiếp xúc với nguồn bệnh cho đến khi xuất hiện dấu hiệu đầu tiên (viêm long, sốt).

3.2. Thời kỳ khởi phát

Khoảng từ 2 - 4 ngày (hay còn gọi là giai đoạn viêm long).

- Sốt: sốt từ từ tăng dần 39 - 40⁰C cho đến khi phát ban.

- Hội chứng viêm long

+ Viêm long đường hô hấp trên: ho, hắt hơi, sổ mũi.

+ Viêm kết mạc mắt, chảy nước mắt, có thể có sưng phù kết mạc và mi mắt.

+ Viêm đường tiêu hóa với biểu hiện đi ngoài phân nát 2 - 4 lần/ngày trong thời kỳ khởi phát.

- Dấu hiệu Koplik:

+ Là một trong dấu hiệu quan trọng nhất để phát hiện bệnh sởi.

+ Hạt koplik là những chấm nhỏ màu trắng đường kính 1 - 2 mm mọc ở trong niêm mạc miệng quanh lỗ tuyến stemon.

+ Dấu hiệu koplik nhạt dần đi khi bắt đầu mọc ban và mất đi rất nhanh.

3.3. Thời kỳ toàn phát (phát ban): kéo dài 2 - 5 ngày.

- Ban sởi điển hình màu hồng, không ngứa, dạng dát sần và mọc theo trình tự: bắt đầu mọc từ tóc, sau hai tai lan đến mặt và cổ, sau đó lan dần xuống thân mình và tứ chi bao gồm cả lòng bàn tay và bàn chân.

- Trong khi mọc ban, sốt giảm dần và thường mất đi vào khoảng ngày thứ tư hoặc thứ năm sau khi phát ban.

- Những trường hợp sốt kéo dài thường gợi ý đến biến chứng của bệnh sởi.

3.4. Thời kỳ hồi phục

Ban nhạt màu dần rồi chuyển sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm vẫn da hồng và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện.

4. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: hồng cầu bình thường, bạch cầu giảm nhẹ.
- Phân lập siêu vi từ máu, mũi họng (giai đoạn sớm).
- Tìm tế bào khổng lồ Hecth ở dịch tiết mũi họng.
- Huyết thanh chẩn đoán: phản ứng ngăn ngưng kết hồng cầu, phản ứng kết hợp bổ thể, phản ứng ELIZA: thực hiện 2 lần, cách nhau 7 - 10 ngày. Kết quả dương tính khi hiệu giá kháng thể lần hai cao gấp 4 lần so với lần đầu.
- Tuy nhiên, trên thực tế các xét nghiệm này rất ít được áp dụng vì khó thực hiện. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào các yếu tố dịch tễ và lâm sàng đặc trưng.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Biến chứng hô hấp, tai mũi họng

- Viêm phổi, bệnh phổi kẽ.
- Viêm tai giữa là biến chứng thường gặp ở trẻ nhỏ.
- Viêm thanh quản, viêm phế quản.

5.2. Biến chứng thần kinh trung ương

- Viêm não cấp tính, xuất hiện ngay sau khi mắc sởi.
- Viêm não xơ hóa bán cấp thường hay gặp ở những trẻ nhỏ dưới 2 tuổi bị mắc sởi. Có thể xuất hiện ngay sau khi mắc sởi hoặc tiến triển từ từ, xuất hiện các triệu chứng viêm não, trung bình sau khoảng 6 - 8 năm (có thể sau 15 năm).

5.3. Biến chứng tiêu hóa

Viêm dạ dày ruột, viêm gan, viêm ruột thừa, viêm hồi tràng và viêm hạch mạc treo, tiêu chảy, suy dinh dưỡng.

5.4. Biến chứng ở mắt

- Khô loét giác mạc mắt, có thể dẫn đến mù lòa.
- Tái hoạt bệnh lao.

5.5. Cam tẩu mã (noma):

Do bội nhiễm xoắn khuẩn Vincent một loại vi khuẩn hoại thư, gây loét niêm mạc miệng, lan sâu rộng vào xương hàm gây hoại tử niêm mạc, viêm xương, răng rụng, hơi thở hôi thối.

6. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

6.1. Đối với sởi không có biến chứng

- Chủ yếu điều trị triệu chứng, kết hợp với chăm sóc vệ sinh và dinh dưỡng.
- Hạ sốt khi sốt cao: dùng Paracetamol, chườm mát.
- Bổ sung Vitamin A theo liều lượng.

6.2. Đối với sởi có biến chứng

- Viêm phổi toàn phát: dùng Gamaglobulin miễn dịch.
- Biến chứng nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh theo chỉ định của bác sỹ.
- Biến chứng viêm não: chống viêm, chống phù não, bồi phụ nước và điện giải, chống co giật và Corticoid hoặc Gamaglobulin miễn dịch.
- Tăng cường vệ sinh, dinh dưỡng và điều trị biến chứng theo phác đồ thích hợp.

7. PHÒNG BỆNH

- Cách ly bệnh nhân sớm.
- Vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường.
- Tiêm phòng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng.

8. QUY TRÌNH CHĂM SÓC

8.1. Nhận định chăm sóc

8.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân bị bệnh ngày thứ mấy?
- Hô hấp: có ho không? Ho ngày thứ mấy? Có hắt hơi sổ mũi không?
- Tiêu hóa: có ăn được không? Có bị rối loạn tiêu hóa không?
- Cố gắng hỏi kỹ trình tự mọc ban sởi của bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân đến muộn phải hỏi kỹ quá trình diễn biến của bệnh.
- Tiền sử: dịch tễ xung quanh có ai phát ban như bệnh nhân không?

8.1.2. Khám

- Toàn trạng: quan sát toàn trạng bệnh nhân, tình trạng nhiễm trùng, hiện trạng ban trên da như thế nào? Ban mọc dày hay thưa? Có vết gãi ngứa không? Mắt có đỏ và chảy nước mắt không?

- Hô hấp: quan sát môi bệnh nhân có tím không? mức độ ho, sự tăng tiết đàm, sự co kéo các cơ hô hấp, đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở của bệnh nhân.
- Tiêu hóa: đánh giá số lượng, tính chất của phân.
- Quan sát tình trạng da, môi, hốc mắt để đánh giá tình trạng mất nước.
- Tiết niệu: số lượng và màu sắc nước tiểu trong 24 giờ.

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ suy hô hấp do viêm xuất tiết làm tắc nghẽn đường hô hấp.
- Tăng thân nhiệt do nhiễm virus hoặc bội nhiễm.
- Nguy cơ viêm da do phát ban, ngứa và vệ sinh kém.
- Nguy cơ mất nước do tiêu chảy cấp.
- Nguy cơ suy dinh dưỡng do tiêu chảy kéo dài.
- Người bệnh và người nhà người bệnh thiếu kiến thức

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo lưu thông hô hấp.
- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân
- Làm tốt công tác vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.
- Chống mất nước điện giải.
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Người bệnh và người nhà người bệnh có kiến thức về bệnh

8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

8.4.1. Đảm bảo lưu thông đường hô hấp

- Làm thông thoáng đường hô hấp: đặt bệnh nhân nằm đầu cao nếu có suy hô hấp, hút đàm dãi.

- Nếu có thở khó cho thở ôxy ngắt quãng.
- Đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở và sự co kéo các cơ hô hấp.

8.4.2. Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân

- Lấy nhiệt độ 3 lần/ngày.
- Khi bệnh nhân sốt cao: chườm mát vùng trán cho bệnh nhân, dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol hoặc Aspirin.
- Nếu có bội nhiễm: thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh.
- Theo dõi tình trạng viêm da, viêm thận để chăm sóc, xử trí kịp thời.

8.4.3. Vệ sinh thân thể, đề phòng viêm da

- Lau người cho bệnh nhân hàng ngày bằng nước sôi để nguội, sau đó lau khô ngay bằng khăn bông sạch, nếu có viêm da không được tắm rửa cho bệnh nhân bằng nước xà phòng.

- Cho bệnh nhân mặc quần áo rộng, mềm, cắt móng tay cho bệnh nhân tránh quần áo cọ vào da và tránh gãi làm xước da gây viêm da.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh nhỏ mắt, mũi cho bệnh nhân bằng dung dịch Argyron 1%.

8.4.4. Chống mất nước và điện giải

- Cho bệnh nhân uống Oresol ngay từ khi có sốt, hoặc uống nước cháo muối.
- Nếu huyết áp tụt phải thực hiện y lệnh truyền dịch.

8.4.5. Đảm bảo dinh dưỡng

- Cho bệnh nhân ăn cháo thịt nạc, cháo khoai tây, cà rốt.
- Nếu trẻ biếng ăn, phải thay đổi món ăn theo sở thích của trẻ, không ăn thức ăn có chất tanh khi trẻ có rối loạn tiêu hóa.

- Cho trẻ ăn ít một, chia nhỏ bữa trong ngày.
- Không cho bệnh nhân kiêng khem quá kỹ để làm trẻ suy dinh dưỡng.

8.4.6. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Tránh tiếp xúc với người lành trong thời kỳ bệnh để tránh lây trong cộng đồng.
- Hướng dẫn cách giữ gìn vệ sinh, cách phòng tránh lây nhiễm (đeo khẩu trang, vệ sinh tay, vệ sinh đồ dùng, đồ chơi của trẻ em,...).
- Cách theo dõi, phát hiện các dấu hiệu biến chứng, báo nhân viên y tế để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người nhà cách chăm sóc, chuẩn bị chế độ dinh dưỡng cho người bệnh.
- Tư vấn, hướng dẫn tiêm phòng vaccin./.

8.5. Lượng giá

Kế hoạch chăm sóc được lượng đánh giá là tốt khi:

- Bệnh nhân hết sốt.
- Bệnh nhân ăn, uống ngon miệng, ngủ được.
- Không giảm cân.
- Không có tai biến sau sỏi: viêm phổi, tiêu chảy, viêm da, suy dinh dưỡng, viêm loét giác mạc, viêm não,....

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Ban sỏi mọc theo trình tự nào sau đây?

- Không theo một trình tự nhất định
- Bắt đầu ở mặt, má, sau tai, ngực bụng và tứ chi
- Bắt đầu sau tai, má, mặt, cổ, ngực, bụng, lưng và tứ chi
- Bắt đầu ở má, sau tai, cổ, lưng, bụng, ngực và tứ chi

2. Bệnh sỏi lây qua đường?

- Hô hấp
- Tiêu hóa
- Tiết niệu
- Da, niêm mạc

3. Bệnh nhi sỏi có biến chứng viêm da nên tắm cho trẻ bằng nước:

- Nước ấm
- Nước trà xanh để nguội
- Nước xà phòng
- Nước lá me

4. Dấu hiệu đặc thù trong bệnh sỏi ở thời kỳ khởi phát là:

- Sốt từ từ, dao động trong ngày
- Dấu koplik
- Dấu hiệu viêm long hô hấp trên
- Tiêu chảy

5. Thời gian tiêm phòng sỏi tốt nhất cho trẻ là:

- Tiêm ngay khi trẻ mới sinh ra
- Tiêm khi trẻ tròn 9 - 12 tháng tuổi
- Tiêm bất kỳ lúc nào có thể
- Tiêm phòng vaccin

BÀI 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, tác nhân gây bệnh, đặc điểm dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh bệnh cúm.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng bệnh cúm.
- 1.3. Trình bày biện pháp phòng bệnh cúm.
- 1.4. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh cúm.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cúm A là một bệnh truyền nhiễm lây qua đường hô hấp cấp tính do virus cúm gây nên. Bệnh có khả năng lây nhiễm rất cao và lây lan nhanh trong cộng đồng.

Bệnh lây truyền từ người theo đường hô hấp, qua các giọt nước bọt hay dịch tiết mũi họng khi người bệnh ho, hắt hơi, hoặc lây qua tiếp xúc với một số đồ vật có chứa virus rồi qua bàn tay đưa lên mắt, mũi, miệng.

Người mang virus cúm có khả năng truyền virus cho những người xung quanh trong thời gian 1 ngày trước tới 7 ngày sau, kể từ khi có triệu chứng của bệnh.

Bệnh lây lan càng mạnh, càng nhanh khi có sự tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, đặc biệt ở nơi tập trung đông người như trường học, nhà trẻ, trung tâm thương mại,...Hiện nay chưa có vaccin đặc hiệu phòng chống cúm. Khi có vaccin, việc tiêm phòng bệnh phải tuân thủ theo hướng dẫn của cơ quan y tế.

Bệnh cúm rất khó chẩn đoán phân biệt với những bệnh nhiễm virus đường hô hấp khác, do có cùng triệu chứng lâm sàng.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Virus *Influenza* hình cầu gồm 3 loại A, B, C, dễ bị tiêu diệt ở nhiệt độ thông thường, chịu đựng tốt ở nhiệt độ thấp, sống bền vững trong các giọt nước bọt.

- Virus cúm có 3 loại kháng nguyên:

+ **Kháng nguyên S:** là kháng nguyên hòa tan và là căn cứ để đặt tên và phân loại virus cúm A, B, C.

+ **Kháng nguyên H:** là kháng nguyên ngưng kết hồng cầu, giúp virus dễ bám vào tế bào.

+ **Kháng nguyên N:** là kháng nguyên có tính chất men, giúp virus chui vào bên trong tế bào.

- Chu kỳ 10 - 15 năm lại có một đại dịch xảy ra. Xen kẽ giữa các vụ đại dịch, hàng năm có những vụ dịch nhỏ và khó khăn trong việc sản xuất vaccin phòng bệnh. Virus cúm B và C chỉ gây ra những vụ dịch khu vực nhỏ, tản phát.

3. CƠ THỂ CẢM THỤ

- Mọi lứa tuổi đều nhạy cảm với cúm, đặc biệt là thanh thiếu niên.

- Người già, người có bệnh mãn tính ở đường hô hấp, trẻ em dễ bị mắc cúm nặng, có nhiều biến chứng, tỷ lệ tử vong cao.

- Dịch thường xảy ra vào mùa đông xuân.

- Sau khỏi bệnh để lại miễn dịch không bền vững.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Bệnh lý đầu tiên xảy ra là hiện tượng nhiễm virus lớp tế bào thượng bì đường hô hấp gây bởi virus có nguồn gốc từ chất tiết đường hô hấp của người nhiễm cúm cấp tính khác. Khởi sự lớp tế bào hình trụ có lông tơ bị tổn thương nhưng những tế bào khác của đường hô hấp, kể cả tế bào nang, tế bào tuyến nước bọt và đại thực bào cũng có thể bị ảnh hưởng. Trong những tế bào bị nhiễm virus, virus sao chép trong vòng 4 - 6 giờ. Sau đó những virus gây nhiễm được phóng thích vào những tế bào ở kế cận. Bằng cách này, virus phát tán từ một ổ nhiễm mới sang một số lượng lớn tế bào đường hô hấp chỉ trong vòng vài giờ.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thường từ 24 - 48 giờ, có thể kéo dài đến 3 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát

- Người bệnh thường có biểu hiện sốt cao đột ngột 39 - 40°C

- Đau đầu, đau nhức cơ toàn thân.

- Mệt mỏi toàn thân.

5.3. Thời kỳ toàn phát

Thời kỳ này có 3 biểu hiện chính:

- Sốt cao liên tục 39 - 40°C.

- Người bệnh có nhức đầu, đau bắp cơ toàn thân.

- Triệu chứng hô hấp: viêm kết mạc mắt, chảy nước mắt, nước mũi, đau họng, đau thanh quản. Một số trường hợp có đau phế quản, hay viêm phổi như ho, khó thở, khạc đàm.

Trường hợp nặng có thể thấy khó thở tăng dần rồi diễn biến thành ARDS và suy đa tạng. Những trường hợp nặng dẫn đến tử vong, trung bình 9 - 10 ngày sau khởi phát.

5.4. Thời kỳ lui bệnh

Nếu không có biến chứng, phần lớn người bệnh hồi phục sau một tuần, tuy nhiên có những biểu hiện ho và mệt mỏi có thể kéo dài nhiều tuần.

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. Công thức máu

- Bạch cầu giảm trong 2 - 4 ngày đầu, nhưng thường là bình thường hoặc hơi tăng và thay đổi trong khoảng 2.000 - 14.000/mm³ máu.

- Bạch cầu tăng trên 15.000/mm³ máu là báo động tình trạng bội nhiễm vi trùng. Trong biến chứng viêm phổi nặng, bạch cầu có thể giảm.

6.2. Nước tiểu

Nước tiểu có ít Albumin trong giai đoạn sốt cao.

6.3. Phân lập virus

Phết mũi, phết họng, dịch khí phế quản, nước súc miệng. Kết quả phân lập virus dương tính trong 2 - 3 ngày đầu của bệnh.

6.4. X - quang

Có thể thấy hình ảnh hai rốn phổi tăng đậm. Trong trường hợp viêm phổi tiên phát do virus. Hình ảnh sẽ là nhiều đốm mờ rải rác ở 2 phế trường.

7. BIẾN CHỨNG

Thường xảy ra ở những đối tượng nguy cơ cao như người cao tuổi, phụ nữ có thai, trẻ em, người có bệnh mãn tính, bệnh lưu niên.

7.1. Biến chứng phổi

- Viêm phổi tiên phát do virus: ít gặp nhưng thường rất nặng, biểu hiện lâm sàng như sốt kéo dài, thở nhanh, tím tái, khạc đàm có máu, nghe phổi ran, hoặc có biểu hiện viêm đường hô hấp cấp tính. X-quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm mô kẽ lan tỏa.

- Viêm phổi thứ phát do vi khuẩn: thường xảy ra sau giai đoạn cấp của cúm. Sau 2 - 3 ngày khỏi bệnh. Người bệnh có biểu hiện lâm sàng của nhiễm khuẩn phổi như sốt trở lại, ho, khạc đàm đục,... X-quang có hội chứng đông đặc.

- Biến chứng phổi khác

+ Viêm phế quản.

+ Absces phổi.

+ Tràn dịch màng phổi.

7.2. Biến chứng tim mạch

- Thay đổi nhịp tim (xuất hiện trên người bệnh có bệnh nền tim mạch).
- Viêm màng ngoài tim.

7.3. Biến chứng thần kinh

- Hội chứng Guillain-Barre, viêm tủy cắt ngang, thường xảy ra sau nhiễm cúm.
- Viêm não.

7.4. Viêm cơ

Đau nhức chi dưới, tăng Creatinine.

7.5. Biến chứng về tai mũi họng

- Viêm họng, amygdal.
- Viêm lợi.
- Viêm xoang trán, xoang hàm.
- Viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.
- Viêm thanh quản, bội nhiễm gây phù, loét, hoại tử có giả mạc.
- Viêm tai mũi họng có thể lan sang qua mặt gây viêm kết mạc mắt, viêm tuyến lệ

8. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

8.1. Nguyên tắc chung

- Dùng thuốc kháng virus.
- Hồi sức hô hấp là cơ bản, giữ SpO₂ ≥ 92%

8.2. Điều trị thuốc kháng virus

- Oseltamivir (Tamiflu)

+ Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ Trẻ em từ 1 - 13 tuổi: dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể.

+ Dưới 15 kg : 30mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ 16 - 23 kg : 45mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ 24 - 40kg : 60mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ Trên 40kg : 75mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ Trẻ dưới 12 tháng

• Dưới 3 tháng : 12mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

• 3 - 5 kg : 20mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.

• 6 - 11 tháng x 2 lần/ngày x 5 ngày.

- Zanamivir: dạng hít định liều. Sử dụng trong trường hợp: không có Oseltamivir trong trường hợp chậm đáp ứng hoặc kháng với Oseltamivir.

8.3. Điều trị suy hô hấp

- Tư thế người bệnh: nằm đầu cao 30- 45⁰

- Hỗ trợ oxy: thở qua cannula kính mũi, qua mask.
- Thở CPAP.
- Thông khí nhân tạo.
- Dẫn lưu hút khí màng phổi: khi có tràn khí màng phổi, phải dẫn lưu hút khí màng phổi.

8.4. Các biện pháp khác

- Truyền dịch.
- Thuốc vận mạch.
- Thăng bằng kiềm toan.
- Khi người bệnh tiến triển nặng thành suy đa tạng, cần áp dụng phác đồ hồi sức cho người bệnh suy đa tạng.
- Ở những nơi có điều kiện có thể tiến hành lọc máu liên tục để hỗ trợ điều trị hội chứng đa tạng.

8.5. Điều trị hỗ trợ

- Dùng Corticoid: theo liều lượng, chỉ định của bác sỹ.
- Hạ sốt: dùng Paracetamol khi nhiệt độ lên 39⁰C.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.
- Chống loét.
- Chăm sóc hô hấp.

8.6. Điều trị kháng sinh

- Dùng thuốc kháng virus Tamiflu: liều lượng theo chỉ định của bác sỹ.
- Dùng kháng sinh phổ rộng, kháng sinh chống bội nhiễm.
- Ở các tuyến xã, huyện có thể dùng kháng sinh cho viêm phổi cộng đồng.

8.7. Phòng bệnh

- Phát hiện sớm và cách ly bệnh nhân.
- Hạn chế tụ họp đông người khi đang có dịch.
- Tránh lao động quá sức, tránh nhiễm lạnh.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân, vệ sinh mũi họng.
- Tiêm vaccin phòng bệnh.

9. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

9.1. Nhận định chăm sóc

9.1.1. Hỏi bệnh

- Sốt cao, rét run, sốt ngày thứ mấy?
- Có hắt hơi, chảy nước mũi?

- Có đau họng, ho, đau ngực, khó thở?
- Đau đầu, đau mũi người?
- Có tiếp xúc với người mắc cúm, với gia cầm chết?
- Có ăn, ngủ được không?

9.1.2. Khám bệnh

- Quan sát bệnh nhân
 - + Tổng trạng
 - + Tình trạng nhiễm virus, có xuất huyết không? Tinh thần có tỉnh táo không? Đo thân nhiệt của bệnh nhân.

- Hô hấp: quan sát môi bệnh nhân có tím không? Mức độ viêm long đường hô hấp, sự co kéo các cơ hô hấp, đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở của bệnh nhân.

- Tuần hoàn: bắt mạch, đếm nhịp tim, đo huyết áp.
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán, chỉ định thuốc, yêu cầu xét nghiệm và các chỉ định khác để lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

9.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tăng thân nhiệt do nhiễm virus và bội nhiễm.
- Ho, hắt hơi, chảy nước mũi do viêm long đường hô hấp.
- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do đau họng.
- Người nhà và bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh.

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Hạ thân nhiệt và phòng bội nhiễm.
- Giảm ho, giảm hắt hơi, chảy nước mũi.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.4.1. Hạ thân nhiệt và phòng bội nhiễm

- Hạ nhiệt khi bệnh nhân sốt cao bằng chườm mát hoặc dùng thuốc hạ sốt.
- Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh, đủ liều, đúng giờ.
- Vệ sinh mũi họng, răng miệng hàng ngày. Trẻ nhỏ không tự vệ sinh được điều dưỡng viên trực tiếp hoặc hướng dẫn người nhà cách chăm sóc răng miệng cho trẻ.

9.4.2. Giảm ho, giảm hắt hơi, chảy nước mũi

- Hướng dẫn bệnh nhân giữ ấm cổ, tránh gió lùa.
- Dùng thuốc giảm ho, giảm hắt hơi theo chỉ định của thầy thuốc.

9.4.3. Đảm bảo dinh dưỡng

- Cho bệnh nhân ăn thức ăn lỏng, đủ dinh dưỡng, tăng cường chất đạm và hoa quả tươi để tăng cường sức đề kháng.

- Tránh cho bệnh nhân ăn thức ăn quá lạnh.
- Bệnh nhân nặng phải cho ăn qua sonde dạ dày.

9.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Giải thích về mức độ nặng nhẹ, sự nguy hiểm, biến chứng của bệnh cho người nhà và bệnh nhân hiểu.

- Hướng dẫn gia đình cách phát hiện những dấu hiệu nguy hiểm.
- Hướng dẫn nội qui, vệ sinh phòng bệnh.
- Chất thải tiết của bệnh nhân phải đổ đúng nơi quy định
- Người bệnh mắc cúm đeo khẩu trang tránh lây truyền cho người khác.
- Cách phát hiện các biểu hiện bất thường như khó thở tăng dần, đau tức ngực, ho nhiều, sốt cao, báo ngay cho nhân viên y tế để xử trí kịp thời.
- Cách ho khạc, khạc nhổ đàm dãi đúng nơi quy định.
- Vệ sinh mũi họng, rửa mũi họng hàng ngày, vệ sinh cá nhân sạch sẽ.
- Vệ sinh bàn tay trước khi ăn và sau khi vệ sinh hoặc sau khi sờ vào các vật dụng cá nhân.
- Hướng dẫn người nhà người bệnh đeo khẩu trang, vệ sinh bàn tay trước và sau khi chăm sóc người bệnh hoặc sau khi sờ vào các vật dụng của người bệnh.
- Hướng dẫn khi có biểu hiện sốt, hắt hơi sổ mũi đến ngay cơ sở y tế để khám và điều trị.
- Hướng dẫn chuẩn bị chế độ ăn cho người bệnh./.

9.5. Lượng giá

Kế hoạch đánh giá là tốt khi bệnh nhân khỏi, không bị biến chứng, ăn uống tốt thể lực không giảm sút.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Virus cúm thường gây nên những trận dịch lớn?

- A. Cúm A
- B. Cúm B
- C. Cúm C
- D. A, B, C đều đúng

2. Thời kỳ lui bệnh của bệnh cúm:

- A. Sau 2 - 3 ngày sốt giảm
- B. Sau 5 - 7 ngày sốt giảm
- C. Sau 3 - 5 ngày sốt giảm
- D. Sau 7 - 10 ngày sốt giảm

3. Biện pháp phòng ngừa cúm hiệu quả nhất cho cộng đồng hiện nay là:

- A. Mang khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân cúm
- B. Tránh lao động mệt nhọc
- C. Hạn chế sinh hoạt, tụ họp nơi đông người
- D. Tiêm ngừa vaccin cúm

4. Biện pháp cần thực hiện cho bệnh nhân cúm, ngoại trừ:

- A. Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác
- B. Tăng cường chất dinh dưỡng
- C. Khử trùng mũi, họng bằng nước muối
- D. Chủng ngừa vaccin cúm

5. Dinh dưỡng cần thiết cho bệnh nhân cúm:

- A. Ăn lỏng, đủ dinh dưỡng
- B. Uống đủ nước
- C. Tăng cường các loại sinh tố
- D. A, B, C đều đúng

BÀI 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, mầm bệnh, dịch tễ học bệnh thủy đậu.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán bệnh thủy đậu.
- 1.3. Trình bày biện pháp phòng bệnh thủy đậu.
- 1.4. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh thủy đậu.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thủy đậu do virus *Varicella Zoster* gây nên, thường xảy ra vào mùa đông xuân và đối tượng chủ yếu là trẻ em dưới 10 tuổi.

Virus gây bệnh thủy đậu lây chủ yếu qua đường hô hấp (hoặc không khí) người lành dễ bị nhiễm bệnh nếu hít phải những giọt nước bọt bắn ra khi bệnh nhân thủy đậu ho, hắt hơi hoặc chảy nước mũi,... Nhất là trẻ em.

Một số cách ly nhiễm khác có thể xảy ra nếu chúng ta không cẩn thận khi tiếp xúc với bệnh nhân thủy đậu như: bệnh có thể lây từ bóng nước khi bị vỡ ra, lây từ vùng da bị tổn thương hoặc lở loét từ người mắc bệnh. Đặc biệt, phụ nữ mang thai không may bị nhiễm bệnh sẽ rất dễ lây cho thai nhi thông qua nhau thai.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Virus gây bệnh là *Varicella - Zoster virus*. Trên lâm sàng virus này có thể gây ra hai bệnh cảnh lâm sàng khác nhau là bệnh thủy đậu và bệnh *zona* (do đáp ứng của cơ thể với virus) và ngược lại.

- Ngoài cơ thể virus kém bền vững.

- Người có miễn dịch với bệnh thủy đậu cũng có khả năng chống lại bệnh *Zona*.

3. DỊCH TỄ HỌC

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh là nguồn lây duy nhất. Bệnh xuất hiện sau nhiễm trùng tiên phát.
- Bệnh lây từ cuối thời kỳ ủ bệnh đến khi nốt thủy đậu bong vảy (7 - 8 ngày).

3.2. Cơ thể cảm thụ

- Mọi người đều cảm thụ với bệnh thủy đậu nhưng tuổi hay mắc là trẻ em 6 tháng đến 7 tuổi.

- Người lớn ít bị mắc bệnh vì đã có miễn dịch.
- Bệnh hay gặp ở mùa lạnh.
- Sau mắc bệnh để lại miễn dịch vững bền.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Sau khi xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp, virus tăng sinh rồi đến hệ liên võng nội mô, vào máu, sau đó gây tổn thương da và niêm mạc (cấy máu giai đoạn trước khi nốt thủy đậu mọc có thể phát hiện được virus thủy đậu).

- Tại da và niêm mạc, các tế bào đáy, tế bào gai của nội mạch vi quản ở lớp sừng bị phình to, chứa nhiều dịch tiết, đồng thời xuất hiện nhiều tế bào đa nhân khổng lồ.

- Virus có thể làm tổn thương các mạch máu tại những nốt thủy đậu gây hoại tử và xuất huyết.

- Tại những nốt thủy đậu nước đục chứa nhiều dịch với sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính, tế bào thoái hóa, fibrin và rất nhiều virus.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh:

Từ 10 - 21 ngày trung bình 14 - 17 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát: thường kéo dài 24 - 48 giờ.

- Biểu hiện sốt nhẹ, có thể không có sốt, hoặc có thể có sốt cao tùy vào cơ địa người bệnh khi đang có vấn đề về miễn dịch.

- Phát ban, nốt màu hồng kích thước vài mm, nổi trên mặt da, có thể có ngứa.

5.3. Thời kỳ toàn phát

- Sốt có thể giảm, có trường hợp sốt cao trong bội nhiễm.

- Biểu hiện đặc trưng là nốt phỏng nước, ban càng mọc dày người bệnh thường sốt cao và có tình trạng nhiễm độc.

- Ban thủy đậu có thể thấy xuất hiện ở niêm mạc má, vòm họng, thanh quản, đường tiêu hóa, âm đạo, màng tiếp hợp,...gây nên một số triệu chứng như nuốt đau, nôn, đau họng, tiêu chảy, ho khó thở, xuất huyết âm đạo.

- Phụ nữ có thai trong 5 tháng cuối mắc thủy đậu có biến chứng nặng và khoảng 2% số trẻ sơ sinh sẽ có thủy đậu bẩm sinh với biểu hiện tổn thương sẹo trên da.

- Người bệnh mắc thủy đậu thời kỳ chu sinh, trước khi sinh 5 ngày và sau sinh 2 ngày, trẻ có thể có nguy cơ mắc thủy đậu.

5.4. Thời kỳ hồi phục

Sau khi vẩy khô và bong người bệnh hồi phục nhanh chóng nếu không có bội nhiễm

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Viêm da bội nhiễm do liên cầu hoặc tụ cầu

Là biến chứng hay gặp nhất. Các nốt phỏng hóa mủ đục và khi vỡ gây nên tình trạng viêm da toàn thân, viêm mô, absces dưới da, có thể gây nên tình trạng nhiễm khuẩn huyết.

6.2. Viêm phổi

Xuất hiện vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 của bệnh.

- Sốt.
- Thở nhanh, xanh xao, đau ngực, khạc ra máu, tim nhanh.
- X quang hình ảnh nốt mờ viêm phổi kẽ.

6.3. Biến chứng hệ thần kinh trung ương

6.3.1. Viêm não

- Sốt cao.
- Đau đầu.
- Rối loạn tri giác, có khi có co giật và hôn mê.
- Dấu hiệu Babinski (+).
- Dịch não tủy trong, tăng tế bào lympho và albumin tăng nhẹ.

6.3.2. Viêm màng não

- Sốt kéo dài hơn.
- Nôn và buồn nôn.
- Đau đầu tăng nhiều hơn.
- Khám có hội chứng màng não.
- Dịch não tủy trong, tăng tế bào lympho và albumin tăng nhẹ.

6.3.3. Đôi khi có hội chứng Guillain - Barre

6.3.4. Các biến chứng khác

- Viêm cơ tim.
- Viêm giác mạc.
- Viêm khớp.
- Viêm cầu thận, viêm thận, xuất huyết nội tạng.
- Tổn thương gan đặc trưng của hội chứng Reye.
- Xét nghiệm men gan tăng, tăng đường huyết, amoniac máu (NH₃) tăng.
- Lâm sàng tổn thương não, hôn mê, co giật.

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. Công thức máu

- Bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Tiểu cầu và hồng cầu bình thường.

7.2. Phát hiện tế bào đa nhân khổng lồ

Bằng phết tzank trên sang sương bóng nước. Tuy nhiên của kỹ thuật chỉ đạt 60%.

7.3. Huyết thanh chẩn đoán

- Phản ứng kết hợp bổ thể tìm kháng thể chống virus thủy đậu.
- Phương pháp miễn dịch huỳnh quang.
- Test ELISA (enzyme linked Immunoabsorbent assay)

7.4. Phân lập virus

8. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

8.1. Điều trị triệu chứng

- Dùng Paracetamol 10 - 15mg/kg/6 giờ nếu người bệnh sốt hoặc giảm đau.
- Có thể dùng kháng Histamin để giảm ngứa.
- Vệ sinh da, nên tắm hàng ngày bằng nước ấm, sạch.
- Cung cấp chế độ dinh dưỡng đủ chất.
- Nghỉ ngơi tại giường, cách ly hạn chế lây lan.

8.2. Điều trị bằng Acyclovir

* Điều trị Acyclovir được chỉ định nhằm mục đích:

- Điều trị các biến chứng.
- Chỉ định trên những bệnh nhân cơ địa đặc biệt như HIV/AIDS, phụ nữ có thai, đang

điều trị Corticoid.

- Có thể sử dụng điều trị cho đối tượng ở lứa tuổi vị thành niên và tuổi trưởng thành nhằm rút ngắn thời gian bị bệnh, hạn chế biến chứng.

* Liều dùng:

- Nhóm tuổi thanh thiếu niên và người lớn dùng 800mg/24 giờ chia 5lần/ngày.
- Trẻ em liều 10mg/kg/ngày.
- Thời gian điều trị từ 5 - 7 ngày. Trong trường hợp có biến chứng nên dùng đường tĩnh

mạch.

8.3. Phòng bệnh

- Thường cách ly tại nhà, chỉ đưa đi bệnh viện những trường hợp nặng, có biến chứng.

Thời gian cách ly sau khi ban mọc đợt cuối cùng 5 ngày.

- Tẩy uế buồng bệnh hàng ngày.
- Phòng bệnh đặc hiệu bằng tiêm vaccin hoặc globulin.

9. QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỦY ĐẬU

9.1. Nhận định chăm sóc

9.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân bị bệnh ngày thứ mấy?
- Toàn thân: bệnh nhân có sốt, có co giật không?
- Hô hấp: có viêm long đường hô hấp không?
- Tình trạng da và niêm mạc: hỏi kỹ về ban, nốt thủy đậu, trình tự mọc và tiến triển của nốt thủy đậu, bệnh nhân có ngứa và gãi không?
- Tiền sử: dịch tễ xung quanh có ai bị bệnh như bệnh nhân, bệnh nhân đã từng bị bệnh như lần này bao giờ chưa? Có được tiêm phòng đầy đủ không?

9.1.2. Khám

- Toàn trạng: quan sát toàn trạng bệnh nhân, tình trạng tinh thần, tình trạng nhiễm trùng, tình trạng mất nước.
- Quan sát tình trạng da, hiện trạng nốt đậu trên da như thế nào? Mọc dày hay thưa? có vết gãi ngứa không? các nốt đậu có đục, có mũ không? Mắt có đỏ và chảy nước mắt không?
- Hô hấp: quan sát mỗi bệnh nhân có tím không? Mức độ ho, sự tăng tiết đàm dãi, sự co kéo các cơ hô hấp, đếm nhịp thở, kiểu thở của bệnh nhân.
- Tiết niệu: số lượng và màu sắc nước tiểu trong 24 giờ.
- Đo nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán, chỉ định thuốc, yêu cầu xét nghiệm và các chỉ định khác để lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

9.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Tăng thân nhiệt do nhiễm virus hoặc bội nhiễm.
- Nguy cơ viêm da do nốt thủy đậu vỡ, bệnh nhân gãi.
- Bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh tật.

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân, chống nhiễm trùng.
- Làm tốt công tác vệ sinh thân thể, đề phòng viêm da.
- Giáo dục sức khỏe.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.4.1. Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân

- Khi bệnh nhân sốt cao: chườm mát vùng trán cho bệnh nhân, dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol.
- Lấy nhiệt độ 3 lần/ngày.
- Nếu có bội nhiễm: thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh.

- Theo dõi nốt thủy đậu mọc, tình trạng viêm da, viêm phổi, viêm não, viêm thận để chăm sóc và xử trí kịp thời.

9.4.2. Vệ sinh thân thể, đề phòng viêm da

- Lau người cho bệnh nhân hàng ngày bằng nước sôi để nguội, sau đó lau khô ngay bằng khăn bông sạch, nếu có viêm da không được tắm rửa cho bệnh nhân bằng nước xà phòng.

- Bôi xanh methylen vào những nốt thủy đậu dập vỡ.

- Cho bệnh nhân mặc quần áo rộng, mềm, kín, cắt móng tay cho bệnh nhân tránh quần áo cọ vào da và tránh gãi làm xước da gây viêm da.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh: nhỏ mắt, nhỏ mũi cho người bệnh (dung dịch Argyron 1%).

9.4.3. Giáo dục sức khỏe

- Giải thích về mức độ nặng nhẹ, sự nguy hiểm, biến chứng của bệnh cho người nhà và bệnh nhân hiểu.

- Hướng dẫn thân nhân cách phát hiện những dấu hiệu nguy hiểm.

- Hướng dẫn thân nhân cách cho bệnh nhân ăn đủ dinh dưỡng, thay đổi khẩu phần ăn hàng ngày, không nên kiêng khem quá kỹ vì bệnh nhân có thể suy dinh dưỡng.

- Hướng dẫn cách tắm rửa, loại quần áo mặc phải phù hợp cho bệnh nhân.

- Hướng dẫn nội qui, vệ sinh phòng bệnh.

- Chất thải tiết của bệnh nhân phải đổ đúng nơi quy định.

- Cho bệnh nhân ăn cháo thịt nạc, cháo khoai tây, cà rốt.

- Nếu trẻ biếng ăn, phải thay đổi món ăn theo sở thích của trẻ, không ăn thức ăn có chất tanh khi trẻ có rối loạn tiêu hóa.

- Cho trẻ ăn ít một, chia nhỏ bữa trong ngày.

9.5. Lượng giá

Kế hoạch chăm sóc được lượng giá là tốt khi bệnh nhân hồi phục, không có biến chứng bội nhiễm, hoặc các biến chứng được chăm sóc, điều trị kịp thời, sức khỏe bệnh nhân hồi phục./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Lứa tuổi thường hay mắc bệnh thủy đậu?

- A. Tất cả mọi lứa tuổi
- B. Trẻ sơ sinh
- C. Trẻ em 6 tháng đến 7 tuổi
- D. Người già > 60 tuổi

2. Biện pháp không thích hợp trong chăm sóc bệnh nhân thủy đậu?

- A. Cho bệnh nhân mặc quần áo rộng, thoáng mát
- B. Cắt ngắn móng tay
- C. Bôi xanh methylen vào các nốt thủy đậu đã vỡ
- D. Hạn chế tối đa lau, tắm cho bệnh nhân làm tổn thương da

3. Biện pháp phòng bệnh thủy đậu hiệu quả nhất:

- A. Cách ly ngay tại nhà
- B. Tăng cường chất dinh dưỡng chủ yếu là các loại Vitamin
- C. Tẩy uế buồng bệnh hàng ngày
- D. Tiêm phòng vaccin thủy đậu

4. Thời gian cách ly bệnh nhân thủy đậu hợp lý nhất là:

- A. 7 - 10 ngày từ lúc bắt đầu phát ban đến khi các nốt phỏng nước khô vảy hoàn toàn
- B. 5 ngày sau khi thủy đậu mọc đợt cuối cùng
- C. 5 - 7 ngày kể từ khi phát ban
- D. 7 ngày sau khi hết sốt

5. Ban Thủy đậu thường có đặc tính, ngoại trừ:

- A. Dạng bọng nước
- B. Lan tỏa toàn thân
- C. Thường để lại sẹo sâu
- D. Không mọc cùng một lúc, nên có nhiều tuổi ban khác nhau trên da

BÀI 6: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được đại cương, tác nhân gây bệnh, cơ chế bệnh sinh bệnh viêm màng não mủ.
- 1.2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân viêm màng não mủ thể điển hình.
- 1.3. Nêu và giải thích được kết quả các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán bệnh, chẩn đoán căn nguyên, phát hiện biến chứng và theo dõi diễn tiến điều trị.
- 1.4. Trình bày được biến chứng, dự chứng và những phương pháp phòng ngừa bệnh viêm màng não mủ.
- 1.5. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não mủ là tình trạng bệnh lý gây nên bởi các vi khuẩn có khả năng sinh mủ, xâm nhập vào màng não. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính và hội chứng màng não.

Tác nhân gây bệnh, có rất nhiều loại vi khuẩn có thể gây nên viêm màng não. Loại thường hay gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, cả 3 loại này chiếm 80% các trường hợp.

Ngoài ra *Escherichia coli* và các loại gram âm khác; *Listeria monocytogenes*, *Group B Streptococcus aureus*, *Salmonella spp*, các loại vi khuẩn gây bệnh viêm màng não mủ ở các lứa tuổi khác nhau:

- Ở lứa tuổi sơ sinh, vi khuẩn gây viêm não thường có liên quan với các loại vi khuẩn hay gặp trong âm đạo người mẹ và cũng tùy thuộc vào môi trường của trẻ sinh sống, thường gặp là *Group B Streptococcus* và *Escherichia*.

- Ngoài ra các trực khuẩn gram khác thường gặp như (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*,...) và *Listeria monocytogenes* cũng hay gặp.

- Ở trẻ nhũ nhi, từ trên 3 tháng tuổi đến 2 tuổi, có tỷ lệ viêm màng não mủ cao nhất. Căn nguyên hàng đầu là vi khuẩn *Haemophilus influenzae type B*.

- Lứa tuổi thanh thiếu niên hoặc thanh niên vi khuẩn hay gặp *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*.

- Đối với người già trên 50 tuổi, nguyên nhân chủ yếu viêm màng não mủ là *Streptococcus pneumoniae*.

Các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng bị viêm màng não mủ là môi trường sinh sống; các yếu tố miễn dịch của chủ thể như bị khuyết tật bẩm sinh, suy giảm miễn dịch hoặc có bất thường về đáp ứng miễn dịch,....

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Tác nhân xâm nhập vào màng não theo 3 con đường: máu, bạch huyết, và các đường kề cận. Ở trẻ em, khởi đầu vi khuẩn xâm nhập qua niêm mạc mũi, họng, thanh quản hoặc phế quản. Tại đó, tùy theo phản ứng miễn dịch của cơ thể, vi khuẩn có thể khu trú và chỉ gây bệnh tại chỗ (gây viêm mũi họng, viêm thanh quản hoặc viêm phế quản) hoặc lọt vào hệ thống máu hay bạch huyết.

- Phần lớn các trường hợp viêm màng não nhiễm khuẩn tuần tự qua 4 giai đoạn:

- + Giai đoạn nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- + Giai đoạn xâm nhập vào máu từ các ổ nhiễm trùng đường hô hấp.
- + Giai đoạn các vi khuẩn theo đường máu tràn vào màng não.
- + Giai đoạn viêm màng não - não.

- Đại bộ phận trẻ em bình thường lứa tuổi còn bú và trẻ lớn vào thời gian nào đó, đều bị cư trú hoặc nhiễm khuẩn đường hô hấp do các vi khuẩn gây viêm màng não. Trong phần lớn trẻ em có bệnh nhẹ ở đường hô hấp. Ở một số ít trẻ, vi khuẩn này đã xâm nhập vào máu.

- Ở một số trong các trường hợp vi khuẩn huyết này, các vi khuẩn bị quét sạch khỏi dòng máu nhờ các cơ chế phòng vệ tự nhiên. Ở một số khác, nhiễm khuẩn được giải quyết tại giai đoạn này bằng các thứ thuốc kháng khuẩn uống thông thường. Tuy vậy ở một số ít trẻ (được điều trị hoặc không điều trị).

- Não được bảo vệ bằng một lớp màng. Lớp màng này được hình thành bởi sự liên kết chặt chẽ giữa các tế bào lót mạch máu. Do chức năng bảo vệ của hàng rào mạch máu còn yếu, hàng rào mạch máu não ở trẻ nhỏ chưa hoàn chỉnh, vi khuẩn có thể xâm nhập vào màng não và gây viêm màng não nhiễm khuẩn tiên phát.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Thời kỳ khởi phát

- Bệnh khởi đầu là các dấu hiệu nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, bệnh cảnh diễn biến từ từ rất khó xác định thời điểm thật sự bị viêm màng não mủ.

- Hoặc khởi phát cấp tính với các triệu chứng nặng của một nhiễm khuẩn huyết và tiến triển nhanh chóng đến viêm màng não trong vài giờ.

3.2. Thời kỳ toàn phát

3.2.1. Hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính

- Biểu hiện sốt cao, nhiệt độ 39 - 40°C.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc: li bì, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn, da xanh tái,...
- Có khi có biểu hiện tình trạng sốc nhiễm khuẩn hay nhiễm khuẩn huyết.

3.2.2. Hội chứng màng não

- *Triệu chứng cơ năng*
 - + Đau đầu: thường liên tục, cả 2 bên, nhất ở vùng thái dương chằm, kèm biểu hiện người bệnh sợ ánh sáng, nằm co theo tư thế cò súng, mặt quay vào bóng tối.
 - + Nôn: nôn tự nhiên, nôn vọt dễ dàng, nhiều lần, không liên quan đến bữa ăn.
 - + Táo bón là biểu hiện thường thấy, tuy nhiên ở trẻ em đôi khi gặp tiêu lỏng.
- *Triệu chứng thực thể*
 - + Dấu hiệu cứng gáy.
 - + Dấu hiệu Kernig (+), Bzudzinski (+), vạch màng não (+).
 - + Có thể gặp người bệnh tăng cảm đau.

3.2.3. Các triệu chứng thần kinh

- Co giật: thường là co giật toàn thân, nhưng cũng có thể gặp trường hợp co giật cục bộ (nửa người, tay chân, hoặc cơ vùng mặt, đặc biệt các cơ quan vận nhãn).
- Rối loạn tri giác: người bệnh li bì, hoặc có dấu hiệu vật vã. Nặng hơn có thể hôn mê, liệt khu trú.

3.2.4. Các triệu chứng khác

- Có ban xuất huyết hoại tử hình sao, đau khớp hay gặp trong viêm màng não ở não mô cầu.
- Viêm phổi, viêm xoang, mụn phỏng trong viêm màng não mủ do phế cầu.
- Các mụn mủ ở mặt, đầu trong viêm màng não tụ cầu vàng.
- Viêm màng não do *H.influenzae* thường diễn biến rất đột ngột ở trẻ nhỏ.
- Ngoài ra còn có thể gặp tình trạng suy hô hấp, suy tuần hoàn do ức chế trung tâm và rối loạn thần kinh thực vật, mất nước do rối loạn nước và điện giải.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Dịch não tủy

Khi có biểu hiện nghi ngờ viêm màng não cần chọc dò dịch não tủy ngay, kết quả có thể thấy.

- Áp lực tăng.
- Dịch đục như mủ hoặc màu ám khói hoặc như nước dừa non.
- Sinh hóa
 - + Protein tăng trên 1g/lít (bình thường < 0,4g/l)
 - + Đường giảm, có khi chỉ còn vết.
 - + Muối bình thường.
- Tế bào tăng từ 100 đến hàng nghìn tế bào/mm³, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính ($\geq 80\%$)
 - Nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

4.2. Các xét nghiệm khác

- Công thức máu: bạch cầu tăng, chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Cấy máu, tìm vi khuẩn ở mủ tai, họng, nốt ngoài da, nước tiểu.
- Chụp phổi, chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ sọ não.
- Xét nghiệm sinh hóa máu, có thể do rối loạn nội tiết, đường máu.

5. BIẾN CHỨNG

Dày dính màng não: điều trị kéo dài nhưng không tiến triển. Dịch não tủy có phân ly đám - tế bào và có sự mâu thuẫn giữa kết quả dịch não tủy và diễn biến lâm sàng.

5.1. Liệt khu trú

Có thể gặp liệt thần kinh vận nhãn, liệt một chi hay liệt nửa người, thường hồi phục dần khi khỏi bệnh, nhưng cũng có khi tồn tại vĩnh viễn.

5.2. Tràn mủ màng cứng, abses não

Biểu hiện nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng, sốt cao kéo dài với hội chứng tăng áp lực nội sọ, liệt thần kinh khu trú, xác định chẩn đoán dựa vào chụp cắt lớp sọ não.

5.3. Nhiễm khuẩn huyết

5.4. Biến chứng muộn: điếc hay giảm thính lực (hay gặp trong viêm màng não mủ do Liên cầu lợn) chậm phát triển trí tuệ, chậm phát triển vận động, động kinh.

6. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

6.1. Liệu pháp kháng sinh

- Viêm màng não do *H.influenzae*:
 - + Dùng Cefotaxim liều : 200 - 300mg/kg/24 giờ
 - + Hoặc Ceftriaxon liều : 100 - 150mg/kg/24 giờ
- Viêm màng não mủ do não mô cầu
 - + Dùng penicillin G : 400.000UL/kg/24 giờ
 - + Hoặc Chloramphenicol 100mg/kg/24 giờ

- + Hiện nay : Cefotaxim liều: 200 - 300mg/kg/24 giờ
- + Hoặc Ceftriaxon liều : 70 - 100mg/kg/24 giờ
- Viêm màng não do não phế cầu
 - + Dùng Penicillin G : 400.000UL/kg/24 giờ
 - + Hoặc Cefotaxim liều: 200 - 300mg/kg/24 giờ phối hợp với Vancomycin 40-60mg/kg/24 giờ pha truyền tĩnh mạch.
- Viêm màng não do *S.aureus*
 - + Dùng Oxacillin 8 - 12 gr/24 giờ.
 - + Hoặc dùng Vancomycin 40 - 60mg/kg/24 giờ pha truyền tĩnh mạch.
 - + Hoặc dùng Axepim 40 - 60mg/kg/24 giờ.
- Viêm màng não do các loại vi khuẩn gram âm khác.
 - Ngoài nhóm Cephalosporin thế hệ III có thể dùng Aztreonam.

6.2. Điều trị hỗ trợ

- Chống phù não nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ: truyền Manitol 10 - 20% truyền tốc độ nhanh.
- Chống co giật: bằng Diazepam hoặc Phenobarbotal.
- Hạ sốt: chườm mát, dùng thuốc hạ nhiệt độ.
- Suy hô hấp: hút đàm dãi, thở ôxy, đặt ống nội khí quản, thở máy hỗ trợ khi cần.
- Bồi phục khối lượng tuần hoàn nếu có suy tuần hoàn: bù dịch, dùng thuốc vận mạch (Dopamin, Adrenalin).
- Cân bằng nước và điện giải nếu có rối loạn.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

6.3. Phòng bệnh

- Điều trị và cách ly người bệnh.
- Điều trị tích cực các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát (viêm tai xương chũm, viêm xoang, absces thành họng...).
- Vệ sinh môi trường, đảm bảo ánh sáng, thông gió.
- Dùng kháng sinh dự phòng khi có dịch viêm màng não mủ do não mô cầu. (Sulfamid, Tetracyclin, Clorocid).
- Tiêm phòng vaccin: hiện nay không dùng chiến lược tiêm chủng hàng loạt toàn quốc mà chỉ dùng những nơi có nguy cơ dịch (nơi có các bệnh nhân đầu tiên hoặc nơi có nguy cơ cao).

7. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

7.1. Nhận định chăm sóc

7.1.1. Hỏi bệnh: điều dưỡng viên hỏi bệnh nhân hoặc người nhà.

- Bệnh xuất hiện ngày thứ mấy, diễn biến của bệnh.
- Liên quan dịch tễ với những người xung quanh.
- Người bệnh có ngủ được không? Có kích thích vật vã không?
- Có nôn không? Mức độ nôn (nôn vọt, nôn dể)
- Nếu người bệnh đến trong tình trạng hôn mê: hỏi hôn mê từ bao giờ?
- Bệnh nhân có đau đầu, táo bón hay tiêu chảy không?

7.1.2. Khám

- Quan sát thể trạng bệnh nhân (trung bình, béo, gầy)
- Quan sát môi, sắc mặt: có tím tái không, các đầu chi có tím tái không?
- Đánh giá tình trạng chung
 - + Tinh thần: li bì, vật vã, kích thích hoặc hôn mê.
 - + Rối loạn vận động: co giật, liệt thần kinh khu trú.
 - + Đánh giá mức độ mất nước để bù nước và điện giải.
 - + Đo nhiệt độ.
- Tình trạng hô hấp: quan sát kiểu thở, đếm nhịp thở, tình trạng tăng tiết? tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp trên, có làm giảm lưu thông đường hô hấp hay không?
- Tình trạng tuần hoàn: mạch, huyết áp.
- Tình trạng kích thích màng não và hội chứng màng não: nhức đầu, nôn, cổ cứng, kernig, thóp phồng ở trẻ nhỏ.
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán và chỉ định thuốc, chỉ định xét nghiệm, các yêu cầu cần theo dõi khác.
- Nhận định về dinh dưỡng, bệnh nhân có tự nuốt được hay không? Phải cho ăn qua sonde dạ dày không?

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

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

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo lưu thông đường thở.
- Hạ thân nhiệt, làm hết tình trạng nhiễm trùng.
- Theo dõi và chăm sóc thần kinh.

- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Chăm sóc hệ thống các cơ quan.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Đảm bảo lưu thông đường thở

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng.
- Hút đàm dãi khi có tăng tiết.
- Cho bệnh nhân thở ôxy khi có tím tái.
- Chuẩn bị phương tiện như: bóngambu, dụng cụ đặt nội khí quản để kịp thời cấp cứu bệnh nhân.

7.4.2. Hạ thân nhiệt, bệnh nhân hết tình trạng nhiễm trùng

- Nới rộng quần áo, nằm bông thoáng.
- Khi bệnh nhân sốt cao, chườm mát hoặc dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: môi khô, lưỡi đỏ, vẩy mắt hốc hác.
- Chống nhiễm trùng: thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh đúng liều, đúng giờ, đúng đường tiêm.

7.4.3. Theo dõi và chăm sóc thần kinh

- Bệnh nhân co giật
 - + Ngáng miệng để tránh cắn vào lưỡi, giữ cho bệnh nhân khỏi ngã.
 - + Cho thuốc an thần theo y lệnh và theo dõi cơn giật.
- Bệnh nhân hôn mê cần
 - + Nằm tư thế dẫn lưu.
 - + Đặt canuyn mayo tránh tụt lưỡi.
- Chuẩn bị dụng cụ và trợ giúp thầy thuốc chọc dò tủy sống.
- Theo dõi bệnh nhân trong và sau khi chọc dò tủy sống.
 - + Quan sát nét mặt, động viên bệnh nhân.
 - + Nhắc bệnh nhân nằm sấp tại chỗ 15 phút sau đó nằm ngửa đầu thấp 1 - 2 giờ để phòng tụt hạnh nhân tiểu não.
- Theo dõi các rối loạn thần kinh thực vật để can thiệp kịp thời.
- Kiểm tra mạch, huyết áp 15 - 30 phút/lần. Khi có sự thay đổi phải báo ngay với bác sỹ điều trị.
 - Theo dõi tốc độ dịch truyền và tai biến trong khi truyền, đảm bảo duy trì huyết áp theo y lệnh.
 - Lấy bệnh phẩm, đưa xét nghiệm và lấy kết quả khăn.

7.4.4. Đảm bảo dinh dưỡng

- Cho bệnh nhân ăn lỏng, đủ dinh dưỡng, tăng đạm, tăng quả tươi.
- Bệnh nhân không tự ăn được thì cho ăn cháo lọc, súp, sữa, qua sonde dạ dày.

7.4.5. Chăm sóc hệ thống các cơ quan

- Vệ sinh da, thay quần áo cho bệnh nhân theo quy định.
- Chăm sóc răng, miệng, mũi thường xuyên.
- Tra thuốc nhỏ mắt có khi đau mắt.
- Trở mình thường xuyên, xoa bóp, kê vùng ti đè để tránh loét mảng mục.
- Xoa vỗ rung lồng ngực giúp thở tốt.
- Theo dõi và chăm sóc các ống sonde dạ dày, bàng quang, nội khí quản.
- Đo lượng nước tiểu/24 giờ, quan sát màu sắc nước tiểu.
- Đọc kết quả xét nghiệm để biết và tiên lượng nặng, nhẹ.
- Hướng dẫn người nhà xử lý các chất thải của bệnh nhân đúng nơi quy định.

7.5. Lượng giá

Đánh giá quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc, đúng và đầy đủ các bước.

- Thân nhiệt trong giới hạn bình thường.
- Bệnh nhân giảm hoặc hết đau đầu.
- Dinh dưỡng tốt, bệnh nhân không giảm cân.
- Bệnh nhân hết lo âu, ngủ được 7 - 8 giờ ngủ sâu, không cần dùng thuốc an thần.
- An tâm điều trị: tinh thần thoải mái, hợp tác tốt và tuân thủ chế độ điều trị.
- Không rối loạn nước và điện giải.
- Bệnh nhân không dày dính màng não sau điều trị: tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Bệnh nhân khỏi và không để lại di chứng./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chẩn đoán xác định viêm màng não mủ chắc chắn nhất dựa vào:

- A. Hội chứng màng não
- B. Hội chứng nhiễm khuẩn
- C. Kết quả dịch não tủy
- D. Kết quả công thức máu

2. Bệnh nhân viêm màng não mủ không tự ăn được, đảm bảo dinh dưỡng hiệu quả nhất bằng cách:

- A. Cho ăn súp, sữa qua sonde dạ dày
- B. Cho uống thuốc bổ qua sonde dạ dày
- C. Truyền đạm tĩnh mạch
- D. Cho nước hoa quả qua sonde dạ dày

3. Chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ, y lệnh cần thực hiện trước tiên là:

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

4. Sau chọc dò tủy sống, bệnh nhân cần nằm tư thế nào là đúng?

- A. Nằm sấp
- B. Nằm ngửa, đầu thấp
- C. Nằm nghiêng
- D. Tư thế folew

5. Viêm màng não mủ dịch não tủy thường có màu gì?

- A. Trong suốt
- B. Lờ đục
- C. Đỏ
- D. Vàng chanh

BÀI 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THƯƠNG HÀN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Khai thác được các yếu tố dịch tễ học để chẩn đoán bệnh thương hàn.
- 1.2. Giải thích được cơ chế bệnh sinh của vi trùng thương hàn.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng thể điển hình và hai biến chứng thường gặp nhất.
- 1.4. Nếu và giải thích được các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán bệnh thương hàn.
- 1.5. Nêu được các biện pháp phòng bệnh thương hàn cho cá nhân và cộng đồng.
- 1.6. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh thương hàn.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thương hàn là một bệnh truyền nhiễm toàn thân do trực khuẩn *Salmonella typhi* và *Salmonella paratyphi* A, B, C gây ra. *Salmonella typhi* và *Salmonella paratyphi* A, B, C chỉ gây bệnh thương hàn ở người. Vật chủ là người nên bệnh chỉ lan truyền thông qua tiếp xúc trực tiếp với người bệnh đang ở giai đoạn nhiễm khuẩn cấp tính hoặc mang vi khuẩn mãn tính.

Bệnh thương hàn thường biểu hiện với bệnh cảnh sốt kéo dài, nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim, viêm não dễ dẫn đến tử vong

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- *Salmonella* là trực khuẩn Gram âm, kích thước (1 - 3) x (0,5 x 0,7) μm , có lông, di động, không sinh nha bào, hiếu kỵ khí tùy tiện, có sức đề kháng cao ở ngoại cảnh. Trong canh trùng, trong đất *Salmonella* có thể sống được vài tháng, trong nước thường 2 - 3 tuần, trong nước đá tới 2 - 5 tháng và trong phân sống được vài tuần.

- Trực khuẩn bị tiêu diệt ở 50°C/1giờ, ở 100°C/5phút và dễ chết bởi các chất khử khuẩn thông thường. Trực khuẩn có 3 loại kháng nguyên:

+ **Kháng nguyên O**: là kháng nguyên thân, bản chất là lipopolysaccharid . (LPS). Đây chính là nội độc tố của vi khuẩn, giải phóng ra khi vi khuẩn bị phá hủy

+ **Kháng nguyên H**: là kháng nguyên lông mao, bản chất Protein.

+ **Kháng nguyên Vi**: là kháng nguyên vỏ, bản chất là polysaccharid (PS). Kháng nguyên Vi chỉ có ở 2 loài: *Salmonella typhi* và *Salmonella paratyphi C*. Kháng nguyên Vi cản trở quá trình thực bào và ngăn cản hoạt động của bổ thể.

3. DỊCH TỄ HỌC

3.1. Đường lây

Lây qua đường tiêu hóa

- Nước.
- Sữa, thịt và các sản phẩm khác.
- Sò, ốc, hến.

- Ngoài ra trong một số ít trường hợp có thể lây trực tiếp từ hậu môn vào miệng, thường gặp ở trẻ có thể mắc bệnh do tay bẩn, hoặc nhiễm bệnh do nội soi đường tiêu hóa, hoặc lây gián tiếp qua ruồi nhặng, côn trùng mang vi trùng từ phân đến thức ăn.

3.2. Nguồn bệnh

Nguồn lây bệnh chủ yếu là người, gồm có:

3.2.1. Người bệnh

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

3.2.2. Người bệnh trong thời kỳ hồi phục

Người bệnh còn thải vi trùng trong phân đến 6 tháng sau cơn toàn phát của bệnh.

3.2.3. Người bệnh mang trùng mãn tính

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

- Người lành mang trùng là nguồn lây nhiễm quan trọng nhưng khó kiểm soát, nhất là những người làm nghề bán thực phẩm, nhân viên y tế, chăm sóc bệnh nhân, giữ trẻ, tiếp viên cửa hàng ăn uống.

3.3. Cơ thể cảm thụ và miễn dịch

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

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

- Hiện nay thương hàn có nguy cơ phát triển mạnh do các yếu tố sau:

- + Môi trường ô nhiễm nặng, nước sạch chỉ cung cấp 20%

- + Vì thương hàn kháng lại hầu hết các kháng sinh trước đây vẫn dùng.
- + Vấn đề vệ sinh, an toàn thực phẩm chưa được chú trọng đúng mức.
- + Tăng cường giao lưu các khu vực ngày càng phát triển.
- + Kinh phí nhà nước đầu tư ít.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

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

Giai đoạn 1

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

Giai đoạn 2

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

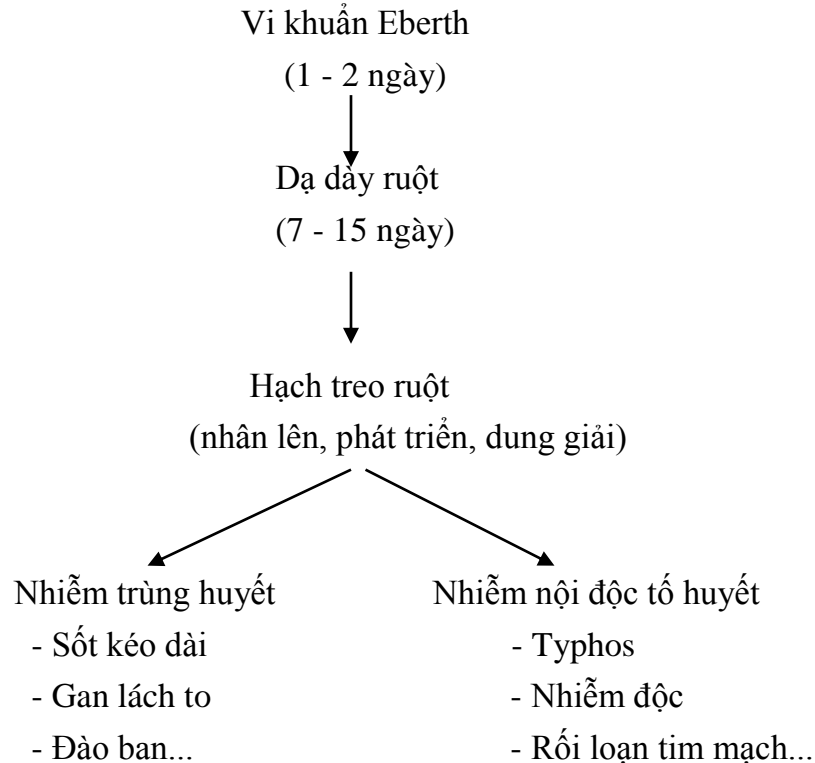
Giai đoạn 3

Các vi khuẩn bị tiêu diệt giải phóng nội độc tố. Chính độc tố của vi khuẩn thương hàn đóng vai trò quyết định các dấu hiệu lâm sàng. Li bì, rối loạn nhiệt độ, trụy tim mạch và một số tổn thương ở ruột...

Tuy vậy, hiện nay có một số tác giả cho rằng vai trò của nội độc tố thương hàn cần phải tiếp tục nghiên cứu.

Gần đây, một số công trình nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh (như Butler, Hoffman, Hornick,..) cho rằng vai trò gây bệnh của nội độc tố rất ít. Nội độc tố kích hoạt phản ứng viêm tại những điểm khu trú của *Salmonella typhi* phó thương hàn, các chất trung gian hóa học giải phóng từ tế bào mono đại thực bào là yếu tố và gây triệu chứng lâm sàng.

Sơ đồ cơ chế gây bệnh thương hàn (theo Reilly)



5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình từ 7 - 14 ngày, nhưng có thể thay đổi từ 5 đến 21 ngày, thường không có triệu chứng lâm sàng, một số trường hợp có biểu hiện tiêu chảy, viêm dạ dày ruột thường tự khỏi.

5.2. Thời kỳ khởi phát

Thường khởi phát từ từ với các triệu chứng sau:

- Sốt từ từ tăng dần mỗi ngày, thường tăng về buổi chiều tạo thành hình sốt bậc thang trong 5 - 7 ngày đầu của bệnh.
- Nhức đầu là triệu chứng thường gặp của bệnh và thường đi kèm với tình trạng mệt mỏi, chán ăn, đau cơ các chi, mất ngủ.
- Đau bụng, buồn nôn, ói mửa, táo bón.
- Mạch nhiệt phân ly, trẻ em thường chảy máu cam.
- Lưỡi bản: gai lưỡi dày, màu trắng bản, cạnh lưỡi và đầu lưỡi bản.
- Bụng chướng nhẹ, sờ thấy quai ruột và dấu hiệu óc ách ở hố chậu.
- Lách to.

- Phổi có dấu hiệu viêm phế quản.

5.3. Thời kỳ toàn phát

Tuần thứ 2, kéo dài 2 - 3 tuần trừ trường hợp có biến chứng.

- Sốt cao liên tục tăng dần có khi lên đến 40⁰- 41⁰C vào tuần thứ 2 của bệnh tạo hình sốt cao nguyên.

- Đau đầu, mệt mỏi.
- Rét run từng cơn và đổ mồ hôi chỉ gặp 1/3 trường hợp.
- Mạch nhiệt phân ly: mạch chậm tương đối so với nhiệt độ cao chiếm 30% các trường hợp.

+ Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc

- Nằm bệt tại chỗ, vô cảm, thờ ơ với mọi kích thích của môi trường chung quanh,
- Mắt nhìn đờ đẫn, môi khô, má đỏ, lưỡi bản trắng,
 - Trường hợp nặng người bệnh lừ đừ, mê sảng,

+ Triệu chứng tiêu hóa

- Rối loạn tiêu hóa: đi ngoài phân lỏng, vàng hoặc nâu,
- Bụng: đầy hơi, đau nhẹ lan tỏa. Sờ thấy dấu hiệu óc ách hố chậu,
- Gan to 3 - 5 cm gặp 30 - 50% các trường hợp, mật độ mềm, ấn đau,
- Lưỡi bản, mất gai, loét vòm hầu.

+ Hồng ban: gặp khoảng 30% số trường hợp, xuất hiện vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10 của bệnh, đường kính khoảng 2 - 4 mm, thường ở bụng, phần dưới ngực, hông. Hồng ban biến mất 2 - 3 ngày.

5.4. Thời kỳ hồi phục

- Bệnh sẽ chuyển sang thời kỳ lui bệnh vào tuần 3, 4 của bệnh nếu không có biến chứng. Sốt sẽ giảm dần, hết sốt, các triệu chứng từ từ thuyên giảm và thời gian hồi phục kéo dài.

- Thương hàn ở trẻ em dưới 5 tuổi: bệnh cảnh thường không điển hình hay gặp tiêu chảy, nôn mửa, sốt cao gây co giật toàn thân, ít gặp mạch nhiệt phân ly.

- Thương hàn ở trẻ em dưới 1 tuổi: bệnh cảnh thương hàn rất nặng, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao.

6. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu.
- Cây máu.
- Cây tủy xương.
- Cây phân.

- Cây nước tiêu.
- Cây hồng ban.
- Cây dịch tá tràng.
- Huyết thanh chẩn đoán thương hàn

7. BIẾN CHỨNG

7.1. Biến chứng đường tiêu hóa

- Xuất huyết tiêu hóa
 - + Xảy ra vào tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh, một số bệnh cảnh nhẹ tự ổn định.
 - + Trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng có thể có dấu hiệu sốc mất máu nặng như mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ đột ngột, kẹp, hạ thân nhiệt, da xanh niêm mạc nhợt, đau bụng, bụng chướng hơi, đi ngoài.
- Thủng ruột
 - + Thường xảy ra vào tuần thứ 3 - 4 của bệnh,
 - + Đột ngột đau bụng dữ dội ở hố chậu phải, hoặc lan toàn ổ bụng,
 - + Mạch nhanh, huyết áp hạ,
 - + Khám bụng có dấu hiệu phản ứng thành bụng, gõ mất vùng đục dưới gan,
 - + Chụp x-quang bụng tư thế đứng có thấy hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành,
 - + Bạch cầu máu tăng.
- Biến chứng gan mật
 - + Viêm túi mật, viêm gan,
 - + Viêm gan: men gan tăng nhẹ, hiếm có biểu hiện vàng da.
- Ngoài ra có thể gặp các biến chứng
 - + Viêm đại tràng, viêm ruột thừa, liệt ruột,
 - + Viêm tụy xuất huyết,
 - + Viêm lưỡi thường ít gặp.

7.2. Các biến chứng tim mạch

- Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, viêm nội tâm mạc,....
- Trụy tim mạch: mạch nhanh, huyết áp hạ, chi lạnh vã mồ hôi.
- Viêm cơ tim: đau ngực, loạn nhịp tim hoặc sốc tim có thể dẫn đến tử vong.

7.3. Các biến chứng của hệ thần kinh

- Viêm não: rối loạn ý thức, rối loạn thần kinh thực vật, thân nhiệt, có thể tổn thương tháp hoặc tiểu não.
- Viêm màng não do thương hàn.

- Các biến chứng viêm não tủy, viêm tủy cắt ngang, viêm dây thần kinh sọ, hội chứng Guillain-Barré.

7.4. Biến chứng đường tiết niệu

Viêm cầu thận, hội chứng thận nhiễm mỡ.

7.5. Biến chứng nhiễm khuẩn khu trú cơ quan

Hầu hết các cơ quan đều có thể bị tụ mủ bởi vi khuẩn thương hàn như phổi, viêm họng, viêm đài bể thận, viêm bàng quang.

8. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

8.1. Điều trị kháng sinh thích hợp

- Nhóm Fluoroquinolon.
- Nhóm Cephalosporins thế hệ III.
- Azithromycin.
- Các loại kháng sinh khác.

8.2. Điều trị hỗ trợ

- Glucocorticoid.
- Dinh dưỡng, chăm sóc.

8.3. Điều trị biến chứng

- Xuất huyết tiêu hóa: cầm máu, truyền máu kịp thời.
- Thủng ruột: phẫu thuật.

8.4. Điều trị người lành mang trùng

7.5. Phòng bệnh

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường.
- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.
- Diệt trùng, xử lý chất thải của bệnh nhân (phân, nước tiểu, máu...).
- Phát hiện, điều trị người lành mang trùng.
- Dùng vaccin vùng trọng điểm.

9. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THƯƠNG HÀN

9.1. Nhận định

9.1.1. Hỏi

- Sốt thời gian bao lâu, nhiệt cao nhất?
- Có mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hay nôn?
- Đau đầu (đau vùng trán), chóng mặt, mất ngủ?
- Có biểu hiện rối loạn tiêu hóa? Đi ngoài phân lỏng màu vàng hay màu nâu? Số lần đi ngoài, số lượng phân?

- Bụng có đầy hơi không? Chướng bụng không? Cảm giác ùng ục hố chậu phải?
- Có sụt cân?

9.1.2. Thăm khám thể chất

- Dấu hiệu sinh tồn:
 - + Nhiệt độ: sốt cao ở thời kỳ toàn phát, nhiệt độ > 40⁰C, không rét run.
 - + Mạch: thường chậm (mạch nhiệt phân ly).
 - + Huyết áp: bình thường theo tuổi, có thể tụt huyết áp hoặc không đo được trong trường hợp truy tìm mạch, biến chứng thủng ruột,
 - + Nhịp thở: bình thường theo tuổi, có thể nhanh, khó thở.
- Da, niêm mạc:
 - + Vẽ mặt mệt mỏi, bơ phờ,
 - + Dấu hiệu nhiễm trùng môi khô lưỡi bản, lưỡi có lớp rêu màu trắng đến nâu, da khô nhẵn, môi khô,
 - + Đào ban: ban dát nhạt màu như cánh bèo tấm 2 - 4 mm ở ngực bụng.
- Hô hấp:
 - Khó thở: thở bình thường, thở nhanh, thở nông trong tình trạng nặng, mất nước, rối loạn điện giải, biến chứng thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa dẫn đến truy tìm mạch.
- Tuần hoàn: trong trường hợp nặng, biến chứng thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa.
 - + Mạch nhanh nhỏ.
 - + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh.
 - + Giai đoạn chưa có biến chứng huyết áp có thể ổn định.
 - + Giai đoạn muộn mạch, huyết áp không đo được.
- Tình trạng toàn thân:
 - + Khám bụng xem có phản ứng thành bụng hay không: vị trí đau, tình trạng chướng bụng, ùng ục hố chậu phải,
 - + Lách to, nhiều trường hợp chỉ thấy diện đục lách rộng khi gõ chứ không sờ thấy được,
 - + Đại tiện: tính chất phân,
 - + Nước tiểu.

9.2. Xác định về ưu tiên chăm sóc và theo dõi người bệnh thương hàn

Tùy vào tình trạng, diễn biến lâm sàng của mỗi người bệnh để xác định vấn đề ưu tiên cần theo dõi và chăm sóc.

9.2.1. Chăm sóc, hạ nhiệt độ cho người bệnh

Mục tiêu

- Chăm sóc

+ Đo mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo giờ, tùy tình trạng của mỗi người,
+ Hạ sốt bằng chườm mát hoặc lau người bằng nước ấm. Sử dụng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ $\geq 38,5^{\circ} - 39^{\circ}\text{C}$ theo chỉ định.

+ Khuyến người bệnh uống nhiều nước.

+ Thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng khi có chỉ định: lấy máu xét nghiệm, lấy phân, đưa người bệnh đi siêu âm, ghi điện tâm đồ, chụp x-quang.

- Theo dõi

+ Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở theo giờ tùy theo tình trạng của mỗi người bệnh. Đặc biệt theo dõi sau sử dụng thuốc hạ nhiệt mỗi 6 - 4 giờ/lần,

+ Theo dõi tính chất của cơn sốt (mạch, nhiệt phân ly, sốt cao nguyên).

9.2.2. Chăm sóc về hô hấp, đảm bảo thông khí, người bệnh không khó thở, hồng hào, $SpO_2 > 94\%$

- Chăm sóc

+ Để người bệnh nằm đầu bằng (nếu người bệnh nhiễm độc do nội độc tố của vi khuẩn), buồng bệnh thoáng khí,

+ Cho người bệnh thở ôxy theo chỉ định nếu có khó thở.

+ Phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản, lắp thở máy khi có suy hô hấp.

+ Hút đàm dãi.

- Theo dõi

+ Tình trạng hô hấp của người bệnh: nhịp thở, kiểu thở, tím tái môi và đầu chi, SpO_2 , SaO_2 ,

+ Tình trạng ứ đọng đàm dãi,

+ Cân bằng nước và điện giải,

+ Theo dõi người bệnh thở máy (nếu có).

9.2.3. Thực hiện y lệnh điều trị đầy đủ, chính xác và kịp thời

- Thực hiện kháng sinh: tiêm, uống, truyền dịch.

- Thực hiện các thuốc nâng huyết áp, tim mạch theo y lệnh (nếu có).

- Thực hiện thuốc cầm máu, thuốc Corticoid theo y lệnh (lưu ý thực hiện thuốc Corticoid sau khi thực hiện thuốc bao niêm mạc dạ dày hoặc sau ăn no).

- Thực hiện truyền dịch nuôi dưỡng trong trường hợp người bệnh không ăn được qua đường miệng.

- Thực hiện truyền khối hồng cầu, Plasma trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột,...theo chỉ định.

9.2.4. Theo dõi và phòng ngừa các biến chứng

9.2.4.1. Biến chứng tiêu hóa

- Chăm sóc
 - + Chườm ấm khi người bệnh đau bụng,
 - + Nếu người bệnh táo bón không thụt tháo và không uống thuốc nhuận tràng,
 - + Cho người bệnh ăn chế độ ăn lỏng, mềm,
 - + Uống nhiều nước.
- Theo dõi
 - + Đau bụng: không dùng thuốc giảm co thắt, giảm đau,
 - + Quan sát phân: số lượng màu sắc, tính chất,
 - + Theo dõi tình trạng xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, đi ngoài phân đen hoặc máu tươi,
 - + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp,
 - + Theo dõi sắc mặt,
 - + Theo dõi chỉ số xét nghiệm hemoglobin, hồng cầu, bạch cầu, hematocrit.

9.2.4.2. Biến chứng thần kinh

- Chăm sóc
 - + Đặt người bệnh an toàn, tránh ngã.
 - + Đối với người bệnh mê sảng đặt canuyn Mayo tránh cắn lưỡi, nằm nghiêng mặt sang bên tránh sặc.
 - + Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.
 - + Phụ giúp bác sỹ chọc dịch não tủy nếu có chỉ định.
 - + Đặt sonde dạ dày cho ăn qua sonde trong trường hợp mê sảng.
- Theo dõi
 - + Ý thức của người bệnh: tỉnh, li bì, lơ mơ, mê sảng.
 - + Đánh giá thang điểm glasgow.

9.2.4.3. Biến chứng tim mạch

Biến chứng tim mạch: trục tim mạch, viêm cơ tim, viêm động mạch, viêm tĩnh mạch sâu, viêm màng ngoài tim và viêm nội tâm mạc (hiếm gặp). Cần theo dõi

- Mạch, huyết áp, hạ thân nhiệt.
- Quan sát tình trạng tím tái, chi lạnh, vã mồ hôi.
- Tình trạng đau ngực, loạn nhịp tim.
- Tình trạng đau dọc theo động mạch (có cảm giác như kiến bò hay chuột rút).
- Quan sát da, hoại thư mạch.

- Nếu có dấu hiệu bất thường báo ngay bác sỹ để xử trí kịp thời.

9.2.4.4. Biến chứng khác như

Biến chứng phổi, màng phổi, biến chứng gan mật (gây tăng nhẹ men gan, viêm túi mật cấp hoặc mãn, absces phổi, viêm phổi màng thanh tơ huyết).

9.2.5. Đảm bảo dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân cho người bệnh

- Chăm sóc

+ Đối với người bệnh nặng: cho ăn qua đường miệng, qua ống thông dạ dày và tĩnh mạch với dung dịch Glucose ưu trương nhẹ.

+ Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch với trường hợp biến chứng tiêu hóa (chỉ định).

+ Cho ăn lỏng rồi đặc dần, thức ăn dễ tiêu, nhiều năng lượng.

+ Người bệnh hết sốt cho ăn bình thường.

+ Người bệnh thương hàn cần ăn đủ calo, nhưng ít chất xơ.

+ Khuyến người bệnh uống nhiều nước.

+ Vệ sinh răng miệng tối thiểu 2 lần/ngày hoặc sau mỗi bữa ăn bằng dung dịch nước muối và Chlohexerin. Đánh sạch mảng tưa trắng.

+ Vệ sinh thân thể thay drap, quần áo hàng ngày (lau/tắm bằng nước ấm).

+ Vệ sinh tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh hoặc tiếp xúc với các vật dụng của người bệnh.

- Chăm sóc

+ Tình trạng tiêu hóa của người bệnh: số bữa ăn, số lượng, loại thức ăn.

+ Đại tiện: tính chất phân, màu sắc, số lượng.

+ Đau bụng, chướng bụng,...

+ Chỉ số BMI.

9.2.6. Vệ sinh buồng bệnh và xử lý chất thải phòng tránh lây nhiễm

- Nhân viên y tế vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh và các vật dụng của người bệnh.

- Khử khuẩn phân bằng Cloramin B trong xô chứa để sau 15 - 30 phút rồi đổ vào bồn cầu.

- Hướng dẫn người bệnh và người chăm sóc phải vệ sinh tay trước khi ăn và sau khi tiếp xúc với các vật dụng cá nhân của người bệnh.

- Khử khuẩn các dụng cụ cá nhân.

- Chất thải y tế phải được khử khuẩn đúng quy định trước khi đưa ra khỏi buồng bệnh.

- Khử khuẩn buồng bệnh, lau sàn bằng dung dịch Cloramin B./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tính chất phân của bệnh nhân thương hàn:

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

2. Nhóm vi khuẩn nào dưới đây là nguyên nhân chính gây bệnh thương hàn?

- A. *Salmonella typhi*
- B. *Salmonella paratyphi A*
- C. *Salmonella paratyphi B*
- D. *Salmonella paratyphi C*

3. Biến chứng hay gặp nhất trong bệnh thương hàn là:

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

4. Biện pháp phòng bệnh thương hàn hiệu quả nhất là:

- A. Tiêm phòng vaccin
- B. Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện
- C. Vệ sinh môi trường
- D. Điều trị người lành mang mầm bệnh

5. Bệnh nhân thương hàn đi tiêu phân đen, nghĩ đến biến chứng nào sau đây?

- A. Rối loạn tiêu hóa
- B. Chảy máu nội tạng
- C. Xuất huyết tiêu hóa
- D. Thủng ruột

BÀI 8: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỠ TRỰC TRÙNG, LỠ AMIBE

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được tầm quan trọng của nhiễm lỵ trong cộng đồng
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán lỵ Amip, lỵ trực trùng
- 1.3. Trình bày biện pháp phòng bệnh lỵ Amip, lỵ trực trùng.
- 1.4. Trình bày được các bước kế hoạch chăm sóc bệnh lỵ Amip, lỵ trực trùng.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

A. LỠ TRỰC KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Lỵ trực khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường tiêu hóa, do trực khuẩn *Shigella* gây ra. Trực khuẩn *Shigella* chiếm 5 - 15% tổng số các căn nguyên tiêu chảy và nguyên nhân chính gây tử vong do tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi. *Shigella* có thể gây thành vụ dịch tiêu chảy, hay gặp ở các nước đang phát triển.

Người là vật chủ duy nhất, là nguồn gây bệnh trong cộng đồng. Trực khuẩn *Shigella* thường lây trực tiếp từ người sang người qua đường phân miệng trong cùng một gia đình hoặc trong cùng nhà trẻ. *Shigella* có thể lây trực tiếp trong quan hệ đồng tính nam và là nguyên nhân dẫn đến tiêu chảy ở người đồng tính nam. *Shigella* cũng có thể lây truyền gián tiếp qua trung gian như đồ dùng, thực phẩm, nguồn nước, ruồi nhặng.

2. CƠ THỂ CẢM THỤ

- Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh nhất là trẻ em từ 1 dưới 5 tuổi, là do ý thức vệ sinh và chưa đủ miễn dịch mắc phải.

- Người có thu nhập thấp, dân tộc ít người, sống trong đô thị nghèo, trẻ chậm phát triển,....

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Cơ chế bệnh sinh

- Trực khuẩn qua niêm mạc dạ dày, ruột non xuống tới đại tràng mới đột nhập vào niêm mạc đại tràng và gây bệnh. Trực khuẩn lỵ có thể xâm nhập tới hạch mạc treo đại tràng nhưng thường không tràn vào máu. Tại niêm mạc đại tràng, trực khuẩn lỵ gây viêm xuất tiết,

chảy máu, tiêu hủy tế bào niêm mạc đồng thời giải phóng nội độc tố và ngoại độc tố (đối với *S. shiga*).

- Độc tố tác động lên toàn thân gây hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, các triệu chứng tim mạch, tiết niệu,... tại chỗ, độc tố tác động lên hệ thần kinh vận động, hệ cảm giác và hệ thực vật, gây các triệu chứng đau quặn, mót rặn, đi tiêu nhiều lần, phân có nhiều đàm, máu, đôi khi chỉ có đi tiêu lỏng đơn thuần. Gây rối loạn các chức năng của ruột, mất thăng bằng nước, điện giải và kiềm toan.

- Trước tác động của vi khuẩn và độc tố lỵ, cơ thể sẽ huy động mọi cơ chế tự vệ nhằm thải trừ vi khuẩn ra khỏi cơ thể.

3.2. Giải phẫu bệnh lý

- Tổn thương trong bệnh lỵ trực khuẩn chủ yếu ở đại tràng, nhất là đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng. Ngoài ra còn tổn thương dạ dày và ruột non.

- Tổn thương niêm mạc đại tràng thường là rộng, với hình ảnh viêm xuất tiết, chảy máu, loét nông và rộng. Những thể nặng có thể có những đám hoại tử, niêm mạc bầm, xám, có màng giả, loét sâu từ lớp biểu mô tới lớp cơ.

- Hậu quả của tổn thương có thể để lại chứng teo, hẹp lòng ruột, viêm đại tràng mãn, cá biệt có thể thủng đại tràng gây viêm phúc mạc.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Lâm sàng lỵ trực khuẩn cấp điển hình mức độ trung bình

4.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Không có biểu hiện lâm sàng. Thường kéo dài 12 - 72 giờ (trung bình 1 - 5 ngày).

4.1.2. Thời kỳ khởi phát

Thời kỳ này kéo dài 1 - 3 ngày. Bệnh thường xuất hiện đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: người bệnh sốt cao 39 - 40⁰C, kèm theo ớn lạnh, đau nhức toàn thân, mệt mỏi, biếng ăn, buồn nôn, nôn. Ở trẻ nhỏ có thể co giật do sốt cao.

- Triệu chứng tiêu hóa: khởi đầu tiêu phân lỏng, kèm theo đau bụng, ở trẻ nhỏ và người già có thể dẫn đến mất nước và điện giải.

4.1.3. Thời kỳ toàn phát

- Đau bụng quặn từng cơn, đau thắt vùng trực tràng, làm cho người bệnh có cảm giác khó chịu, mệt mỏi.

- Mót rặn nhiều, ngày càng tăng, cảm giác muốn đi ngoài liên tục.

- Đi ngoài nhiều lần trong ngày, trường hợp nặng có thể 20 - 40 lần/ngày, nhưng lượng phân ít dần, chủ yếu là chất nhầy hoặc nước máu đỏ.

- Các biểu hiện khác: vẫn sốt, thể trạng suy sụp. Mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bẩn. Khám bụng thường thấy đau nửa dưới bên trái, vùng đại tràng sigma, nhưng không có phản ứng thành bụng không có điểm đau khu trú.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Công thức máu

Bạch cầu thường tăng 15.000/mm³, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

5.2. Xét nghiệm phân

- Soi phân tươi (sau khi nhuộm Methylene) thấy rất nhiều hồng cầu và bạch cầu nhân đa trung tính.

- Cây phân trên môi trường SS, DCL... để phân lập *shigella*.

- Soi trực tràng: niêm mạc hồng đều có những vết loét chợt nông và lan tỏa.

5.3. Huyết thanh chẩn đoán nhanh

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Biến chứng sớm

- Rối loạn nước và điện giải.

- Biến chứng thần kinh: xảy ra sớm ngay giai đoạn toàn phát với các biểu hiện sốt cao, co giật, rối loạn tri giác, rối loạn điện giải.

- Thủng ruột hay gập trên cơ địa suy kiệt.

- Sa trực tràng hay gập ở người già và trẻ nhỏ.

- Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn.

- Viêm màng não, viêm phổi, viêm tuyến mang tai, viêm thần kinh ngoại biên, hội chứng tán huyết urê huyết cao.

6.2. Biến chứng muộn

- Suy dinh dưỡng do tiêu chảy kéo dài.

- Viêm khớp gối ở mắt cá chân.

7. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

7.1. Điều trị

- Bù nước và điện giải

- Kháng sinh: Ciprofloxacin, Pivmecillinam, hoặc kháng sinh thế hệ thứ III đối với vùng có vi khuẩn kháng thuốc. Ampicillin, Trimethoprim + Sulfamethoxazole, Acid Nalidixic.

- Điều trị triệu chứng.

7.2. Phòng bệnh: tuyên truyền cộng đồng cách phòng bệnh ly trực trùng

7.2.1. Chủ yếu là giữ vệ sinh cá nhân

- Rửa tay trước khi ăn
- Ăn chín uống sôi

7.2.2. Vệ sinh tập thể

- Sử dụng nước sạch, xử lý nước thải hợp vệ sinh.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Diệt ruồi, nhặng, gián,...

7.2.3. Cách ly bệnh nhân

Kiểm tra người lành mang trùng, xử lý tốt phân và chất thải của bệnh nhân.

B. LỖY AMIBE

1. ĐẠI CƯƠNG

Lỵ Amibe là tình trạng nhiễm trùng đường ruột do *Entamoeba histolytica*. Hầu hết ở dạng mang mầm bệnh không triệu chứng, một số biểu hiện ở dạng tiêu chảy kéo dài hoặc trầm trọng hơn là do lỵ tối cấp. Biểu hiện lâm sàng ngoài ruột là gan, màng bụng, màng phổi, ngoài tim.

Tác nhân gây bệnh chính là *Entamoeba histolytica*, trong cơ thể tồn tại dưới 3 dạng: thể hoạt động ăn hồng cầu; thể không ăn hồng cầu; thể bào nang.

Bệnh lỵ Amibe lây qua đường tiêu hóa, phương thức lây bệnh: gián tiếp qua thức ăn, nguồn nước, thú vật mang mầm bệnh. Lây trực tiếp qua bàn tay bị nhiễm bẩn các bào nang và thức ăn lên miệng. Lứa tuổi mắc lỵ Amibe nhiều nhất ở 20 - 30 tuổi, ít mắc ở trẻ em dưới 5 tuổi.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bệnh Amibe là một bệnh đa dạng. Phần lớn người nhiễm Amibe có ít hoặc không có triệu chứng. Khi có triệu chứng biểu hiện ở nhiều thể:

2.1. Cấp tính

Triệu chứng thường gặp là hội chứng lỵ: đau bụng, mót rặn, tiêu phân nhầy máu.

- Đau bụng: ở vùng manh tràng, dọc theo khung đại tràng và nhất là vùng hố chậu trái do tổn thương đại tràng sigma.

- Mót rặn: cảm giác buồn đi đại tiện một cách bức thiết, đau rát hậu môn.

- Tiêu phân nhầy máu, đôi khi xen kẽ với đi ngoài phân lỏng, số lượng không nhiều nhưng đi nhiều lần.

- Thể nhẹ: toàn trạng tốt, đi ngoài phân nhầy máu mũi, phân có ít dưỡng bào.

- Thể trung bình: mệt nhọc, đi ngoài phân nhầy máu mũi 5 - 15 lần, phân có nhiều dưỡng bào, niêm mạc có nhiều vết loét điển hình.

- Thể nặng: toàn trạng suy nhược, mất nước, rối loạn điện giải, có thể trụ tim mạch, bụng chướng, mót rặn, đi ngoài phân nhầy máu 15 lần/ngày. Niêm mạc trực tràng tổn thương nặng, nhiều vết loét xuất huyết.

2.2. Bán cấp

Ít khi mót rặn, đau bụng ít, đi ngoài phân lỏng, ít nhầy, đôi khi có táo bón, có thể diễn biến thành thể cấp.

2.3. Mãn tính

Sau một giai đoạn cấp tính hay bán cấp, bệnh trở thành mãn tính với nhiều đợt bệnh cách nhau. Triệu chứng lâm sàng như viêm đại tràng mãn:

- Đau bụng liên tục hay từng cơn, có thể không khu trú hay tập trung ở khung đại tràng, manh tràng.

- Rối loạn tiêu hóa: thường là tiêu chảy, đầy hơi, ăn không tiêu đối với một số thức ăn như sữa, chất bột. Bệnh nhân suy nhược, biếng ăn, sụt cân.

2.4. U Amibe

Thường thấy ở manh tràng, đại tràng ngang, trực tràng, đại tràng sigma, có thể gây lồng ruột. Chẩn đoán khó, dễ nhầm với các khối u thực sự của đại tràng.

3. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm phân tìm Amibe: soi, cấy phân.
- Nội soi: soi trực tràng và đại tràng sigma.
- X-quang ruột già.
- Huyết thanh chẩn đoán

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Phân biệt lỵ Amibe và lỵ trực trùng

ĐẶC ĐIỂM	LỪY AMIBE	LỪY TRỰC TRÙNG
Thời gian ủ bệnh	Dài (29 - 90 ngày)	Ngắn (48 - 72 giờ)
Khởi bệnh	Từ từ, âm thầm	Nhanh, đột ngột
Dịch tế học	Lẻ tẻ, ít người mắc, lan chậm	Rầm rộ, thành dịch, lan nhanh
Tổng trạng	Khá	Kém
Sốt	Thường không sốt	Sốt cao
Mót rặn	Ít	Nhiều hơn
Số lần đi tiêu	5 - 15 lần	Nhiều hơn
Diễn tiến	Kéo dài, tái phát	Cấp, < 1 tuần
Giải phẫu bệnh	Loét sâu	Loét nông
Niêm mạc	Bình thường	Viêm đỏ

Sang thương	Thường chỉ khu trú ở đại tràng	Có thể lan đến đoạn cuối ruột non
Xét nghiệm phân	pH kiềm Soi: dưỡng bào ăn HC, HC, BC, tinh thể Charcot Leyden	pH acid Cấy phân tìm <i>Shigella</i>

4.2. Abces gan do Amibe và abces gan do vi trùng

Dựa trên phản ứng huyết thanh, các yếu tố dịch tễ học, không có các điều kiện của abces gan do vi trùng (bệnh đường mật) và chẩn đoán hình ảnh sớm (siêu âm, CT scanner MRI).

4.3. Bướu Amibe và carcinoma, lymphoma

Dựa trên sinh thiết, phản ứng huyết thanh, các yếu tố dịch tễ học, không có các điều kiện của abces gan do vi trùng (bệnh đường mật) và chẩn đoán hình ảnh sớm (siêu âm, CT scanner, MRI)

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Thủng ruột

Thủng ruột dẫn đến viêm phúc mạc là biến chứng gây tử vong thường gặp nhất. Ở thể trung bình, thể nặng các niêm mạc và lớp dưới niêm mạc đại tràng bị phá hủy nặng nề gây thủng ruột: biểu hiện lâm sàng đau bụng dữ dội, sốt cao, co cứng thành bụng, cần xử trí ngoại khoa cấp.

5.2. Xuất huyết tiêu hóa

Do tổn thương mạch máu, đôi khi trầm trọng cần truyền máu cấp và dùng thuốc diệt Amibe.

5.3. Lòng ruột

Thường gặp nhất ở vùng manh tràng. Viêm loét đại tràng sau ly: không tìm thấy Amibe trong ruột, nhưng phản ứng huyết thanh (+) với hiệu giá cao.

5.4. Viêm ruột thừa do Amibe

Các biến chứng hiếm: nhiễm khuẩn tuyến tiền liệt, nhiễm khuẩn âm đạo, abces não, abces lách.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Thuốc diệt Amibe

- Thuốc diệt Amibe khuếch tán.
- Thuốc diệt Amibe trực tiếp trong lòng đại tràng.

6.2. Điều trị triệu chứng

- Điều trị nhiễm khuẩn tại ruột: điều trị bào nang, dưỡng bào trong phân.
- Điều trị nhiễm khuẩn ngoài ruột.

C. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY TRỰC TRÙNG, LY AMIBE

1. NHẬN ĐỊNH

1.1. Hỏi

- Số lần đi ngoài, số lượng phân, màu sắc phân, có nhầy máu mũi không?
- Sốt nhiệt độ bao nhiêu?
- Có mót rặn, đau quặn bụng không?
- Có tiền sử ăn thức ăn lạ không?
- Xung quanh, trong gia đình có người mắc như mình không?

1.2. Thăm khám thể chất

- *Dấu hiệu sinh tồn*

- + Nhiệt độ: sốt cao $> 39 - 40^{\circ}\text{C}$, ớn lạnh,
- + Mạch: bình thường theo tuổi, có thể nhanh khi sốt cao,
- + Huyết áp: bình thường theo tuổi,
- + Nhịp thở: bình thường theo tuổi, có thể nhanh.

- *Da, niêm mạc*

- + Đánh giá tình trạng mất nước: mức độ mất nước,
- + Da khô nhẵn nheo, môi khô,
- + Da vàng trong trường hợp bị biến chứng tán huyết,
- + Luỡi vàng, bần,
- + Mặt hốc hác, mệt mỏi, nhãn nhỏ do đau bụng.

- *Hô hấp*

Nhịp thở, kiểu thở: thở nhanh, khó thở trong trường hợp sốc nội độc tố.

- *Tuần hoàn*: trong trường hợp mắc ở thể nặng sẽ có biểu hiện suy tuần hoàn, rối loạn nước và điện giải.

- + Mạch nhanh nhỏ, khó bắt,
- + Da nổi vân tím, hạ thân nhiệt, chi lạnh,
- + Giai đoạn chưa có mất nước huyết áp có thể ổn định.
- + Giai đoạn muộn: mạch, huyết áp không đo được.

- *Tình trạng toàn thân*:

+ Ý thức của người bệnh: tỉnh táo hay u ám,

+ Khám bụng xem có phản ứng thành bụng không: vị trí đau, vùng đại tràng sigma, hoặc toàn bộ khung đại tràng, tình trạng chướng bụng?

+ Đại tiện: tính chất phân.

+ Nước tiểu.

2. CHẨN ĐOÁN CHĂM SÓC

- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải.

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm.
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh.

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

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

4. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Bệnh nhân hết tình trạng tiêu chảy

- Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thủng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có dung dịch sát khuẩn.

- Bệnh nhân đi ngoài nhiều lần nên rất dễ rát hậu môn và có thể bị sa trực tràng. Vì vậy bệnh nhân cần được ngâm rửa bằng nước ấm, sau khi đi ngoài, dùng khăn bông mềm thấm khô và giữ cho vùng hậu môn, vùng cụt được sạch sẽ.

- Theo dõi số lần đi ngoài, số lượng, màu sắc, tính chất phân.
- Đếm mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 giờ/lần.
- Đo lượng nước tiểu/24 giờ.

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

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc kháng sinh.
- Lấy phân gửi xét nghiệm.

4.2. Hạ thân nhiệt cho bệnh nhân

- Nói rộng quần áo, nằm buồng thoáng.

- Khi bệnh nhân sốt cao, chườm mát cho bệnh nhân hoặc dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol.

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, vết mặt hốc hác.
- Theo dõi rối loạn tri giác, đặc biệt trẻ em: li bì, lơ mơ, có thể co giật do sốt cao.

4.3. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Động viên bệnh nhân ăn, đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ thành phần, tăng protid.
- Khuyến khích bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu như súp, cháo.
- Đặc biệt trẻ em nên ăn nhiều lần trong ngày, tránh suy dinh dưỡng.

4.4. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi vào viện, cần hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bằng thái độ dịu dàng.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng cách, đề phòng tránh lây lan.
- Bệnh nhân cần tắm rửa và thay quần áo theo quy định.
- Khi xuất viện: hướng dẫn bệnh nhân biết cách dự phòng, vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại gia đình.

4.5. Lượng giá

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

- Ion đồ trong giới hạn bình thường, mạch, huyết áp ổn định, không có dấu hiệu mất nước, độ đàn hồi da bình thường. Cân bằng dịch xuất nhập được tái lập.
- Dinh dưỡng hợp lý, đầy đủ so với nhu cầu cơ thể, bệnh nhân lên cân.
- Các biến chứng được phát hiện sớm, ngăn ngừa và xử trí kịp thời.
- Xử lý phân đúng cách, thực hiện được các biện pháp ngăn ngừa lây nhiễm, quản lý phân có hiệu quả./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đối tượng nhiễm *Shigella* thường diễn tiến nặng:

- A. Trẻ em suy dinh dưỡng < 5 tuổi
- B. Người già
- C. Người có kèm theo bệnh mãn tính
- D. Câu A, B, C đều đúng

2. Chăm sóc tốt bệnh nhân bị lỵ trực khuẩn, điều dưỡng cần thực hiện ngay khi vào viện:

- A. Điều tra dịch tễ
- B. Quan sát phân (màu sắc và số lượng)
- C. Vệ sinh thân thể, thay quần áo
- D. Vệ sinh khoa phòng

3. Thực hiện tốt kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lỵ trực khuẩn là:

- A. Hạ nhiệt khi sốt cao
- B. Đảm bảo dinh dưỡng
- C. Sử dụng kháng sinh
- D. Câu A, B, C đều đúng

4. Lứa tuổi thường hay mắc bệnh lỵ Amibe:

- A. 5 - 10 tuổi
- B. 15 - 20 tuổi
- C. 20 - 30 tuổi
- D. Trên 30 tuổi

5. Xét nghiệm trong bệnh lỵ Amibe quan trọng nhất là:

- A. Soi phân tìm thể hoạt động ăn hồng cầu
- B. Soi phân tìm trong bào nang
- C. Công thức máu
- D. Câu A và B đúng

Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRUS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được đại cương, tác nhân gây bệnh, cơ chế bệnh sinh viêm gan siêu vi
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và các biến đổi xét nghiệm quan trọng bệnh viêm gan siêu vi
- 1.3. Trình bày được nguyên nhân chẩn đoán một trường hợp viêm gan siêu vi, chẩn đoán căn nguyên, phát hiện biến chứng và theo dõi diễn tiến điều trị.
- 1.4. Trình bày biện pháp phòng bệnh viêm gan siêu vi.
- 1.5. Trình bày được các bước kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm gan siêu vi.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh viêm gan siêu vi (VGSV) là bệnh truyền nhiễm thường gặp. Bệnh do một số virus ái tính với tế bào gan, tuy có đặc điểm sinh học, đường xâm nhập khác nhau (đường tiêu hóa, đường máu), nhưng đều gây viêm, tổn thương tại tế bào đích. Ngoài các virus viêm gan cũng có một số loài virus khác sau khi gây tại các cơ quan đích, cũng có khả năng gây tổn thương tế bào gan như CMV (*Cytomegalo*), HSV (*Herpes simplex*),... nhưng không được xếp vào các nhóm virus viêm gan.

Cho tới nay, nhiều loại virus gây bệnh viêm gan ở người đã được xác định như virus viêm gan A, B, C, D, E, G.

1.1. Viêm gan virus A (*Hepatitis A virus - HAV*)

HAV là virus gây tổn thương tế bào gan, thuộc họ virus đường ruột (*Enterovirus*), thuộc họ *Picornavirus*, lây theo đường tiêu hóa, gây nên bệnh cảnh viêm gan trên lâm sàng. Biểu hiện viêm gan thường nhẹ, tuy nhiên có khoảng 1 - 2% tiến triển đến hôn mê gan do teo gan vàng cấp, nhưng không bao giờ chuyển thành mãn tính.

1.2. Virus viêm gan B (*Hepatitis B Virus - HBV*)

Viêm gan virus B thuộc họ *Hepadnavirus*. Về cấu trúc, HBV hình cầu, đường kính là 42nm. cấu tạo gồm 3 lớp:

- Lớp vỏ bề mặt: có kháng nguyên bề mặt HBsAg

- Lớp Nucleocapsid có chứa 2 kháng nguyên là HBcAg và HBeAg
- Nhân có chứa gen là AND và ARN polymerase

HBV có thể lây qua 3 đường như đường máu (tiêm trích, truyền máu, ghép tạng...), đường tình dục và đường mẹ sang con. HBV có thời gian tồn tại trong máu kéo dài và có khả năng trở thành mãn tính.

1.3. Virus viêm gan C (*Hepatitis C Virus - HCV*)

- HCV thuộc họ *Flavivirus*, đường kính 40 - 60nm, có vỏ và vật liệu di truyền là ARN, lưu hành trong máu với tải lượng rất thấp.

- HCV chủ yếu lây theo đường: truyền máu và các sản phẩm của máu, tiêm chích, lọc thận. Sau khi nhiễm cơ thể sinh kháng thể Anti - HCV kéo dài.

1.4. Virus viêm gan D (*Heptitis D Virus - HDV*)

Là virus thuộc họ *Viroid*, có đường kính 35nm, là virus không hoàn chỉnh, phần lõi được bao bọc bởi lớp vỏ mang kháng nguyên HBsAg, genome là ARN.

- Đồng nhiễm: do đồng thời cùng một lúc nhiễm cả HBV và HDV, ở những người bệnh này có nguy cơ cao chuyển thành viêm gan thể tối cấp.

- Bội nhiễm: do nhiễm HBV mãn tính, sau đó bội nhiễm thêm HDV. Ở những người bệnh này nguy cơ cao chuyển thành xơ gan và tỷ lệ tử vong cao.

Kháng nguyên HDV chủ yếu tìm thấy trong nhân tế bào gan, khó phát hiện trong huyết thanh.

1.5. Virus viêm gan E (*Hepatitis E Virus - HEV*)

Là virus thuộc họ *Caliciviridae*, lây theo đường tiêu hóa, có kích thước 33 nm. Hàm lượng của virus trong máu đến nay chưa rõ. Genome là ARN. HEV có thời gian tồn tại trong máu ngắn và được đào thải ra phân giai đoạn cuối thời kỳ tiền vàng da, kéo dài khoảng 12 ngày. Tiên lượng nhẹ không chuyển thành mãn tính.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thay đổi theo từng loại virus gây viêm gan

- Viêm gan A: 14 - 40 ngày.
- Viêm gan B: 40 - 180 ngày.
- Viêm gan C: 15 - 160 ngày.
- Viêm gan D: 40 - 180 ngày.
- Viêm gan E: 20 - 70 ngày.

Thời kỳ này hầu như không có biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên đối với viêm gan virus A có thể thải ra qua đường phân và lây bệnh ngay ở cuối kỳ ủ bệnh.

2.2. Thời kỳ khởi phát (thời kỳ tiền hoàng đản)

Kéo dài từ 3 - 9 ngày, người bệnh thường có các biểu hiện:

- Sốt: thường sốt nhẹ, cũng chỉ gặp ở viêm gan A, viêm gan E.
- Mệt mỏi.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, táo bón hoặc tiêu chảy. Đau bụng âm ỉ vùng thượng vị và hạ sườn phải. Đôi khi có đau bụng dữ dội kiểu giả viêm ruột thừa.
- Tiểu ít, nước tiểu sẫm màu.
- Tam chứng carolie (đôi với viêm gan virus B).
 - + Hội chứng giả cúm.
 - + Phát ban nhất thời kiểu mày đay.
 - + Đau khớp nhất là các khớp nhỏ.

Xét nghiệm trong thời kỳ này thấy Transaminase (ALT, AST) tăng cao gấp 5 - 10 lần, có giá trị chẩn đoán sớm.

2.3. Thời kỳ toàn phát: (thời kỳ hoàng đản)

- Vàng da, vàng mắt tăng dần. Khi vàng da nhiệt độ trở về bình thường, hết sốt.
- Nước tiểu ít, sẫm màu và phân bạc màu.
- Mệt mỏi chán ăn, ăn đầy bụng, sợ các thức ăn có mỡ.
- Khám thấy gan to, thường to ít, ấn tức. Lách to chiếm 10 - 20% khi cả gan và lách to thì tiên lượng thường xấu.
- Có thể thấy dấu hiệu sao mạch.

2.4. Thời kỳ hồi phục

Các triệu chứng thuyên giảm dần. Viêm gan cấp thường khỏi sau 4 - 6 tuần. Mở đầu cho thời kỳ lui bệnh bằng một đợt đi tiểu nhiều, nước tiểu trong, vàng da hết dần. Các xét nghiệm trở lại bình thường sau 1 - 2 tháng đối với viêm gan A và viêm gan E, sau 3 - 4 tháng đối với viêm gan B và viêm gan C thể thông thường.

3. BIẾN CHỨNG

- Tiến triển thành viêm gan mãn tính: viêm gan B có thể tiến triển thành mãn tính 5 - 10%, viêm gan C 50% thành mãn tính, viêm gan D tiến triển thành mãn tính 90%.
- Tiến triển thành xơ gan.
- Ung thư gan.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chức năng gan

- Hội chứng hủy hoại tế bào gan: các men ALT, AST tăng cao.
- Hội chứng ứ mật: Bilirubin máu tăng cao, chủ yếu là Bilirubin trực tiếp.

- Hội chứng suy tế bào gan: tỷ lệ Prothrombin giảm. Điện di protein có Albumin giảm, A/G < 1.

- Hội chứng viêm: Gros - MacLagan (+). Điện di protein có Gammaglobulin tăng.

- Các xét nghiệm về các dấu ấn viêm gan xác định căn nguyên.

4.2. Xét nghiệm huyết thanh

- Nhiễm HAV cấp: anti - HAV IgM (+).

- Nhiễm HBV cấp: HBsAg (+), HBeAg (+), anti HBcAg IgM (+).

- Nhiễm HCV: anti - HCV (+), HCV - RNA (+).

- Nhiễm HEV: anti - HEV IgM (+), hoặc HEV RNA (+).

4.3. Xét nghiệm gen: định tính, định lượng virus bằng phương pháp PCR.

4.4. Siêu âm

4.5. Fibroscan đánh giá mức độ xơ gan hóa

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Thể thông thường

Chủ yếu là điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi hạn chế các hoạt động gắng sức.

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng: ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng.

- Không dùng thuốc điều trị đặc hiệu, không dùng corticoide.

Có thể điều trị bằng thuốc không đặc hiệu.

- Truyền tinh mạch dịch đẳng trương: Glucose 5%, Natriclorua 0,9%, Ringer lactac.

- Tăng bền vững tế bào gan: Fortec, Legalon,...

- Các Vitamin nhóm B.

- Nhuận mật: Chophytol, Sorbitol,... nhân trần.

- Thuốc lợi tiểu: Furosemid,...

5.2. Thể nặng

- Truyền đường, Acid amin không có nhân thơm.

- Điều chỉnh cân bằng nước và điện giải - kiềm toan.

- Điều trị rối loạn đông máu (nếu có): tiêm Vitamin K, truyền Plasma tươi hoặc truyền máu,...

- Điều trị xuất huyết tiêu hóa (nếu có): truyền khối hồng cầu, dùng các thuốc chống chảy máu: tiêm Transaminase, Sandostatin,...

- Giảm ammoniac: đường truyền tinh mạch bằng Philorpa, Hepa meiz,...đường ruột bằng cách thụt tháo, hoặc dùng đường uống.

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.

- Nếu hôn mê: chống phù não tích cực, hỗ trợ chức năng sống khi cần, hạn chế chế độ dinh dưỡng nhiều đạm.

6. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRUS

6.1. Nhận định

6.1.1. Hỏi

- Nhiệt độ: có sốt?
- Chán ăn, đầy bụng khó tiêu, buồn nôn hoặc nôn?
- Rối loạn tiêu hóa: táo bón hoặc tiêu chảy, đau bụng vùng thượng vị, hoặc vùng hạ sườn phải?
- Đi tiểu nhiều hay ít, nước tiểu có sẫm màu?
- Mệt mỏi, đau các khớp nhỏ.
- Có tiền sử đã phát hiện bị nhiễm viêm gan virus A, B, C, D,...?

6.1.2. Thăm khám thể chất

6.1.2.1. Dấu hiệu sinh tồn

- Nhiệt độ: có thể có sốt nhẹ thường đối với viêm gan A, viêm gan E. Trường hợp sốt cao có thể do bội nhiễm, đặc biệt trên người bệnh xơ gan, xơ gan do rượu nguy cơ bội nhiễm cao.
- Mạch: bình thường theo tuổi.
- Huyết áp: bình thường theo tuổi.
- Nhịp thở: bình thường theo tuổi.
- Trường hợp nặng như: hôn mê gan, sốc, xuất huyết nặng mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt hoặc không đo được.

6.1.2.2. Da, niêm mạc

- Da và củng mắt vàng tăng dần ở thời kỳ toàn phát.
- Trong trường hợp ứ sắc tổ mật da vàng đậm.
- Niêm mạc mắt có thể vàng nhạt trắng trong trường hợp xuất huyết nặng.
- Có thể thấy sao mạch.

6.1.2.3. Hô hấp

Nhịp thở, kiểu thở: thở nhanh, khó thở, tím tái trong trường hợp nặng.

6.1.2.4. Tuần hoàn

Trong trường hợp nặng sẽ có biểu hiện suy tuần hoàn, rối loạn nước và điện giải:

- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Da nổi vân tím, hạ thân nhiệt, chi lạnh.
- Giai đoạn muộn rối loạn nhịp tim, có cơn ngừng tim, huyết áp hạ và không đo được.

6.1.2.5. Tình trạng toàn thân

- Ý thức của người bệnh: tỉnh táo hay dấu hiệu tiền hôn mê hoặc hôn mê gan?
- Trong giai đoạn tiền hôn mê gan: người bệnh có biểu hiện kích thích, vật vã, la hét, mê sảng, đi vào hôn mê gan.
- Nước tiểu: số lượng ít, sẫm màu.
- Khám bụng: gan to, ấn tức, có khi có lách to.
- Có thể có cổ trướng.
- Các xét nghiệm: chức năng gan: men gan tăng cao, Bilirubin tăng cao, tỷ lệ Prothrombin.

6.2. Xác định vấn đề ưu tiên chăm sóc người bệnh viêm gan virus

6.2.1. Thể thông thường

6.2.1.1. Chế độ nghỉ ngơi, hạn chế đi lại

- Sắp xếp người bệnh buồng bệnh yên tĩnh.
- Tư vấn cho người bệnh cần phải nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại, làm công việc nhẹ, không gắng sức.
- Tư tưởng thoải mái, tránh stress.

6.2.1.2. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng

- Ăn loại thức ăn nhẹ, mềm dễ tiêu đủ dinh dưỡng, ăn theo khẩu vị.
- Chia nhỏ nhiều bữa.
- Thức ăn hạn chế đạm động vật, mỡ, tăng đạm thực vật, tăng protid.
- Tăng cường Vitamin: nước hoa quả, trái cây, sữa chua.
- Uống nhiều nước: nước nhân trần, đường Glucose.
- Không uống rượu, bia, không sử dụng thuốc tránh thai (nữ).

6.2.1.3. Thực hiện thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

- Thực hiện thuốc theo y lệnh: thuốc bổ gan, thuốc nhuận gan, nhuận mật.
- Thực hiện truyền dịch (nếu có chỉ định).
- Thực hiện thuốc kháng virus (theo y lệnh).
- Lấy máu xét nghiệm chức năng gan thận; huyết thanh học, virus học,...
- Đưa người bệnh đi siêu âm, chụp X-quang theo chỉ định.

6.2.1.4. Theo dõi các diễn biến của bệnh

- Chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở hàng ngày.
- Tình trạng vàng da tăng dần.
- Tình trạng xuất huyết.
- Dấu hiệu tiền hôn mê gan: ý thức, chức năng gan.

- Đại tiểu tiện của người bệnh: tiểu ít, vàng sẫm hay có máu?
- Cổ trướng.
- Theo dõi các chỉ số xét nghiệm: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, men gan, tỷ lệ Prothrombin, Bilirubine, D-Dmer, đường máu.
- Báo ngay bác sỹ khi có dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

6.2.2. Thở nặng

6.2.2.1. Đảm bảo hô hấp cho người bệnh

*** Chăm sóc**

- Đặt tư thế người bệnh nằm đầu cao dễ thở, (đối với người bệnh hôn mê, nghiêng mặt sang bên tránh hít sặc).
- Hỗ trợ hô hấp: cho người bệnh thở ôxy theo chỉ định (người bệnh xuất huyết, thiếu máu).
- Hút đàm dãi nếu có tăng tiết.
- Chuẩn bị dụng cụ, trang thiết bị, máy thở phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản nếu có chỉ định khi người bệnh có biểu hiện suy hô hấp.
- Vệ sinh răng miệng 2 - 3 lần/ngày.

*** Theo dõi**

- Nhịp thở, kiểu thở, SpO₂, SaO₂, tình trạng tím tái da và niêm mạc.
- Theo dõi người bệnh thở máy (nếu có): đáp ứng máy thở, thông số trên máy thở, ứ đọng đàm dãi,...

6.2.2.2. Đảm bảo tình trạng tuần hoàn

*** Chăm sóc**

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp tùy từng tình trạng mỗi người bệnh (đối với trường hợp người bệnh nặng, hôn mê gan, đo 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần).
- Bù khối lượng tuần hoàn: truyền dịch, truyền khối hồng cầu (xuất huyết), truyền khối tiểu cầu, Plasma theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc chống chảy máu như tiêm Vitamin K theo y lệnh.
- Chuẩn bị dụng cụ, máy, phụ giúp bác sỹ lọc huyết tương (nếu có chỉ định).
- Lấy máu làm xét nghiệm: chức năng gan, đông máu cơ bản, công thức máu,...

*** Theo dõi**

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu theo giờ tùy tình trạng mỗi người bệnh.
- Theo dõi tình trạng xuất huyết: bầm tím nơi tiêm truyền; xuất huyết tiêu hóa.
- Theo dõi chỉ số đông máu, chỉ số tiểu cầu.

6.2.2.3. Theo dõi tình trạng vàng da

- Thời kỳ trước vàng da:
 - + Triệu chứng nhiễm trùng.
 - + Triệu chứng tiêu hóa.
 - + Triệu chứng khác.
- Thời kỳ vàng da:
 - + Các triệu chứng giảm dần, nhưng vàng da tăng lên.
 - + Gan to.
 - + Trẻ em gan to hơn và có thể có lách to.
 - + Chỉ số Bilirubin, Transaminase,....

6.2.2.4. *Thực hiện y lệnh thuốc, xét nghiệm chính xác, kịp thời và đầy đủ*

- Truyền dịch Glucose 5%, Nacl 0,9% theo chỉ định.
- Thực hiện thăng bằng nước điện giải - kiềm toan khi có chỉ định.
- Thực hiện thuốc điều trị rối loạn chức năng đông máu: tiêm Vitamin K, truyền huyết tương tươi hoặc truyền máu theo chỉ định.
- Truyền Manitol chống phù não theo y lệnh đối với người bệnh hôn mê.
- Thực hiện thuốc chống chảy máu như tiêm transaminase, sandostatin, somatostatin; truyền khối hồng cầu theo chỉ định trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa.
- Thực hiện thuốc giảm ammoniac: truyền tĩnh mạch bằng Phylorpa, hepa meiz,.. hoặc đường uống, đường thực tháo.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.
- Phụ giúp lọc máu liên tục, thay huyết tương, lọc gan.
- Lấy máu xét nghiệm: Transaminase, Bilirubin, Tỷ lệ Prothrombin, đường máu
- Xét nghiệm nước tiểu.

6.2.2.5. *Theo dõi tình trạng chung*

- Ý thức vận động: dấu hiệu tiền hôn mê, hôn mê gan.
- Người bệnh mất ngủ, nhầm lẫn, chậm chạp, trí nhớ giảm sút, giảm sự tập trung, mất phương hướng. Quá vui hoặc quá buồn một cách vô cớ, cười nói nhiều, nói nhảm, nói một mình, lơ mơ và hôn mê.
- Hoặc kích thích, vật vã hoặc la hét.
- Những rối loạn về thần kinh:
 - + Run chân, tay: run kiểu chim vỗ cánh, run ở đầu chi trên, nhưng có thể lan lên vai, lưỡi hoặc mí mắt.
 - + Tăng hoặc giảm trương lực cơ.
 - + Tăng hoặc giảm phản xạ gân xương.

- + Babinski (+).
- + Co giật.
- + Mất sự phối hợp động tác theo ý muốn.
- + Đôi khi có dấu hiệu màng não.
- + Thở sâu. Hoặc kiểu Kussmaul.
- + Hơi thở có mùi chua giống mùi quả ổi chín thối
- + Xét nghiệm NH₃ tăng, đường máu hạ, rối loạn điện giải, rối loạn điện não đồ.

6.2.2.6. Dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân

* Dinh dưỡng:

- Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày nếu người bệnh có biểu hiện rối loạn ý thức, hôn mê.
- Ăn súp, sữa đảm bảo đủ lượng dinh dưỡng, theo dõi sát tình trạng tiêu hóa, tránh để hạ đường huyết.
- Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch theo y lệnh đối với trường hợp bị xuất huyết tiêu hóa, hoặc trường hợp chống chỉ định đặt sonde dạ dày.

* Vệ sinh cá nhân

- Vệ sinh răng miệng 2 - 3 lần/ngày hoặc sau mỗi lần ăn.
- Lau người, tắm bằng nước ấm.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, hậu môn hàng ngày, hoặc sau mỗi lần đi vệ sinh.
- Thay quần áo, drap hàng ngày.
- Xoay trở chống loét tỳ.

6.2.2.7. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Bệnh viêm gan virus diễn biến âm thầm và rất đa dạng. Bệnh có thể diễn biến nặng, kéo dài hay hôn mê nên cần được theo dõi cẩn thận.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh cách theo dõi và phát hiện các dấu hiệu bất thường như: thấy thay đổi tính cách, nôn nhiều hoặc nôn ra máu, đi ngoài phân đen,... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Chế độ dinh dưỡng: đảm bảo ăn đủ calo mỗi ngày, ăn thức ăn dễ tiêu, tăng đạm thực vật, uống nhiều nước hoa quả, kiêng rượu bia, chất kích thích.
- Hướng dẫn cách phòng lây nhiễm bệnh viêm gan virus: lây qua đường tiêu hóa, lây qua đường tiêm truyền, truyền máu, sinh dục, từ mẹ sang con tùy theo từng loại virus viêm gan.
- Tiêm phòng vaccin viêm gan B.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Virus viêm gan C hiện diện trong bệnh phẩm nào sau đây?

- A. Phân người
- B. Nước
- C. Dịch ói
- D. Máu

2. Đường lây của viêm gan siêu vi E?

- A. Đường máu
- B. Từ mẹ sang con
- C. Đường tình dục
- D. Đường tiêu hóa

3. Diễn tiến thường gặp trong bệnh viêm gan siêu vi là:

- A. Viêm gan siêu vi A, E thường diễn tiến mãn tính
- B. Đa số hồi phục sau đợt cấp, không để lại di chứng
- C. Viêm gan siêu vi A, E đưa đến biến chứng xơ gan với tỷ lệ rất cao
- D. Viêm gan siêu vi B, C thường tự giới hạn

4. Chăm sóc bệnh nhân viêm gan siêu vi, điều nào sau đây là sai?

- A. Kiên rượu 6 tháng
- B. Vệ sinh da
- C. Ăn ít mỡ động vật
- D. Cung cấp nhiều đạm cho dù có biến chứng hôn mê

5. Đánh giá tình trạng hoại tử tế bào gan trong bệnh viêm gan, dựa vào:

- A. Mức độ vàng da, vàng mắt
- B. AST, ALT
- C. Bilirubin
- D. CK - MB

Bài 10: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được đại cương, mầm bệnh, dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán bệnh sốt xuất huyết.
- 1.3. Trình bày biện pháp phòng bệnh sốt xuất huyết.
- 1.4. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch, do 4 type virus Dengue gây ra. Virus Dengue được truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh chính.

Virus Dengue có 4 type huyết thanh: D1, D2, D3, D4. Có hiện tượng ngưng kết chéo giữa các type huyết thanh. Tại Việt Nam trong những năm qua có sự lưu hành của cả 4 type virus Dengue, tuy nhiên phổ biến hơn cả là virus Dengue 2.

Bệnh lưu hành ở vùng nhiệt đới, chủ yếu ở Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Việt Nam là một trong các nước bệnh lưu hành.

Đối tượng mắc chủ yếu là trẻ em dưới 15 tuổi. Lứa tuổi chiếm đa số từ 5 - 9 tuổi. Những vùng dịch mức độ vừa có thể gặp cả người lớn nhưng thường không quá 50 tuổi.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 3 - 15 ngày không có biểu hiện lâm sàng.

2.2. Thời kỳ khởi phát

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Kèm theo đau đầu, chán ăn, buồn nôn, đau cơ, đau khớp, nhức 2 hố mắt.
- Da sung huyết hoặc phát ban dát đỏ.
- Làm nghiệm pháp dây thắt thường dương tính, ở giai đoạn này một số người bệnh có thể có xuất huyết dưới da dưới dạng chấm nốt, hoặc chảy máu chân răng, hoặc chảy máu cam.

- Xét nghiệm máu: dung tích hồng cầu bình thường, số lượng tiểu cầu bình thường hoặc bắt đầu giảm, số lượng bạch cầu thường giảm trong giai đoạn này.

2.3. Thời kỳ toàn phát

- Các dấu hiệu và triệu chứng của giai đoạn khởi phát có vẻ giảm hơn, người bệnh có thể vẫn sốt hoặc đã giảm hơn.

- Có biểu hiện của thoát huyết tương (do tăng tính thấm thành mạch), thường xuất hiện từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 của sốt, kéo dài 24 giờ - 48 giờ.

- Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt. Khoảng 50% số người bệnh có biểu hiện gan to, đôi khi có đau.

- Nếu thoát huyết tương nặng nề có biểu hiện của hội chứng sốc với các dấu hiệu vật vã, bứt rứt hoặc li bì, chi lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ hoặc khó bắt, huyết áp tụt, hoặc kẹt hoặc không đo được, lượng nước tiểu ít.

- Các biểu hiện xuất huyết:

+ Xuất huyết dưới da: dạng chấm, nốt hoặc mảng bầm tím.

+ Xuất huyết niêm mạc: chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu, đối với phụ nữ kinh nguyệt kéo dài hoặc sớm hơn kỳ hạn. Trong trường hợp xuất huyết nội tạng như xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, tiêu phân đen), xuất huyết phổi, não thường nặng.

- Biểu hiện suy tạng:

+ Viêm gan nặng.

+ Suy thận cấp.

+ Viêm não.

+ Viêm cơ tim.

- Xét nghiệm:

+ Hct tăng hơn so với giá trị ban đầu hoặc so với giá trị trung bình theo tuổi.

+ Số lượng tiểu cầu giảm $< 100.000/mm^3$

+ Số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng trong trường hợp nhiễm khuẩn.

+ X-quang, siêu âm có thể phát hiện tràn dịch màng phổi, màng bụng.

+ Trong trường hợp nặng: số lượng tiểu cầu giảm nặng, kéo dài, có thể có rối loạn đông máu, rối loạn điện giải, nhiễm toan, protid máu giảm nặng.

2.4. Thời kỳ hồi phục

Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều. Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ.

- Trong trường hợp có sốc người bệnh thường ổn định trong vòng 24 - 72 giờ.

- Khó thở thuyên giảm, hết.

- Không còn dịch ở khoang bụng, màng phổi.
- Mạch đôi lúc không đều.
- Xét nghiệm: Hct bình thường, có thể giảm hơn ngưỡng của lứa tuổi do hiện tượng tái hấp thu nước vào lòng mạch.
- Số lượng bạch cầu bình thường khi hết sốt.
- Số lượng tiểu cầu về ngưỡng bình thường vào ngày thứ 7 - 10 của bệnh.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Xét nghiệm cơ bản

- Tiểu cầu.
- Đo dung tích hồng cầu (Hematocrit).
- Bạch cầu, hồng cầu.
- Transaminase huyết thanh.
- Điện giải đồ máu.
- Đông máu cơ bản.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm, X-quang trong giai đoạn tràn dịch màng bụng, màng phổi.

3.2. Xét nghiệm chẩn đoán sự có mặt của virus Dengue

- Phân lập virus Dengue trong máu và huyết thanh của người bệnh.
- Huyết thanh chẩn đoán: tìm kháng thể IgM, IgG. Xét nghiệm thường dương tính từ ngày thứ 5 kể từ khi sốt.
- Xét nghiệm test nhanh: cho kết quả nhanh trong vòng 30 phút, 3 giờ tìm kháng thể IgM, IgG hoặc tìm kháng nguyên NS1.
 - + Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.
- Xét nghiệm định lượng kháng thể:
 - + Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ năm của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau một tuần tìm động lực kháng thể (dương tính nếu nồng độ kháng thể lần thứ hai tăng gấp 4 lần)

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

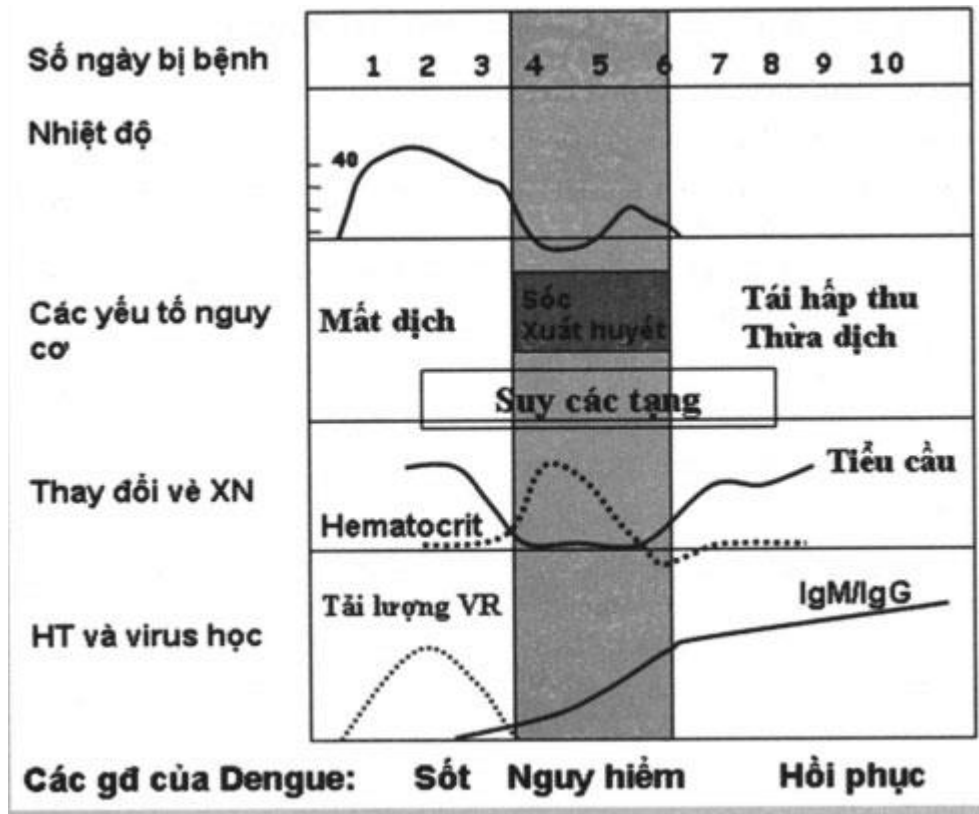
- Hạ sốt.
- Bù dịch sớm bằng đường uống.
- Theo dõi sát đối tượng nguy cơ cao như trẻ nhỏ, phụ nữ mang thai, người béo phì, người cao tuổi, người có bệnh mãn tính.

4.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

- Người bệnh cần nhập viện điều trị.
- Chỉ định truyền dịch: Lactate ringer hoặc NaCl 0,9%.
- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện (Hct tăng, tiểu cầu giảm, mạch nhanh, huyết áp hạ hoặc kẹt, nhiệt độ hạ thì xử trí như với sốt xuất huyết Dengue có sốc).

4.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng

- Truyền dịch Renguer lactate, mẫn đẳng trương 0,9%, dung dịch cao phân tử theo phác đồ.
- Sử dụng thuốc vận mạch.
- Truyền khối tiểu cầu trong trường hợp tiểu cầu hạ.
- Truyền Plasma tươi, tủa lạnh khi có rối loạn đông máu.



Lưu đồ: Các giai đoạn biểu hiện lâm sàng sốt xuất huyết Dengue.

5. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

5.1. Nhận định

5.1.1. Hỏi

- Sốt ngày thứ mấy, nhiệt độ cao nhất?
- Đau đầu, đau mỗi khớp?

- Nhức 2 hố mắt, hoa mắt chóng mặt?
- Có khó thở?
- Chán ăn, buồn nôn, nôn?
- Có nôn ra máu, đi ngoài phân đen?
- Có bị chảy máu cam, chảy máu chân răng?
- Đau bụng, đau tức vùng gan.
- Chu kỳ kinh nguyệt có đúng kỳ hạn?
- Có nhiều người mắc bệnh sốt xuất huyết ở quanh vùng nơi sinh sống.

5.1.2. Thăm khám thể chất

*** Dấu hiệu sinh tồn:**

- Nhiệt độ: sốt cao $> 39 - 40^{\circ}\text{C}$, ớn lạnh thường ở giai đoạn đầu của bệnh.
- Nhiệt độ có thể hạ đột ngột $< 36^{\circ}\text{C}$ trong trường hợp sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu tiền sốc hoặc sốc.
- Mạch: bình thường theo tuổi, có thể nhanh khi sốt cao. Mạch có thể nhanh nhỏ khó bắt ở giai đoạn tiền sốc hoặc sốc Dengue.
- Huyết áp: bình thường theo tuổi, trong trường hợp sốc huyết áp tụt, kẹt hoặc không đo được.

- Nhịp thở bình thường theo tuổi, có thể thở nhanh.

*** Da, niêm mạc:**

- Ban xuất huyết trên da: chấm, nốt xuất huyết, mảng bầm tím.
- Niêm mạc mắt: xuất huyết đỏ?
- Niêm mạc nhợt trong trường hợp sốc, xuất huyết.
- Chảy máu cam, chảy máu chân răng.
- Bầm tím, chảy máu lâu cầm nơi tiêm truyền.

*** Hô hấp:**

Nhịp thở, kiểu thở: thở nhanh, khó thở trong trường hợp sốc do thoát huyết tương, phù phổi cấp, tràn dịch màng phổi, màng bụng.

*** Tuần hoàn:**

- Trong trường hợp mắc ở thể nặng sẽ có biểu hiện suy tuần hoàn, rối loạn nước và điện giải.
- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Da nổi vân tím, hạ thân nhiệt, chi lạnh.
- Giai đoạn sốc mạch, huyết áp không đo được.
- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm < 2 giây

* Tình trạng toàn thân:

- Ý thức của người bệnh: tỉnh táo hay u ám, li bì.
- Khám bụng: vị trí đau, đau tức vùng gan, gan to mấp mé bờ sườn?
- Đại tiện: tính chất phân.
- Nước tiểu: giai đoạn sốc nước tiểu ít hoặc vô niệu.

5.2. Xác định vấn đề ưu tiên chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue

Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue

5.2.1. Hạ sốt đảm bảo thân nhiệt duy trì ở mức ổn định, tránh biến chứng sốt cao co giật

* Chăm sóc

- Đo nhiệt độ ở nách.
- Nói rộng quần áo, chăn, mặc quần áo mỏng.
- Khuyến người bệnh uống nhiều nước, ORS, nước hoa quả.
- Chườm mát hoặc lau người bằng nước ấm.
- Thực hiện thuốc hạ sốt Paracetamol theo y lệnh (không dùng Aspirin vì gây xuất huyết dạ dày).

- Lấy máu xét nghiệm công thức máu, tiểu cầu, Hematocrit.

* Theo dõi

- Theo dõi nhiệt độ mỗi 1- 6 giờ/lần, trường hợp lau mát, theo dõi 15 phút/lần.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu.

5.2.2. Bù đủ nước và điện giải tránh hiện tượng cô đặc máu

* Chăm sóc Bù đủ nước bằng đường uống.

- Hoặc bù qua đường truyền tĩnh mạch trong trường hợp không ăn được do chán ăn, nôn nhiều.

- Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

- Đo dung tích hồng cầu tại giường để bác sỹ điều chỉnh y lệnh truyền dịch và tốc độ dịch truyền.

* Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo giờ tùy tình trạng người bệnh.
- Theo dõi Bilan dịch vào, dịch ra.
- Chỉ số Hematocrit.
- Chỉ số tiểu cầu.

* Theo dõi và phát hiện diễn biến nặng

- Dấu hiệu cảnh báo.
- Dấu hiệu tiền sốc.

- Dấu hiệu xuất huyết.

Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và SXH Dengue nặng.

5.2.3. Đảm bảo bồi phục thể tích tuần hoàn và cải thiện tưới máu mô ngoại biên cho người bệnh

*** Chăm sóc**

- Đặt người bệnh tư thế đầu bằng, kê chân cao.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút, 30 phút, 1 giờ/lần trong giờ đầu.
- Đo SpO₂, SaO₂, đếm nhịp thở.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn.
- Làm xét nghiệm hematocrit tại giường, tiểu cầu theo giờ và báo ngay để bác sỹ kịp thời điều chỉnh.
- Truyền dịch, dung dịch cao phân tử theo y lệnh đảm bảo đúng tốc độ, số lượng.
- Thực hiện truyền khối tiểu cầu hoặc khối hồng cầu theo y lệnh.

*** Theo dõi**

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu 15 phút, 30 phút, 1 giờ/lần.
- Theo dõi thời gian đổ đầy mao mạch.
- Theo dõi nhịp thở, kiểu thở, tím tái, SpO₂.
- Theo dõi số lượng nước tiểu.
- Chỉ số hematocrit, tiểu cầu.

5.2.4. Đảm bảo hô hấp cho người bệnh

*** Chăm sóc**

- Để người bệnh tư thế đầu cao (nếu không có sốc).
- Ngưng ngay truyền dịch nếu có y lệnh (trường hợp phù phổi cấp, tình trạng thừa dịch,..).
- Cho người bệnh thở ôxy qua cannula hoặc qua mask theo y lệnh.
- Thở áp lực dương liên tục qua mũi theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc lợi tiểu (Furosemid) hoặc thuốc vận mạch.
- Phụ giúp bác sỹ chọc hút dịch màng phổi, màng bụng nếu có chỉ định.
- Thực hiện lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm theo y lệnh.

*** Theo dõi**

- Theo dõi kiểu thở, nhịp thở, tím tái, SpO₂, tình trạng chảy máu nơi tiêm truyền, chọc hút dịch mỗi 15 phút trong giờ đầu và sau đó theo y lệnh.
- Theo dõi người bệnh thở máy: đáp ứng máy thở, chống máy,... (nếu có thở máy)

- Theo dõi lượng nước tiểu theo giờ.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp theo y lệnh.
- Theo dõi Bilan dịch vào dịch ra.

5.2.5. Hạ sốt cho người bệnh sốt xuất huyết Dengue

*** Chăm sóc**

- Để người bệnh nằm nơi thoáng.
- Đo nhiệt độ ở nách.
- Nói rộng quần áo, nên mặc quần áo mỏng vải cotton.
- Bù nước: uống nhiều nước, ORS, sữa, nước hoa quả.
- Lau người bằng nước ấm.
- Thực hiện thuốc Paracetamol theo y lệnh khi sốt cao > 39⁰C.
- Quan sát nơi tiêm truyền nếu tay đồ rút bỏ kim.
- Thực hiện y lệnh xét nghiệm (tế bào máu, cấy máu, cấy đầu kim catheter).
- Thực hiện thuốc kháng sinh nếu có.

*** Theo dõi**

- Nhiệt độ mỗi 1- 6 giờ/lần, trường hợp dùng hạ nhiệt bằng thuốc, lau người mỗi 15 phút/lần.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm khuẩn.

5.2.6. Thực hiện y lệnh truyền dịch đảm bảo không để xảy ra tai biến thừa dịch, quá tải dịch

*** Chăm sóc**

- Thực hiện chính xác tốc độ truyền và số lượng dịch truyền.
- Làm xét nghiệm hematocrit tại giường báo bác sỹ để điều chỉnh điều trị.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm khi CVP cao > 12 CmH₂O báo bác sỹ do nguy cơ quá tải dịch.
- Báo ngay bác sỹ khi chỉ số mạch, huyết áp về bình thường, lượng nước tiểu > 1ml/kg/giờ để điều chỉnh tốc độ dịch truyền.

*** Theo dõi**

- Theo dõi tốc độ dịch truyền.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nước tiểu theo giờ.
- Theo dõi dấu hiệu khó thở, tím tái, ho khạc, quan sát tĩnh mạch cổ.
- Theo dõi Bilan dịch vào, dịch ra.
- Lưu ý: từ ngày thứ 6 trở đi của bệnh.

5.2.7. Chăm sóc người bệnh nguy cơ xuất huyết da và niêm mạc do rối loạn đông máu

* Chăm sóc

- Nằm nghỉ tại giường hạn chế đi lại và vận động mạnh.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, hoặc đặt catheter động mạch quay.
- Đo huyết áp, mạch, nhiệt độ.
- Tiêm thuốc qua tĩnh mạch, tránh tiêm bắp.
- Đặt ống thông dạ dày nếu có chỉ định nên đặt đường miệng.
- Lấy máu xét nghiệm hematocrit, truyền máu theo y lệnh.
- Băng ép vị trí chảy máu nơi tiêm truyền.
- Đặt meches mũi với những trường hợp chảy máu cam. Nếu không cầm, mời chuyên

khoa Tai mũi họng đặt meches thành sau.

- Vệ sinh răng miệng bằng gạc mềm và dung dịch nước muối sinh lý Chlorhexidine
- Hạn chế tối đa xuất huyết da niêm mạc khi thực hiện thủ thuật.
- Không lấy máu ở tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cổ.

* Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi tình trạng xuất huyết: bầm tím ngoài da, chảy máu vị trí tiêm truyền, chảy máu mũi, chân răng.
- Theo dõi nôn ói ra máu, đại tiện ra máu.
- Theo dõi hematocrit nếu thấp < 30% kèm nôn ói ra máu báo ngay bác sỹ xử trí.

5.2.8. Dinh dưỡng và vệ sinh thân thể tránh bội nhiễm

* Chăm sóc

- Ăn chế độ ăn mềm, nhẹ, chia nhiều bữa nhỏ (ăn cháo, súp, phở,...).
- Uống nhiều nước, nước hoa quả, sữa.
- Không nên sử dụng nước có ga hoặc có màu.
- Không nên ăn thức ăn cay, nóng.
- Vệ sinh răng miệng 2 - 3 lần/ngày bằng bàn chải mềm hoặc gạc mềm với dung dịch NaCl 0,9%, chlorhexidine.
- Lau người nhẹ nhàng bằng nước ấm hàng ngày, thay drap, quần áo hàng ngày.
- Thực hiện quy trình kỹ thuật đảm bảo vô khuẩn.

5.2.9. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Cách phát hiện các dấu hiệu bất thường cần theo dõi báo nhân viên y tế để xử trí kịp thời đề phòng sốc như: tăng cảm giác đau bụng, đau tức vùng gan, nôn nhiều, hạ nhiệt độ đột ngột, nhịp nhanh, chân tay lạnh,...
- Hướng dẫn chế độ ăn uống, chuẩn bị thức ăn cho người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

- Hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng tránh gây chảy máu: đánh răng bằng bàn chải mềm, hoặc dùng gạc mềm. Không dùng tay ngoáy mũi, không dùng tăm siêu răng dễ gây chảy máu.

- Hướng dẫn cách phòng lây nhiễm tại bệnh viện và ở gia đình, cộng đồng: vệ sinh môi trường, mặc màn khi ngủ (ngủ buổi trưa đặc biệt đối với trẻ em).

- Hướng dẫn theo dõi sau khi ra viện có diễn biến bất thường phải đến bệnh viện ngay./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đặt điểm sốt trong bệnh sốt xuất huyết Dengue:

- A. Sốt từ từ, tăng dần
- B. Sốt cao đột ngột 2 - 7 ngày
- C. Sốt cơn cách nhật
- D. Sốt cao rét run

2. Chăm sóc bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue, không nên dùng thuốc nào dưới đây?

- A. Paracetamol
- B. Aspirin
- C. Vitamine C
- D. Multivitamine

3. Sốc thường xảy ra với bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue vào thời điểm nào?

- A. Bệnh nhân đang sốt cao
- B. Khi bệnh nhân đi tiểu nhiều
- C. Sau khi bệnh nhân hết sốt
- D. Ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 của bệnh

4. Hồng ban phục hồi xuất hiện trên bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có ý nghĩa gì?

- A. Mảng xuất huyết xuất hiện sớm và lan nhanh sau khi hết shock
- B. Có liên quan đến việc sử dụng kháng sinh
- C. Bệnh đang diễn biến tốt
- D. Bệnh đang diễn biến xấu

5. Chăm sóc bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue, việc quan trọng nhất là:

- A. Đảm bảo khôi phục đủ khối lượng tuần hoàn, hạn chế nguy cơ shock xảy ra
- B. Sử dụng thuốc an thần
- C. Làm giảm tình trạng xuất huyết
- D. Đặt tubeivin bơm súp, sữa cho bệnh nhân

Bài 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được các đặc điểm quan trọng về dịch tễ học bệnh sốt rét.
- 1.2. Kể được cơ chế gây bệnh quan trọng trong sốt rét.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán bệnh sốt rét.
- 1.4. Trình bày biện pháp phòng bệnh sốt rét.
- 1.5. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt rét.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng *Plasmodium spp* gây nên. Bệnh lây truyền chủ yếu do muỗi *Anopheles*, muỗi đốt người bệnh rồi truyền qua cho người lành.

Có 5 loại ký sinh trùng ở người: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. knowlesi*, *P. malairiae*, *P. ovale*. Hiện nay tại Việt Nam lưu hành cả 4 loại ký sinh trùng, nhưng hay gặp là nhiễm *P. falciparum*, *P. vivax*. Ký sinh trùng chủ yếu sống trong hồng cầu và gây nên bệnh cảnh toàn thân, có thể có tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau. Biểu hiện lâm sàng điển hình thường là cơn sốt rét, có kèm theo gan, lách to hoặc thiếu máu. Những thể lâm sàng nặng (sốt rét ác tính) có tổn thương não, đái huyết cầu tố, suy thận, suy gan, trụy tim mạch có thể gây tử vong.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

2.1. Ký sinh trùng

Ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) là một đơn bào, loài *Plasmodium*. Có 5 loại ký sinh trùng sốt rét ở người.

- *Plasmodium falciparum*
- *Plasmodium vivax*
- *Plasmodium knowlesi*
- *Plasmodium malariae*
- *Plasmodium ovale*

Trong đó *P. falciparum* và *P. vivax* chiếm ưu thế 95% các trường hợp trên Thế giới. Ở Việt Nam cũng chỉ gặp 4 loại này: *P. falciparum* chiếm 80%, *P. vivax* chiếm 20% , *P. Knowlesi* và *P. Malariae* (chiếm rất ít)

2.2. Chu kỳ phát triển của KSTSR

Gồm hai chu kỳ: chu kỳ vô tính ở người và chu kỳ hữu tính ở muỗi.

2.2.1. Chu kỳ vô tính: có 2 giai đoạn

- Giai đoạn trong gan (còn gọi là giai đoạn tiền hồng cầu):

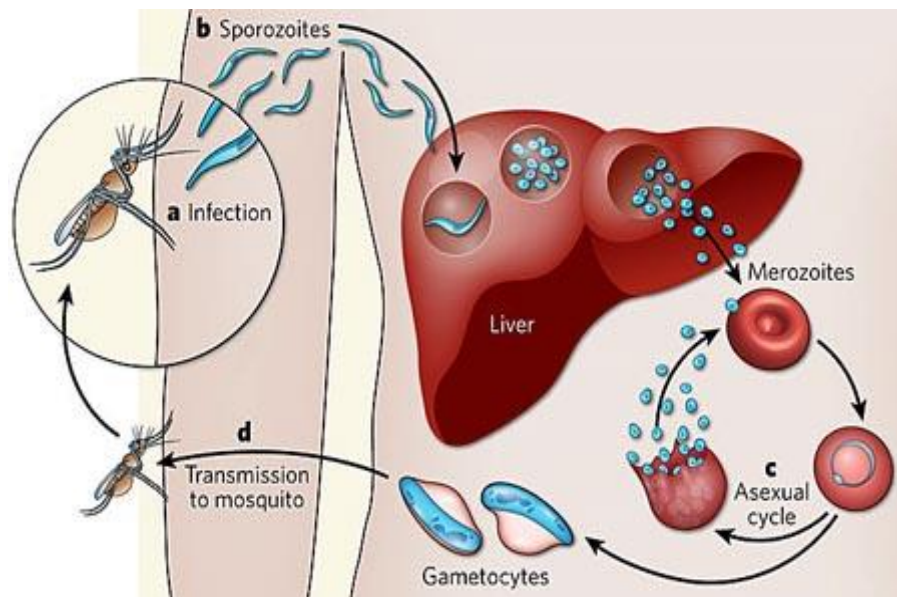
Thoa trùng do muỗi truyền sẽ qua máu trong thời gian ngắn (30 phút) rồi vào nhu mô gan, phân chia thành các merozoite gan (tiểu thể hoa cúc), từ đó lại xâm nhập vào máu. Với *P. falciparum*, thoa trùng phát triển nhanh thành merozoite gan, rồi vào máu hết trong thời gian ngắn; Tương tự như *P. falciparum*, ký sinh trùng *P. knowlesi* có thể gây bệnh nặng hoặc thậm chí có thể gây tử vong. Ký sinh trùng này có một chu kỳ phát triển ngắn khoảng 24 giờ, tạo điều kiện thuận lợi làm cho bệnh tiến triển nhanh chóng. Ký sinh trùng *P. knowlesi* xâm nhập vào hồng cầu không bị hạn chế đối với hồng cầu non kể cả hồng cầu già. Vấn đề này có thể làm cho mật độ ký sinh trùng cao và sự phát triển của ký sinh trùng trong hồng cầu không có chu kỳ hòa hợp. Ngưỡng của ký sinh trùng trong máu cao do nhiễm *P. knowlesi* nhưng lại thấp hơn so với sốt rét do nhiễm *P. knowlesi* về mặt lý thuyết. Với *P. vivax* và *P. ovale* một số thoa trùng ở lại gan dưới dạng thể ngủ (hypnozoite) và sau từ 1 - 6 tháng hoặc lâu hơn, mới phát triển thành merozoite gan để vào máu.

- Giai đoạn trong máu (giai đoạn hồng cầu):

Các merozoite gan xâm nhập vào hồng cầu, phát triển qua thể nhân, sau thành thể tu dưỡng (non, già), thể phân liệt, cuối cùng phá vỡ hồng cầu và các merozoite hồng cầu từ trong thể phân liệt được giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể hữu tính (giao bào đực và cái gametocyte).

2.2.2. Chu kỳ hữu tính ở muỗi

Giao bào đực muỗi *Anopheles* hút vào dạ dày và phát triển thành giao tử (gamete), sau thành hợp tử (zygote) và trứng "di động" (Ookinete). Ookinete chui qua thành dạ dày và phát triển ở mặt ngoài dạ dày thành trứng (Oocyste), Oocyste lớn lên, vỡ ra và giải phóng thoa trùng, cuối cùng thoa trùng di chuyển về tuyến nước bọt của muỗi để tiếp tục truyền vào người khi muỗi đốt người.



3. CƠ THỂ CẢM THỤ

- Bệnh phát triển mạnh ở các nước nhiệt đới nóng, ẩm, mưa nhiều, những nơi điều kiện vệ sinh môi trường kém.

- Hầu như mọi người có cảm thụ cả với 4 loại *Plasmodium*.

- Hiện nay có khoảng 100 Quốc gia nằm trong vùng nhiễm sốt rét và số lượng người nhiễm ước tính khoảng 270 triệu người.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Sốt rét là một bệnh toàn thân, gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan nội tạng khác nhau. Quá trình sinh bệnh của sốt rét do nhiều nguyên nhân hiện tượng góp phần vào, theo một số giả thuyết.

- Thay đổi cửa hồng cầu: giảm khả năng thay đổi về hình thể, trên bề mặt hồng cầu tạo nên nút lồi và không còn trơn nữa. Tăng tính kết dính vào thân mao mạch, giảm diện tích trên bề mặt hồng cầu. Giảm khả năng vận chuyển ôxy và hồng cầu không bị nhiễm ký sinh trùng cũng dễ vỡ.

- Tổn thương thành mao mạch: hay gặp sốt rét nặng, các mao mạch tăng tính thấm nước, protein và hồng cầu thoát ra ngoài, dẫn đến tình trạng cô đặc máu.

- Thay đổi lưu lượng tuần hoàn. Các vi động mạch bị co thắt, các vi tĩnh mạch giãn nở nên lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn toàn thân hay từng nội tạng. Các hồng cầu còn dễ kết dính vào thành mao mạch do làm tắc nghẽn mạch máu.

- Thiếu dưỡng khí ở các mô: do số lượng hồng cầu bị giảm, hồng cầu giảm khả năng chuyên chở ôxy, lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn, lưu lượng máu đến tưới các mô bị suy giảm. Sự thiếu ôxy còn xảy ra ở chính tế bào.

- Hiện tượng đông máu nội mạch rải rác: kéo dài thời gian máu chảy, máu đông, giảm các yếu tố V, VII, VIII, X, giảm fibrinogen, giảm tiểu cầu....

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Tính từ khi muỗi đốt đến khi có các biểu hiện lâm sàng đầu tiên. Thời gian trung bình 12 ngày (9 - 14) đối với *P. falciparum*; 14 ngày (8 - 17) *P. vivax*; 28 ngày (14 - 40) *P. malairiae*; 17 ngày (16 - 18) *P. ovale*; *P. knowlesi* (chưa rõ ràng)

5.2. Thời kỳ khởi phát

Biểu hiện rất phức tạp và đa dạng

- Mở đầu có thể biểu hiện giống như cảm cúm: sốt cao, nhức đầu, đau mỏi toàn thân, chán ăn, nước tiểu sẫm màu.

- Thở giả thương hàn: sốt, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, nôn, li bì.

- Có trường hợp mở đầu sốt, rét run hoặc sốt cơn phát liên tiếp.

- Ở trẻ nhỏ rất khó phát hiện, thường chỉ có sốt liên tục, nôn, tiêu chảy, hay bị mê sảng và sứt cân nhanh.

- Ở phụ nữ có thai kèm với sốt thường hay bị sảy thai.

- Khám lâm sàng giai đoạn này thường không có thiếu máu, không có lách to nên chẩn đoán khó, trừ khi nghĩ đến sốt rét và tìm ký sinh trùng sốt rét (+).

5.3. Cơn sốt rét điển hình

5.3.1. Cơn sốt rét run diễn tiến qua 3 giai đoạn

- Giai đoạn rét run: đầu tiên người bệnh thấy gai rét, ớn lạnh dọc sống lưng, khó chịu, rung tay chân hoặc cơn sốt rét run kéo dài 15 phút đến 1 giờ. Người bệnh thấy mệt mỏi, nhức đầu, buồn nôn, mạch nhanh.

- Giai đoạn sốt nóng: nhiệt độ tăng vọt từ 39 - 40°C, da nóng và khô, nhức đầu buồn nôn giảm, giai đoạn này kéo dài từ ½ giờ đến 6 giờ.

- Giai đoạn vã mồ hôi: sau cơn nóng người bệnh vã mồ hôi đầm đìa. Nhiệt độ, mạch trở lại bình thường, da ẩm. Giai đoạn này kéo dài trên một giờ, người bệnh thấy dễ chịu hơn, buồn ngủ.

5.3.2. Các biểu hiện khác kèm theo

- thiếu máu:

+ Do hậu quả của tán huyết. Người bệnh bị thiếu máu nhược sắc, da xanh, niêm mạc nhợt. Nếu sốt lâu da sạm như màu đất.

+ Xét nghiệm máu: hồng cầu, Hb giảm, protid giảm.

- Lách to: thường to theo chiều đứng, tùy theo thời gian mắc sốt rét mà lách to từ độ 1 - độ 4. Lách to thường dễ vỡ, hay đến cường lách, cuối cùng là banti trong sốt rét.

- Viêm thận: biểu hiện phù, Albumin niệu, trụ niệu, song huyết áp và urê bình thường. Khởi sốt rét thì hết viêm thận.

- Rối loạn tiêu hóa và giảm phát triển trí lực.

6. CÁC THỂ LÂM SÀNG

6.1. Sốt rét ác tính (sốt nặng và biến chứng)

- Nhiễm nhiều ký sinh trùng.

- Rối loạn tác phong, tính tình, rối loạn tri giác, li bì, mê sảng, co giật hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Thiếu máu nặng, Hb < 7,1mg%, Hct < 15%.

- Hạ đường huyết, vàng da.

- Suy thận: nước tiểu 400ml/ngày; creatinin 265 Mol/l (> 3 mg %)

- Suy tuần hoàn, hạ huyết áp, hội chứng sốc.

- Xuất huyết tiêu hóa và rối loạn đông máu.

- Tiêu hemoglobin.

6.1.1. Sốt rét ác tính thể não

- Sốt rét đơn thuần: sốt cao đột ngột hoặc sốt cơn liên tiếp, mạch nhanh, đi loạng choạng, cười nói vô cớ, la hét vật vã, đôi khi có ảo giác rối loạn tâm thần.

- Biểu hiện hội chứng não cấp: rối loạn ý thức, từ lú lẫn đến hôn mê ở các mức độ

- Rối loạn vận động: tay bắt chuồn chuồn, đôi khi co giật giống động kinh.

- Rối loạn thần kinh thực vật.

- Rối loạn hô hấp: hội chứng ARDS khó thở nhanh nông, rối loạn nhịp thở, kiểu thể Cheynes - Stockes, có cơn ngừng tím tái, rối loạn kiềm toan, phù phổi cấp.

- Tổn thương gan.

- Suy tuần hoàn.

- Suy thận cấp.

- Sốt rét thể tả.

6.1.2. Sốt rét ác tính thể nội tạng

- Sốt rét suy thận.

- Sốt rét thể gan mật.

- Sốt rét thể phổi.

- Cũng có thể gặp hội chứng gan thận.

6.1.3. Sốt rét đái huyết sắc tố

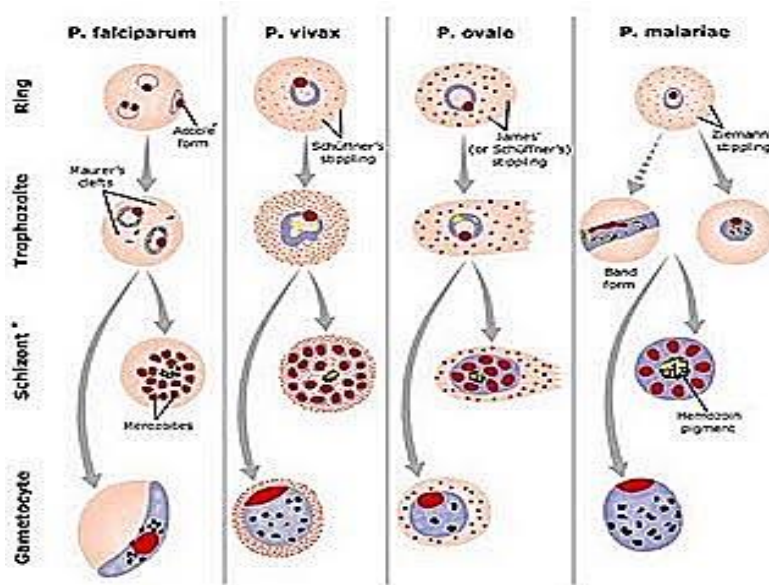
- Sốt cao, rét run, đau ngang thắt lưng, nôn vọt ra chất mật, vàng mắt, vàng da.
- Tiểu nước tiểu đỏ sẫm sau chuyển sang màu đen.
- Xuất hiện bệnh cảnh suy thận.
- Xét nghiệm hồng cầu giảm, Creatinin, men gan, urê đều tăng.
- Nước tiểu có Hemoglobin.

6.2. Sốt rét nặng trên cơ địa đặc biệt

- Sốt rét trên trẻ em.
- Ở phụ nữ có thai.
- Sốt rét liên kết với thương hàn, sốt rét với ly Amibe, sốt rét liên kết với viêm gan siêu vi trùng.

- Sốt rét nhiễm cả 2 loại ký sinh trùng: *P. falciparum* + *P. vivax*; *P. falciparum* + *P. malairiae*.

7. CẬN LÂM SÀNG



- Soi tìm ký sinh trùng sốt rét trong máu.
- Xét nghiệm cơ bản: tế bào máu, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, đông máu cơ bản.

- Siêu âm ổ bụng, x-quang phổi.

8. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

8.1. Điều trị căn nguyên

8.1.1. Sốt rét thường

- Cắt cơn sốt: Chloroquin, Primaquin, Arterakin tùy vào từng loại ký sinh trùng có thể lựa chọn thuốc phù hợp.

- Đối với phụ nữ có thai 3 tháng đầu: Quinine + Clindamicin theo phác đồ.

8.1.2. Sốt rét ác tính

- Nguyên tắc điều trị ngay bằng Artesunat tiêm tĩnh mạch.
- Sử dụng viên Artesunat đặt hậu môn (không đặt khi tiêu lỏng).

8.2. Điều trị triệu chứng

8.2.1. Điều trị chung (cả 2 thể)

- Hạ sốt bằng Paracetamol.
- Thuốc chống co giật Seduxen ống.
- Uống nước ORS.
- Dinh dưỡng tốt, truyền đạm và các Vitamin.

8.2.2. Với sốt rét ác tính

- Chống suy thận: truyền dịch đẳng trương.
- Lợi tiểu.
- Lọc thận nhân tạo.
- Xử trí hạ đường huyết bằng truyền ngay Glucose 30%.
- Chống suy tuần hoàn.
 - + Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
 - + Truyền máu, dung dịch cao phân tử, khối hồng cầu.
 - + Truyền dịch mặn ngọt
- Chống rối loạn điện giải.
- Chống thiếu máu.
- Chống bội nhiễm: kháng sinh toàn thân.

8.3. Phòng bệnh

- Diệt muỗi, bọ gậy: phát quang bụi rậm, phun thuốc diệt muỗi.
- Bảo vệ người lành:
 - + Nên ngủ mùng để tránh muỗi đốt (mùng có thể tẩm Permethrin).
 - + Những đối tượng chưa có miễn dịch sốt rét và mới vào vùng sốt rét, trong 6 tháng, cần định kỳ uống thuốc sốt rét để có một lượng thuốc thường trực trong máu diệt những ký sinh trùng sốt rét đột nhập.
 - + Với đối tượng đã mắc sốt rét, đi từ vùng sốt rét ra vùng lành, cần uống một đợt điều trị dự phòng cộng với điều trị giao bào nếu vùng này có muỗi sốt rét.

9. QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SÓT RÉT

9.1. Nhận định chăm sóc

Phát hiện các triệu chứng bằng cách hỏi, quan sát, khám:

9.1.1. Hỏi bệnh nhân và người nhà

- Sốt ngày thứ mấy? Nhiệt độ bao nhiêu?
- Sốt có kèm theo rét run không? Con sốt kéo dài bao lâu?
- Trong cơn sốt có biểu hiện đau đầu, buồn nôn, chóng mặt?
- Có biểu hiện vã mồ hôi sau cơn sốt?
- Có đi đâu xa tại vùng miền núi hay vùng có nhiều người mắc sốt rét?
- Xung quanh, trong gia đình có người mắc sốt rét?

9.1.2. Khám

- Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: tinh thần tỉnh, lơ mơ hay hôn mê, có cơn co giật không?

- Quan sát tình trạng da và niêm mạc: xem tình trạng thiếu máu, có tím tái hay vã mồ hôi không?

- Quan sát tình trạng hô hấp: đếm nhịp thở, quan sát sự co kéo các cơ hô hấp.

- Tiêu hóa: xem gan, lách có to không?

- Lấy mạch, nhiệt độ, đo huyết áp ít nhất 3 lần/ngày. Theo dõi thời gian sốt, tính chất cơn sốt, chu kỳ cơn sốt.

- Phát hiện biến chứng thận, não, suy gan, đái huyết sắc tố.

- Theo dõi nước tiểu 24 giờ: số lượng, màu sắc của nước tiểu?

- Xem bệnh án để biết chẩn đoán, chỉ định chăm sóc và các y lệnh khác.

- Lấy máu xét nghiệm: tìm ký sinh trùng sốt rét, công thức máu, Hematocrit, urê máu, đường máu,...

9.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Sốt cơn do KSTSR.
- Nguy cơ sốt rét nặng có biến chứng.
- Nguy cơ thiếu máu do KSTSR phá vỡ hồng cầu.
- Bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh sốt rét.

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Hạ cơn sốt, tiêu diệt KSTSR.
- Chăm sóc bệnh nhân khi có biểu hiện sốt rét nặng.
- Tăng cường dinh dưỡng, hạn chế thiếu máu cho bệnh nhân.
- Giáo dục sức khỏe.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.4.1. Hạ cơn sốt, tiêu diệt KSTSR

- Giai đoạn rét run, đắp chăn cho bệnh nhân. Giai đoạn sốt nóng, chườm mát cho bệnh nhân. Sau sốt, bệnh nhân ra nhiều mồ hôi, cần lau khô mồ hôi.

- Cho bệnh nhân uống thuốc sốt rét tại giường theo chỉ định của thầy thuốc, chú ý theo dõi, phát hiện tác dụng phụ của thuốc.

9.4.2. Chăm sóc bệnh nhân khi có biểu hiện sốt rét nặng

- Làm sạch và thông thoáng đường thở:

+ Đặt bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu để tránh sặc vào phổi.

+ Bệnh nhân suy hô hấp do tăng tiết đàm, cần hút sạch đàm dãi cho thở ôxy.

+ Nếu do phù phổi cấp: ngừng truyền dịch, đặt garo luân phiên 3 chi dùng lợi tiểu bằng Furosemide, đặt bệnh nhân nằm đầu cao, tư thế fowler 45⁰, cho thở ôxy. Nếu có điều kiện đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ.

+ Theo dõi nhịp thở 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1giờ/lần hoặc 3giờ/lần tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

- Làm giảm phù nề não là việc làm quan trọng nhất, bằng cách:

+ Theo dõi tri giác, đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm glasgow.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch Manitol, chú ý theo dõi tốc độ truyền.

+ Khi bệnh nhân co giật, cần giữ an toàn cho bệnh nhân và thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần Diazepam.

- Chống suy tuần hoàn

+ Lấy mạch, huyết áp 1giờ/lần tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

+ Đánh giá tình trạng mất nước điện giải.

+ Kiểm soát lượng dịch đưa vào và dịch thải ra: theo dõi lượng nước tiểu, chất nôn, lượng dịch vào do truyền, do ăn uống để bù đủ lượng dịch.

+ Chú ý theo dõi màu sắc nước tiểu: nước tiểu màu cà phê là bệnh nhân sốt rét đái huyết sắc tố.

+ Cân bệnh nhân để tính liều lượng thuốc.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch 8 giờ đầu, bao gồm có dịch chứa thuốc sốt rét, Glucose hoặc truyền máu và đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát dịch.

- Hạ nhiệt độ, chống bội nhiễm:

+ Hạ nhiệt cho bệnh nhân khi sốt cao > 39⁰C bằng phương pháp vật lý như chườm mát hoặc dùng thuốc Paracetamol.

+ Luôn xoay trở bệnh nhân để tránh loét 2 giờ/lần. Giữ cho da bệnh nhân luôn được khô, giường chiếu sạch, không ẩm ướt.

+ Nếu do bội nhiễm thực hiện y lệnh dùng kháng sinh.

- + Vỗ rung lồng ngực, thông khí phổi.
- + Đặt ống thông tiểu: khi đặt ống thông phải đảm bảo kỹ thuật vô trùng. Cho người bệnh uống nhiều nước, là cách tốt nhất để phòng nhiễm khuẩn vì bàng quang được rửa sạch, tránh các chất lắng đọng và dính vào ống thông.
- + Vệ sinh mắt, răng, miệng.
- + Hướng dẫn người bệnh và người nhà thường xuyên kiểm tra ống thông và túi đựng nước tiểu, không để ống thông bị gấp.
- + Giúp người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài 2 lần/ngày.

9.4.3. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Khi bệnh nhân sốt, cho ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng, ăn nhiều hoa quả để tăng sức đề kháng cho cơ thể.
- Khi bệnh nhân suy thận cho ăn giảm đạm.
- Bệnh nhân suy gan không ăn dầu, mỡ.
- Bệnh nhân hôn mê đặt ống sonde mũi dạ dày để bơm thức ăn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

9.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Giải thích để bệnh nhân hiểu được nguyên nhân, cách lây bệnh, triệu chứng lâm sàng của bệnh sốt rét.
- Khi bệnh nhân mắc sốt rét thể thông thường, cần phải được điều trị triệt để, không nên điều trị dở dang, dễ gây tái phát và biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân.
- Trước khi xuất viện: xét nghiệm hết ký sinh trùng sốt rét tối thiểu 7 ngày mới cho ra viện, tránh lây lan.
- Khi khỏi bệnh không nên vào vùng sốt rét, đặc biệt là phụ nữ có thai, trẻ em.

9.5. Lượng giá

- Quá trình chăm sóc so với kế hoạch đã đề ra, được lượng giá là chăm sóc tốt.
- Sốt rét con: bệnh nhân hết sốt, đi lại bình thường, hết ký sinh trùng sốt rét trong máu, tuy nhiên da còn xanh, cần tăng cường dinh dưỡng.
 - Sốt rét nặng: bệnh nhân tỉnh, hết sốt, hết biến chứng và hồi phục dần.
 - Bệnh nhân thực hiện tốt chế độ ăn phù hợp với bệnh lý.
 - Bệnh nhân hiểu được các kiến thức phòng bệnh sốt rét.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Muỗi gây bệnh sốt rét:

- A. *Anopheles*
- B. *Aedes aegypti*
- C. *Culex*
- D. A, B, C đều đúng

2. Biện pháp dự phòng bệnh sốt rét:

- A. Giải quyết các nguồn lây
- B. Diệt muỗi, chống muỗi đốt
- C. Bảo vệ người lành
- D. A, B, C đều đúng

3. Đặc điểm cơn sốt rét điển hình:

- A. Rét run, sốt, nhứt đầu vã mồ hôi
- B. Sốt, rét, nhứt đầu vã mồ hôi
- C. Rét, nhứt đầu vã mồ hôi, sốt
- D. Sốt, nhứt đầu vã mồ hôi, rét

4. Chăm sóc bệnh nhân khi lên cơn sốt rét, ngoại trừ:

- A. Lau mát bằng nước ấm
- B. Dùng thuốc hạ sốt
- C. Cho bệnh nhân uống nhiều nước
- D. Cạo gió hoặc cắt lễ chặn cơn sốt

5. Phương thức truyền bệnh sốt rét:

- A. Qua nhau thai
- B. Qua truyền máu
- C. Qua muỗi *Anopheles*
- D. A, B, C đúng

Bài 12: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN B

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được các đặc điểm quan trọng về dịch tễ học bệnh viêm não Nhật Bản B.
- 1.2. Kể được cơ chế gây bệnh quan trọng trong bệnh viêm não Nhật Bản B.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán viêm não Nhật Bản B
- 1.4. Trình bày biện pháp phòng bệnh viêm não Nhật Bản B.
- 1.5. Trình bày được các bước kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não Nhật Bản là một bệnh nhiễm trùng thần kinh cấp tính, gây dịch do virus viêm não Nhật Bản B gây ra. Bệnh lan tràn từ súc vật sang người qua các loại côn trùng tiết túc. Lâm sàng có biểu hiện thần kinh phong phú. Tỷ lệ tử vong cao, khi khỏi bệnh thường để lại di chứng.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Virus viêm não Nhật Bản là một loại *Arbovirus*, thuộc nhóm B, kích thước nhỏ, đường kính 15 - 50nm.
- Virus có sức đề kháng kém, bị bất hoạt ở nhiệt độ 56⁰C/30 phút và bị tiêu diệt bởi các thuốc sát khuẩn thông thường nhưng trong trạng thái đông lạnh, virus có thể tồn tại vài năm.
- Một số động vật có mẫn cảm với virus viêm não Nhật Bản B là: Khỉ, Chuột bạch, Chuột đồng, một số loại muỗi và nhiều loài chim.

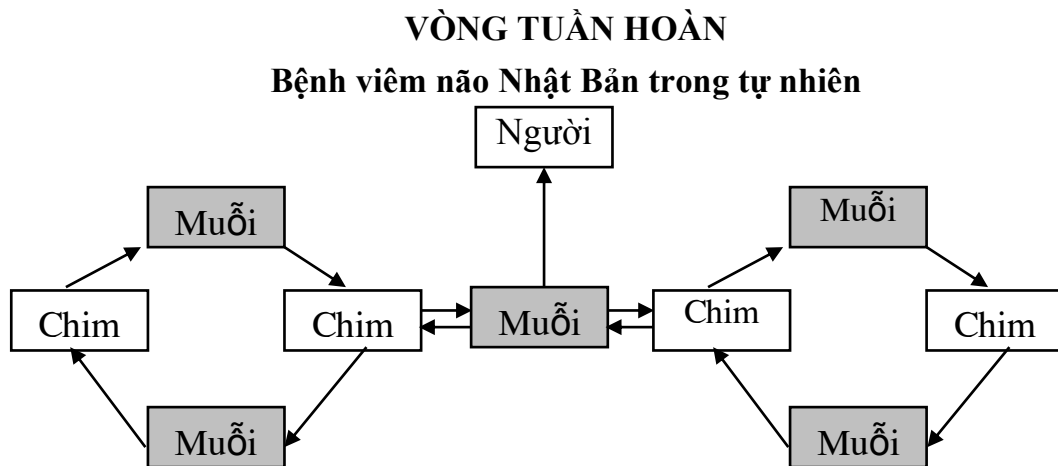
3. DỊCH TỄ HỌC

3.1. Nguồn bệnh

- Viêm não Nhật Bản B là bệnh có ổ dịch thiên nhiên ở khắp nơi. Petrixepva - 1969 chia ra: ổ dịch vùng đồng cỏ (thảo nguyên), ổ dịch vùng biển, ổ dịch vùng cận rừng núi và ổ dịch vùng rừng núi.
- Virus lưu hành trong các ổ dịch thiên nhiên ở các loài thú và chim. Ở Việt Nam đã phân lập được virus từ chim Liều Điểu, ở các súc vật như lợn.

3.2. Đường lây

- Bệnh lây bằng đường máu qua côn trùng trung gian truyền bệnh, chủ yếu là muỗi *Culex Tritaeniorhynchus*.



- Muỗi *Culex Tritaeniorhynchus* ưa hoạt động trong và quanh nhà, hút máu về ban đêm từ 18 - 20 giờ, từ 22 giờ giảm dần và ngừng hoạt động lúc 8 giờ sáng.

- Bệnh thường gặp vào mùa hè từ tháng 5 đến tháng 8, đỉnh cao là tháng 6.

3.3. Cơ thể cảm thụ

- Trẻ em Việt Nam hay mắc bệnh ở độ tuổi từ 2 - 7 tuổi. Người lớn có kháng thể cao, do vậy ít mắc bệnh hơn.

- Tỷ lệ mắc bệnh viêm não Nhật Bản ở vùng đồng bằng cao hơn vùng núi, nông thôn mắc bệnh nhiều hơn thành thị, đặc biệt những vùng trồng cây ăn trái như vải... thu hút chim di cư theo mùa.

- Sau khi mắc, bệnh để lại miễn dịch chắc chắn và bền vững.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Virus được muỗi truyền vào máu, chúng phát triển ở trong máu và đi khắp nơi cơ thể. Nhờ tính hướng thần kinh, virus xâm nhập vào các tế bào thần kinh, sinh sản và phát triển nhanh ở đó. Sau khi đã đạt được mật độ cao ở các tế bào thần kinh, virus lại từ đó xâm nhập lần thứ hai vào máu. Nhiễm virus lần hai ở máu bắt đầu gây nên phản ứng sốt. Trên lâm sàng tương ứng với sự bắt đầu của giai đoạn cấp tính của bệnh.

- Sự biến đổi bệnh lý rõ rệt nhất ở hệ thống thần kinh. Trên kính hiển vi người ta có thể thấy những biến đổi đó là: phù nề màng não và tổ chức não, các động mạch và tĩnh mạch não giãn rộng và ứ máu, xuất huyết đốm nhỏ ở tổ chức não và màng mềm. Trong tổ chức não và đặc biệt là vùng đồi thị, cả thể vân và sừng Amon có những ổ nhũn não và xuất huyết.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Lâm sàng thể thông thường điển hình

5.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

- Trung bình một tuần, tối thiểu là 5 ngày, tối đa là 15 ngày.
- Lâm sàng im lặng.

5.1.2. Thời kỳ khởi phát

- Kéo dài từ 1 - 4 ngày với các triệu chứng
- Đột ngột sốt cao 39 - 40°C, có thể rét run.
- Đau đầu, nôn, cổ cứng (hội chứng màng não).
- Các rối loạn ý thức từ nhẹ đến nặng (ly bì, vật vã, kích thích, u ám, mất ý thức hoàn toàn).

5.1.3. Thời kỳ toàn phát: diễn biến từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 với các biểu hiện sau:

- Bệnh nhân tiếp tục sốt cao 39°C - 40°C, hoặc hơn.
- Rối loạn ý thức: từ mê sáng kích thích, u ám, bệnh nhân dần đi vào hôn mê.
- Hội chứng não cấp
 - + Co giật kiểu động kinh, tái diễn nhiều lần trong ngày, mở đầu giật nửa người, sau lan toàn thân.
 - + Tổn thương bó tháp: liệt các dây thần kinh sọ, liệt nửa người.
 - + Dấu hiệu ngoại tháp: run rẩy, xoắn vặn, cứng cơ, múa vờn.
 - + Rối loạn thần kinh thực vật nặng: da lúc đỏ, lúc tái, vã mồ hôi, tăng tiết đàm dãi, sốt cao, mạch nhanh nhỏ, thở nhanh.
- Hội chứng màng não: nhức đầu, nôn, cổ cứng (+), kerning (+), vạch màng não (+). Hội chứng màng não thường chỉ thoáng qua.

Tóm lại: ở thời kỳ toàn phát của bệnh viêm não Nhật Bản với sự rối loạn các chức năng sống. Bệnh nhân thường tử vong trong vòng 7 ngày đầu, những bệnh nhân vượt qua được thời kỳ này thì tiên lượng tốt hơn.

5.1.4. Diễn biến

- Tối cấp: khoảng 30% số bệnh nhân có diễn biến nặng như rối loạn thần kinh thực vật trầm trọng, mất vỏ hay mất não, thường tử vong ngay trong thời kỳ toàn phát do suy hô hấp hoặc trụ tim mạch.
- Diễn biến cấp theo ba hướng
 - + Tử vong: bệnh nhân tử vong trong tuần đầu do rối loạn các chức năng sinh tồn quan trọng.

+ Khởi: bệnh nhân tỉnh lại và hồi phục gần như bình thường nhưng phải theo dõi nhiều năm mới kết luận về hậu quả của bệnh.

+ Di chứng: là diễn biến thường gặp nhất của bệnh viêm não. Thường từ tuần thứ hai của bệnh, bệnh nhân từ từ tỉnh lại nhưng không hoàn toàn hồi phục mà để lại di chứng về tinh thần và vận động (rối loạn tâm thần, mất trí nhớ, liệt các dây thần kinh ngoại biên, co giật...).

5.2. Các thể lâm sàng không điển hình

5.2.1. Thể ẩn

- Không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.
- Có đáp ứng miễn dịch với mầm bệnh.
- Chiếm tỷ lệ cao trong vụ dịch (gấp hàng trăm lần số người mắc bệnh).

5.2.2. Thể cut

- Bệnh nhân chỉ biểu hiện triệu chứng sốt cao, nhức đầu.
- Không có biểu hiện triệu chứng não - màng não.

5.2.3. Thể viêm màng não đơn thuần

- Gặp ở những trẻ lớn và thanh niên.
- Biểu hiện triệu chứng như viêm màng não do virus khác.

6. CẬN LÂM SÀNG

- Số lượng bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng lúc đầu, sau tăng lymphocyte.

- Chọc dò tủy sống

+ Dịch trong, áp lực tăng.

+ Xét nghiệm sinh hóa: có protein, đường bình thường hoặc tăng nhẹ, tế bào tăng (từ vài chục đến vài trăm, thậm chí tới vài nghìn), lúc đầu là bạch cầu đa nhân trung tính, sau là lymphocyte.

- Phân lập virus trong dịch não tủy hoặc các bệnh phẩm khác như máu, não tử thi mới chết trong vòng 2 giờ.

- Phản ứng huyết thanh.

7. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

7.1. Điều trị (tham khảo)

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Điều trị chủ yếu là hồi sức cấp cứu và điều trị triệu chứng.

- Chống phù não: truyền Manitol, Glucose ưu trương làm tăng áp lực thẩm thấu, rút nước ở tổ chức tế bào và khoang gian bào vào lòng mạch. Trường hợp phù não nặng có thể

cho Corticoid để giúp sự bình thường hóa sự thẩm thấu của mạch máu chống lại sự tích lũy nước và muối ở tổ chức não.

- Chống co giật, an thần có thể cho Diazepam, Phenobarbital.
- Hạ nhiệt, chườm mát, thuốc Paracetamol đường uống hoặc qua sonde dạ dày hoặc thụt giữ qua trực tràng.
- Chống suy hô hấp: hút đàm dãi, thở ôxy, mở khí quản.
- Bồi phụ nước điện giải kịp thời theo kết quả Hematocrit và điện giải đồ.
- Trợ tim mạch bằng dùng thuốc Ouabain, Spactein, Noradrenalin.
- Ngăn ngừa bội nhiễm bằng kháng sinh.

7.2. Phòng bệnh

7.2.1. Phòng bệnh đặc hiệu

Tiêm vaccin phòng bệnh viêm não Nhật Bản

- Tuổi: trẻ em từ 3 - 15 tuổi.
- Liều lượng: 1 ml/lần x 3 mũi.
- Đường dùng: tiêm dưới da.
- Thời gian dùng: mũi 1 thường bắt đầu vào mùa đông - xuân, mũi 2 cách mũi 1 từ 7 - 14 ngày, mũi 3 cách mũi 2 sau một năm. Có thể tiêm nhắc lại sau 3 - 4 năm.

7.2.2. Phòng không đặc hiệu

- Diệt bọ gậy.
- Diệt muỗi.
- Tránh muỗi đốt.
- Vệ sinh môi trường.

8. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

8.1. Nhận định chăm sóc

Điều dưỡng viên tiến hành nhận định chăm sóc bằng cách hỏi, quan sát và khám để phát hiện các dấu hiệu sau:

8.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân bị bệnh từ bao giờ?
- Bệnh nhân có bị sốt, nôn, co giật không? Nếu co giật thì hỏi kỹ gia đình về điều kiện xuất hiện, thời gian, tính chất cơn co giật.
- Hỏi tiền sử tiêm phòng, những người xung quanh có ai bị bệnh giống bệnh nhân không?

8.1.2. Khám

- Quan sát tinh thần để đánh giá bệnh nhân tỉnh? Rối loạn tri giác? Ngủ gà, lơ mơ hay hôn mê? Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm glasgow.

- Phát hiện dấu hiệu thần kinh thực vật: tăng tiết đàm dãi, đo nhiệt độ xem bệnh nhân có bị sốt không? Có vã mồ hôi không?

- Quan sát cường độ, thời gian kéo dài của cơn giật, tính chất của cơn giật.

- Biểu hiện tổn thương bó tháp và ngoại tháp: liệt dây thần kinh sọ não, xoắn vặn cơ cứng cơ.

- Hội chứng màng não: dấu hiệu cổ cứng, kernig, vạch màng não.

- Đếm nhịp thở, đếm nhịp tim, đo huyết áp.

- Quan sát bệnh nhân có tự đại tiểu tiện được không? Nếu bệnh nhân tiểu tiện không tự chủ được, phải đặt thông tiểu cho bệnh nhân.

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.

- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò tủy sống.

8.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ suy hô hấp do tắc nghẽn đàm dãi.

- Tình trạng hôn mê do tổn thương não.

- Tăng thân nhiệt do rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt.

- Dinh dưỡng không đầy đủ do bệnh nhân không tự nuốt được.

- Nguy cơ bội nhiễm do nằm lâu.

- Gia đình bệnh nhân lo lắng và thiếu kiến thức về bệnh tật.

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp.

- Chăm sóc bệnh nhân hôn mê.

- Giảm thân nhiệt.

- Tăng cường dinh dưỡng.

- Chống nhiễm trùng và chống bội nhiễm.

- Giáo dục sức khỏe

8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

8.4.1. Bảo đảm không khí và chống suy hô hấp

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng sang một bên, đầu cao 30⁰, đề phòng hít phải chất nôn và chất xuất tiết.

- Đặt canuyn Mayo đề phòng tụt lưỡi.

- Đếm nhịp thở 3 giờ/lần. Khi bệnh nhân khó thở, tím tái, co giật phải nhanh chóng hút đàm dãi, cho thở ôxy ngắt quãng.

- Nếu bệnh nhân khó thở phải đặt nội khí quản, điều dưỡng viên chuẩn bị dụng cụ đầy đủ, phụ giúp thầy thuốc đặt nội khí quản.

8.4.2. Chăm sóc bệnh nhân hôn mê

- Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm glasgow.
- Chống phù não bằng thực hiện y lệnh truyền Manitol, Glucoza, chú ý liều lượng, thời gian truyền và tốc độ truyền.
- Theo dõi dấu hiệu màng não: cổ cứng, kernig, vạch màng não.
- Phát hiện các chi liệt, theo dõi quá trình liệt, xoa bóp các cơ nhất là các cơ ở chi liệt để tăng cường lưu thông máu, tránh teo cơ.
- Để làm giảm sự co cứng cơ, cho bệnh nhân nằm đúng tư thế, nên đặt gối và đệm lót để giữ thẳng chân, bàn chân vuông góc với cẳng chân (chân để ở tư thế cơ năng).
- Theo dõi xuất hiện di chứng: mất ngôn ngữ, rối loạn tri giác, di chứng thần kinh và vận động,...

8.4.3. Giảm thân nhiệt cho bệnh nhân

- Đặt bệnh nhân nơi thoáng, nới rộng quần áo.
- Lấy nhiệt độ cho bệnh nhân 3 giờ/lần.
- Chườm mát ở nách, bẹn, trán.
- Dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol.
- Bệnh nhân thường tăng thân nhiệt sau những cơn co giật liên tiếp, vì vậy nên dùng Diazepam chống cơn giật và cũng để giảm thân nhiệt cho bệnh nhân.

8.4.4. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Bệnh nhân hôn mê không tự nuốt được, để đảm bảo dinh dưỡng hàng ngày cho bệnh nhân, đặt ống sonde dạ dày, bơm thức ăn, nước, thuốc qua ống sonde.
- Các loại thức ăn: súp nghiền, cháo lọc, sữa bột dinh dưỡng, sữa Ensure và nước hoa quả.
- Có thể nuôi dưỡng bệnh nhân qua đường tĩnh mạch.

8.4.5. Chống nhiễm trùng và bội nhiễm

- Buồng bệnh phải thoáng mát, sạch sẽ.
- Đảm bảo vô khuẩn các thủ thuật như: tiêm, truyền, bộc lộ tĩnh mạch, đặt sonde dạ dày, sonde bàng quang.
- Rửa tay, đi gant tay khi hút đàm, thay sonde, thay quần áo, drap trải giường cho bệnh nhân.
- Sau cơn giật bệnh nhân thường vã mồ hôi, cần lau mồ hôi và thay quần áo thường xuyên cho bệnh nhân.

- Bệnh nhân hôn mê, nằm lâu dễ loét vùng tỳ đè, cần thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2 giờ/lần, kê nệm và xoa các vùng tỳ đè: xương cụt, vai, gót chân, gáy, cho nằm nệm nước.

- Theo dõi nguy cơ loét mảng mục: là da đỏ lên, không mất đi sau 15 phút. Nếu có vết trợt, điều trị ngay, tránh nhiễm khuẩn và loét rộng.

- Thường xuyên vỗ rung lồng ngực cho bệnh nhân để tăng cường lưu thông không khí, dự phòng viêm phổi.

- Rửa, nhỏ thuốc tra mắt cho bệnh nhân.

- Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng.

- Cắt tóc, gội đầu cho bệnh nhân.

- Bệnh nhân đại tiện không tự chủ cần đặt sonde bàng quang dẫn nước tiểu, ống sonde nối với chai vô khuẩn. Chai đựng nước tiểu phải được thay, rửa hàng ngày.

- Luôn giữ bộ phận sinh dục ngoài sạch sẽ, khô ráo hàng ngày, đặc biệt sau mỗi lần đi ngoài.

8.4.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi bệnh nhân mới vào viện, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân hiểu rõ tầm quan trọng của bệnh và chấp hành đầy đủ nội quy khoa phòng để phối hợp điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

- Giai đoạn phục hồi kéo dài, nên hướng dẫn bệnh nhân luyện tập vật lý trị liệu để tránh cứng khớp, co rút gân.

- Tập cử động khớp háng, vai, xoa bóp chân tay lưu thông tuần hoàn.

- Giúp trẻ phục hồi trí nhớ bằng nhận biết đồ vật.

- Khi bệnh nhân xuất viện: hướng dẫn người nhà giúp bệnh nhân thích ứng dần với cộng đồng.

8.5. Lượng giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc bệnh nhân với kế hoạch đã đề ra. Bệnh nhân được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Tri giác ổn định, thang điểm glasgow được cải thiện.

- Không thiếu ôxy não: SaO₂ 95 - 99%, cơn co giật thưa dần hoặc không còn cơn co giật.

- Nhiệt độ ổn định: 37 - 37,5⁰C, không có biểu hiện nhiễm trùng, cải thiện tình trạng rối loạn thần kinh thực vật.

- Hiệu quả hô hấp: bệnh nhân có thể tự thở được, thông đường thở, môi hồng, không có biểu hiện tím tái, co thắt.

- Cân bằng nước điện giải, an toàn khi truyền dịch, không có dấu hiệu mất nước.
- Không sụt cân, đảm bảo cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng và năng lượng theo nhu cầu.
- Bệnh nhân không viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, loét tỳ.
- Xử trí sớm các di chứng, hạn chế tối đa di chứng xảy ra.
- Thân nhân hiểu và biết cách chăm sóc người bệnh khi xuất viện./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm dịch tễ của viêm não Nhật Bản B:

- A. Có ổ dịch thiên nhiên ở khắp nơi
- B. Trung gian truyền bệnh là chim và heo
- C. Nông thôn mắc bệnh nhiều hơn thành phố
- D. Câu A, B, C đúng

2. Khó khăn nhất trong điều trị bệnh viêm não Nhật bản B hiện nay là:

- A. Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu
- B. Do bệnh nhân đến muộn
- C. Do việc tuyên truyền phòng bệnh chưa tốt
- D. Do thiếu phương tiện cấp cứu

3. Chăm sóc bệnh nhi viêm não Nhật Bản B có hiệu quả là:

- A. Chống phù não, đảm bảo dinh dưỡng
- B. Chống co giật
- C. Hạ nhiệt, bù nước và điện giải
- D. Câu A, B, C đúng

4. Trung gian truyền bệnh viêm não Nhật Bản B là do muỗi?

- A. Anopheles
- B. Aedes Aegypti
- C. Culex
- D. Câu A, B, C đều đúng

5. Chăm sóc bệnh nhân viêm não Nhật Bản hôn mê, điều quan tâm nhất là:

- A. Hỏi kỹ quá trình diễn biến của bệnh
- B. Tìm hiểu tình hình dịch tễ xung quanh
- C. Hỏi bệnh, khám kỹ và đánh giá bệnh nhân theo bảng điểm Glasgow
- D. Đánh giá tình hình dinh dưỡng của bệnh nhân

Bài 13: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được các đặc điểm quan trọng về dịch tễ học bệnh HIV/AIDS về cách lây bệnh, mức độ phát triển của dịch trong tình hình hiện nay.
- 1.2. Trình bày được những xét nghiệm cần làm trước người nghi ngờ nhiễm HIV/AIDS, đồng thời giải thích được kết quả các xét nghiệm và đối chiếu với diễn biến lâm sàng.
- 1.3. Xác định một trường hợp người lớn mắc bệnh AIDS cùng các biểu hiện lâm sàng quan trọng.
- 1.4. Trình bày được cách theo dõi bệnh nhân bị nhiễm HIV chưa có triệu chứng lâm sàng.
- 1.5. Trình bày được cách phòng nhiễm HIV trong tình hình chưa có thuốc chủng ngừa.
- 1.6. Trình bày được các bước kế hoạch chăm sóc người bệnh HIV/AIDS.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

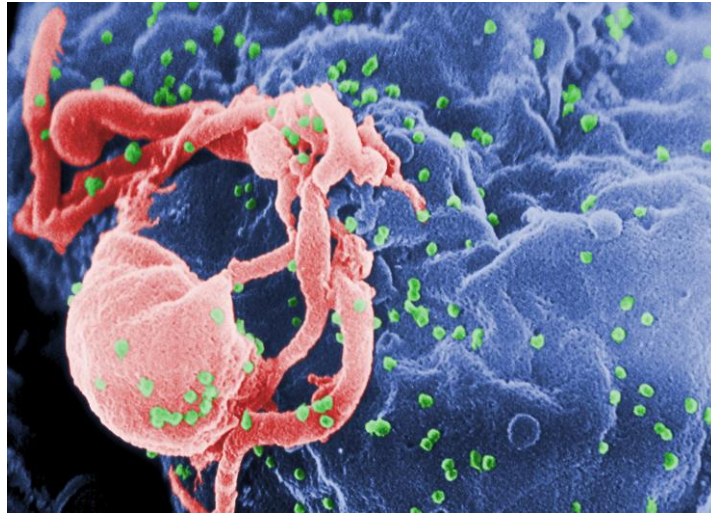
Virus HIV (*Human Immunodeficiency virus*), là virus gây suy giảm miễn dịch ở người. AIDS (*Acquired - immunodeficiency - syndrom*) là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải. Đặc điểm sinh học của HIV là sau khi xâm nhập cơ thể người nhiễm sẽ phát triển nhân lên trong hệ miễn dịch và phá hủy các tế bào miễn dịch. Khi các tế bào miễn dịch suy giảm, sẽ tạo thuận lợi cho sự xuất hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội và sẽ gây ra các triệu chứng liên quan, các bệnh lý khối u. Nguyên nhân chính gây tử vong ở người nhiễm.

Sự lây nhiễm của virus HIV phụ thuộc vào các yếu tố: số lượng virus HIV trong máu hay dịch thể của người nhiễm HIV; đường vào của HIV (qua da sâu sát hay niêm mạc); thời gian tiếp xúc; sức đề kháng (hay miễn dịch) của cơ thể; độc tính hay tính gây nhiễm của virus. Mặc dù phát hiện được HIV ở mọi mô và dịch của người nhiễm song HIV tập trung nhiều nhất trong máu và các sản phẩm của máu, tinh dịch, dịch âm đạo, nước bọt, nước mắt, dịch não tủy, nước tiểu, sữa mẹ. Tuy nhiên chỉ có 3 phương thức lây được xác định là:

Đường máu: do truyền máu và các sản phẩm của máu, ghép tạng... không kiểm soát được HIV, do dùng chung bơm kim tiêm (nguy cơ cao đối với người tiêm chích ma túy), do dùng chung kim châm cứu, kim xăm trên da,....

Lây qua đường tình dục: tính chung trên Thế giới, tỷ lệ lây truyền HIV qua đường tình dục, qua tình dục khác giới chiếm 71%, qua tình dục đồng giới (nam) chiếm 15%. Nguy cơ lây nhiễm HIV tăng lên khi có bệnh lý gây nên nhiễm ở bộ phận sinh dục, có vết sây sát xảy ra khi giao hợp hoặc có quan hệ tình dục với nhiều người.

Lây từ mẹ sang con: người mẹ nhiễm HIV có thể truyền cho con trong thời kỳ mang thai tuần thứ 21, trong thời kỳ chu sinh khi đẻ và qua sữa mẹ.



2. GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

2.1. Phân loại lâm sàng

Nhiễm HIV ở người lớn được phân thành 4 giai đoạn lâm sàng, tùy thuộc vào các triệu chứng bệnh liên quan đến HIV ở người nhiễm.

2.1.1. Giai đoạn lâm sàng 1: không triệu chứng

- Không triệu chứng.
- Hạch to toàn thân dai dẳng.

2.1.2. Giai đoạn lâm sàng 2: triệu chứng nhẹ

- Sút cân mức độ vừa không rõ nguyên nhân (< 10% trọng lượng cơ thể).
- Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm Amydal, viêm tai giữa,...).
 - + Zona (*Herpes zoster*).
 - + Viêm khớp miệng.
 - + Loét miệng tái diễn.
 - + Phát ban dát sần, ngứa.
 - + Viêm da bã nhờn.
 - + Nhiễm nấm móng.

2.1.3. Giai đoạn lâm sàng 3: triệu chứng tiến triển

- Sút cân nặng không rõ nguyên nhân (> 10% trọng lượng cơ thể).

- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài hơn một tháng.
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài hơn một tháng.
- Nhiễm nấm *Candida* miệng tái diễn.
- Bạch sản dạng long ở miệng.
- Lao phổi.
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm mũ màng phổi, viêm đa cơ mũ, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết).
- Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng.
- Thiếu máu (Hb < 80g/L), giảm bạch cầu trung tính, ($0,5 \times 10^9/L$), và/hoặc giảm tiểu cầu mãn tính ($< 50 \times 10^9/L$) không rõ nguyên nhân.

2.1.4. Giai đoạn lâm sàng 4: triệu chứng nặng

- Hội chứng suy giảm miễn dịch do HIV (sút cân >10% trọng lượng cơ thể), kèm theo sốt kéo dài hoặc tiêu chảy kéo dài trên một tháng không rõ nguyên nhân)
 - Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (PCP)
 - Nhiễm *Herpes Simplex* mãn tính (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn, kéo dài hơn một tháng, hoặc bất cứ đâu trong nội tạng).
 - Nhiễm *Candida* thực quản hoặc nhiễm *Candida* ở khí quản, phế quản hoặc phổi.
 - Lao phổi.
 - *Sarcoma Kaposi*.
 - Bệnh do *Cytomegalovirus* (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác.
 - Bệnh do *Toxoplasma* ở hệ thần kinh.
 - Bệnh lý não do HIV.
 - Bệnh do *Cryptococcus* ngoài phổi bao gồm viêm màng não.
 - Bệnh do *Mycobacterium avium complex* (MAC) lan tỏa.
 - Tiêu chảy mãn tính do *Cryptosporidium*.
 - U lympho ở não hoặc u lympho non Hodgkin tế bào B.
 - Ung thư cổ tử cung xâm nhập (ung thư biểu mô).
 - Bệnh lý thận do HIV.
 - Viêm cơ tim do HIV.

2.2. Phân loại giai đoạn miễn dịch

Tình trạng miễn dịch của người lớn nhiễm HIV được đánh giá thông qua chỉ số tế bào CD4.

Mức độ	Số tế bào CD4/mm ³
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500

Suy giảm nhẹ	350 - 499
Suy giảm tiến triển	200 - 349
Suy giảm nặng	< 200

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS)

- Có bệnh lý thuộc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 (chẩn đoán lâm sàng hoặc xác định) và/hoặc

- Số lượng tế bào CD4 < 350 TB/mm³.

- AIDS được xác định khi người nhiễm HIV có bất kỳ bệnh lý nào thuộc giai đoạn 4 (chẩn đoán lâm sàng hoặc xác định), hoặc số lượng tế bào CD4 < 200 TB/mm³.

3. CẬN LÂM SÀNG

- Nuôi cấy virus.
- Tìm kháng nguyên P²⁴
- Huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính.
- Tế bào TCD⁴ < 200/mm³

4. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

4.1. Điều trị (tham khảo)

Tùy theo tình trạng lâm sàng và kết quả xét nghiệm của mỗi người bệnh.

- Điều trị bằng thuốc kháng virus ARV.
- Điều trị nhiễm trùng cơ hội và xử trí các tác dụng phụ của thuốc (nếu có).
- Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội.
- Phục hồi chức năng miễn dịch, dinh dưỡng nâng cao thể trạng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Tư vấn tâm lý - xã hội và hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV.

4.2. Các biện pháp phòng bệnh

4.2.1. Phòng chống lây qua đường tình dục là ưu tiên số 1

- Giáo dục tình dục an toàn, lành mạnh.
- Không chế nạo mại dâm.
- Điều trị các bệnh lây qua đường tình dục (sexually, transmitted, disease = STD).

4.2.2. Phòng chống lây qua đường máu

- Kiểm tra HIV ở tất cả các mẫu máu truyền và các sản phẩm của máu.
- Hiến máu tự nguyện.

4.2.3. Phòng lây lan qua tiêm chích và các dụng cụ y tế

- Vô trùng những dụng cụ y tế.
- Ngăn chặn buôn bán ma túy và việc dùng chung ống tiêm trong tiêm chích ma túy.

4.2.4. Ngăn chặn lây nhiễm từ mẹ sang con trong thời kỳ chu sinh

Tính từ khi tuổi thai được 28 tuần cho đến khi trẻ sinh ra trong 7 ngày đầu.

4.2.5. Phòng nhiễm HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay sau khi tiếp xúc bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
- Cầm kim tiêm, dao,... cẩn thận để tránh tổn thương.
- Mặc quần áo, tạp dề khi làm các thủ thuật và thay đổi mỗi khi dùng.
- Dùng kính bảo vệ.
- Tránh hồi sức miệng - miệng mà thay bằng các phương tiện hồi sức khác.

5. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS

5.1. Nhận định

5.1.1. Hỏi

- Tiền sử xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV (thời gian phát hiện, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV (tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn), thời gian diễn ra các hành vi nguy cơ.
- Tiền sử mắc lao và điều trị lao, tiền sử tiếp xúc với nguồn lao.
- Tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh truyền qua đường tình dục; các bệnh khác.
- Tiền sử sản khoa, phụ khoa, phương pháp tránh thai.
- Đã điều trị ARV?
- Tiền sử dị ứng thuốc: kháng sinh như Cotrimoxazol, các thuốc kháng HIV.
- Lý do vào viện?
- Có sốt, hay tiêu chảy kéo dài.
- Ho, khó thở.
- Nấm trên da, nấm họng,...

5.1.2. Thăm khám thể chất

*** Dấu hiệu sinh tồn**

- Nhiệt độ: không sốt, sốt nhẹ, hoặc có thể sốt cao kéo dài hoặc gai rét.
- Mạch: bình thường theo tuổi, có thể nhanh khi sốt cao.
- Huyết áp: bình thường theo tuổi, có khi huyết áp giao động.
- Nhịp thở bình thường theo tuổi, có thể thở nhanh dồn dập, có khi có biểu hiện khó thở.

*** Hô hấp**

- Nhịp thở, kiểu thở: thở nhanh, thở dồn dập nhịp thở không đều, nói đứt hơi, thở hổn hển.
- Tình trạng tím tái khi có suy hô hấp, nhiễm trùng cơ hội tổn thương phổi.

* *Tuần hoàn*

- Da xanh tái, xạm.
- Huyết áp bình thường, có thể tụt trong trường hợp bệnh nặng.
- Chỉ số hồng cầu, tiểu cầu giảm.

* *Thần kinh*

- Hội chứng màng não, dấu hiệu thần kinh khu trú (*Toxoplasma*,...).
- Ý thức người bệnh: có thể tỉnh táo hoặc có thể lơ mơ.
- Vận động: có trường hợp tự đi lại phục vụ bản thân, hoặc có trường hợp nằm liệt

giường.

* *Tiêu hóa*

- Tiêu chảy kéo dài, tính chất phân?
- Bụng có thể bị chướng, đau bụng?
- Xuất hiện buồn nôn hoặc nôn?
- Ăn uống kém, nuốt đau, khó nuốt?

* *Da, niêm mạc*

- Có các tổn thương có thể dạng nấm, *Herpes*, *Zona*, mụn nhọt, tụ cầu, dị ứng thuốc?
- Da xanh tái, niêm mạc mắt nhợt trong trường hợp thiếu máu, tiểu cầu giảm.

* *Tình trạng toàn thân*

- Thị lực bình thường, hoặc nhìn kém, hoặc nhìn mờ.
- Tai nghe bình thường hoặc có thể nghễnh ngãng, điếc.
- Khám bụng: gan lách to, hạch to và có khối bất thường ở bụng.
- Có thể bí đại tiểu tiện.

5.2. Xác định vấn đề ưu tiên chăm sóc người bệnh HIV/AIDS

5.2.1. Đảm bảo hô hấp cho người bệnh

* *Chăm sóc*

- Để người bệnh nằm phòng thoáng, đầu cao dễ chịu.
- Nếu người bệnh có ho, giúp người bệnh ho dễ dàng hơn bằng cách:
 - + Cho uống nhiều nước.
 - + Xoa bóp, vỗ rung lồng ngực.
 - + Đi bộ, vận động một lúc.
 - + Tập thở hít sâu trong vòng 15 phút, tập nhiều lần/ngày.
 - + Hướng dẫn người bệnh cách che miệng khi ho bằng lấy khăn hoặc giấy (đối với người bệnh có ho).

+ Hướng dẫn người bệnh đeo khẩu trang (đối với người bệnh nhiễm trùng cơ hội mắc lao).

+ Hướng dẫn cách khạc nhổ đàm vào ống nhổ khi ho khạc, không khạc nhổ bừa bãi tránh lây nhiễm.

+ Cho người bệnh uống nước trà nóng hoặc mật ong làm dịu ho (nếu có thể).

+ Thực hiện thuốc giảm ho theo y lệnh.

+ Vệ sinh răng miệng, mũi họng, súc miệng thường xuyên bằng nước muối loãng.

+ Lấy đàm làm xét nghiệm (theo chỉ định).

+ Khuyến người bệnh không hút thuốc lá.

- Nếu người bệnh có biểu hiện khó thở hay suy hô hấp:

+ Để người bệnh nằm đầu cao 30⁰

+ Cho người bệnh thở ôxy theo y lệnh.

+ Hút đàm dài.

+ Chuẩn bị dụng cụ phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản khi có chỉ định.

+ Chăm sóc người bệnh thở máy (nếu có).

- Nếu người bệnh đau vùng ngực, họng:

+ Dùng khăn hoặc gạc ẩm đặt vào chỗ đau.

+ Thực hiện thuốc giảm đau theo chỉ định.

+ Giữ ẩm vùng cổ, ngực khi trời lạnh.

* Theo dõi

- Nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tím tái, SpO₂.

- Theo dõi tính chất cơn ho, tăng tiết đàm dãi.

- Theo dõi người bệnh thở máy: thông số máy thở, đáp ứng với máy thở (nếu có).

- Theo dõi máy thở: báo động, nguồn điện, áp lực máy thở,...

5.2.2. Đảm bảo tuần hoàn cho người bệnh

* Chăm sóc

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 30 phút, 1 giờ, 2 giờ hoặc 2 lần/ngày, tùy tình trạng của mỗi người bệnh.

- Nếu người bệnh có sốt:

+ Nới rộng hoặc cởi quần áo, chăn không cần thiết.

+ Chườm mát hoặc lau người bằng nước ấm.

+ Cho người bệnh uống nhiều nước ORS, nước trà loãng, nước súp hay nước hoa quả.

- + Thực hiện thuốc hạ sốt theo y lệnh.
- + Lau mồ hôi, giữ da khô sạch sau mỗi lần hạ sốt.
- Nếu người bệnh bị hạ nhiệt độ < 36⁰C
 - + Ủ ấm cho người bệnh (quạt sưởi).
 - + Cho người bệnh uống nước trà đường nóng hoặc sữa nóng.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc để điều chỉnh rối loạn tuần hoàn nếu có.
 - + Truyền dịch, truyền khối hồng cầu, tiểu cầu nếu có.
 - + Lấy máu xét nghiệm tế bào máu, chức năng gan,... theo chỉ định.

** Theo dõi*

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp theo giờ tùy tình trạng mỗi người bệnh.
- Tình trạng xuất huyết (nôn ra máu, đi ngoài phân đen,...).
- Theo dõi chỉ số xét nghiệm.

5.2.3. Theo dõi, chăm sóc hệ thống tiêu hóa

** Chăm sóc*

- Nếu người bệnh bị tiêu chảy:
 - + Cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu, chia nhỏ bữa, giàu protein, ít chất béo, tăng chất xơ, thức ăn phải đảm bảo vệ sinh.
 - + Cho người bệnh uống nước theo nhu cầu, tốt nhất cho người bệnh uống Oresol 200ml sau mỗi lần ăn.
 - + Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày trong trường hợp người bệnh nặng, hôn mê: súp, sữa.
 - + Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch đối với trường hợp không ăn được bằng đường miệng, hoặc qua sonde dạ dày theo chỉ định.
 - + Thực hiện thuốc điều trị tiêu chảy theo y lệnh.
 - + Hướng dẫn người bệnh hoặc người chăm sóc người bệnh, vệ sinh vùng hậu môn bằng nước ấm và xà phòng sau mỗi lần đi ngoài, đặc biệt đối với người bệnh bị tổn thương ngoài da vùng quanh hậu môn. Thấm khô bằng giấy vệ sinh hoặc bằng khăn mềm tránh xây xát da.
 - + Hướng dẫn người chăm sóc người bệnh vệ sinh tay, trước khi tiếp xúc với người bệnh, sau khi tiếp xúc với người bệnh và chất thải của người bệnh. Sử dụng găng tay khi chăm sóc người bệnh.
 - + Cân người bệnh, đánh giá chỉ số BMI.
- Nếu người bệnh bị táo bón
 - + Cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu hóa, giàu chất xơ, ăn nhiều hoa quả.

- + Khuyến người bệnh uống nhiều nước.
- + Thực hiện thuốc nhuận tràng theo y lệnh.

** Theo dõi*

- Tình trạng tiêu hóa của người bệnh: hấp thu thức ăn, chỉ số BMI,...
- Theo dõi số lần, số lượng và tính chất phân, phát hiện sớm các dấu hiệu mất nước: khát nước, mệt lã, môi khô, mạch nhanh, tiểu ít hoặc vô niệu.
- Theo dõi dấu hiệu nôn: số lần, số lượng, màu sắc.
- Đối với người bệnh bị táo bón sử dụng thuốc nhuận tràng; tình trạng đi ngoài để có thể ngừng sử dụng thuốc.

5.2.4. Chăm sóc các tổn thương trên da

Tùy thuộc vào các dạng tổn thương da, mức độ tổn thương, cần áp dụng các phương pháp chăm sóc khác nhau.

** Chăm sóc*

5.2.4.1. Tổn thương da do virus

- Vệ sinh da sạch sẽ, lau, tắm bằng nước ấm, vệ sinh bộ phận sinh dục.
- Tránh gây tổn thương gây nhiễm trùng da: gãi, nặn bóp.
- Vệ sinh răng miệng cho người bệnh hoặc hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng.
- Bôi thuốc kháng virus như Acyclovir hoặc hướng dẫn người bệnh, người nhà bôi những ngày đầu.
- Sử dụng tắm bông chấm Castellani hoặc xanh methylen vào các nốt tổn thương.
- Thực hiện thuốc uống, tiêm theo y lệnh .
- Nếu có tổn thương ở trong miệng không được ăn cay, nóng, mặn.
- Dinh dưỡng đảm bảo cho người bệnh.
- Nhắc nhở người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.
- Thay drap, quần áo hàng ngày.
- Phòng tránh lây nhiễm.

5.2.4.2. Tổn thương da do nấm

- Nấm nông ở móng chân, tay, toàn thân:
 - + Vệ sinh da sạch sẽ, giữ da khô.
 - + Thay quần áo drap giường hàng ngày.
 - + Không gãi, gây tổn thương dễ nhiễm khuẩn.
 - + Bôi thuốc chống nấm tại chỗ: nhóm Azoles (Clotrimazole, ketoconazole, miconazole,...).
 - + Bạt sừng: bôi mỡ whitfield, salicylic dùng cho lòng bàn chân.

- + Thực hiện thuốc uống cho người bệnh đầy đủ đúng liều lượng.
- + Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.
- + Thực hiện thuốc kháng sinh nếu có bội nhiễm.
- + Hướng dẫn phòng tránh lây chéo cộng đồng .

- *Nấm do Candida albicans* thường gặp ở miệng, họng, ruột, âm đạo. Là căn nguyên chính gây nấm miệng họng.

+ Vệ sinh miệng họng 2 - 3 lần/ngày hoặc sau bữa ăn bằng dung dịch nước muối sinh lý, dung dịch sát khuẩn Chlohexidine, hoặc Povidone iodine.

+ Thực hiện thuốc uống cho người bệnh đầy đủ đúng liều lượng: Nystatin, Clotrimazole, Fluconazole, Amphotericin B,...

+ Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.

+ Thực hiện thuốc kháng sinh chống nấm đường toàn thân nếu có nấm thực quản.

+ Thực hiện thuốc dự phòng tái nhiễm.

+ Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh: ăn mềm, không cay, không nóng, đối với người bệnh đau miệng.

+ Đối với người bệnh tổn thương thực quản do nấm gây khó nuốt, nuốt đau không ăn được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

+ Vệ sinh da sạch sẽ, giữ da khô.

+ Thay quần áo drap giường hàng ngày.

- *Nấm do Penicillium Marneffeii*

+ Thực hiện thuốc cho người bệnh đầy đủ đúng liều lượng: Amphotericin B, Itraconazole.

+ Thực hiện y lệnh thuốc điều trị dự phòng Itraconazole.

+ Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.

+ Vệ sinh da sạch sẽ, vệ sinh bộ phận sinh dục.

+ Tránh gây tổn thương, loét các nốt sần trên da.

+ Chấm Castellani nếu có nhiễm khuẩn.

+ Thay quần áo drap giường hàng ngày.

+ Chế độ dinh dưỡng đảm bảo, tăng cường Vitamin.

+ Vệ sinh tay sạch phòng lây nhiễm bệnh.

5.2.4.3. Do vi khuẩn

Tụ cầu vàng, liên cầu, trực khuẩn Bartonella, Lao và các Mycobacterium.

- Rửa và thay băng hàng ngày các vết tổn thương loét bằng dung dịch Natriclorua 0,9%, dung dịch Betadine 10%, băng thoáng .

- Thực hiện thuốc cho người bệnh đầy đủ đúng liều lượng kháng sinh.
- Tuân thủ điều trị lao theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus ARV.
- Vệ sinh da sạch sẽ, vệ sinh bộ phận sinh dục.
- Tránh gây tổn thương, loét các nốt sần trên da.
- Thay quần áo drap giường hàng ngày.
- Chế độ dinh dưỡng đảm bảo, tăng cường Vitamin.
- Vệ sinh tay sạch phòng lây nhiễm bệnh.

5.2.4.4. Ký sinh trùng

- Ghẻ *Sarcoptes scabiei*, ghẻ Na-uy (Norwegian scabies) vẫn đáp ứng tốt với điều trị bằng DEP.

- Tắm bằng xà phòng.

5.2.4.5. Dị ứng thuốc

* Độ 1 và Độ 2:

Ban đỏ hoặc ban dạng sần. Bong vảy khô hoặc tổn thương hình bia bắn điển hình không có nốt phỏng, mụn nước, hoặc loét và không có triệu chứng toàn thân (sốt, đau cơ, đau khớp)

Chăm sóc

- Sử dụng kháng Histamin sẽ tự khỏi.
- Vệ sinh da sạch sẽ.
- Tránh gãi ngứa gây nhiễm khuẩn.
- Thực hiện y lệnh thuốc đúng và đầy đủ.
- Bù đủ nước và điện giải: uống nước hoa quả, đảm bảo dinh dưỡng.
- Theo dõi sát tiến triển của ban dị ứng để xử trí kịp thời.

* Độ 3 và Độ 4:

- Hội chứng Stevens Johnson và Hội chứng Lyell, tổn thương rất nặng, da đỏ toàn thân rối loạn chức năng thận. Người bệnh được điều trị tại bệnh viện chuyên khoa, khoa hồi sức tích cực, khoa bỏng,...

- Hội chứng Stevens Johnson, Hội chứng Lyell
 - + Nhận biết sớm và ngừng ngay tác nhân có nguy cơ.
 - + Chuyển đến đơn vị điều trị tích cực (đơn vị bỏng).
 - + Bôi thuốc mỡ kháng khuẩn hoặc sulfadiazine bạc.
 - + Cát lọc để loại bỏ thượng bì hoại tử.
 - + Chăm sóc nhân khoa.

- Chăm sóc
 - + Nằm đầu cao, thở ôxy nếu có khó thở.
 - + Thay rửa vị trí tổn thương hàng ngày bằng dung dịch Natriclorua 0,9%.
 - + Bôi mỡ kháng khuẩn hoặc sulfadiazine bạc.
 - + Cắt lọc tổ chức hoại tử nếu có.
 - + Đối với tổn thương nốt phỏng nước tránh gây vỡ, loét.
 - + Che phủ vết thương bằng gạc mỏng.
 - + Sử dụng tấm lót thấm có phủ gạc to trên mặt trái trên mặt giường nằm để thấm dịch.
 - + Vệ sinh mắt hàng ngày và thực hiện thuốc theo y lệnh chuyên khoa.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc đầy đủ: điều trị triệu chứng, điều trị rối loạn chức năng thận, thuốc ức chế miễn dịch, giải mẫn cảm.
 - + Bù dịch và điện giải.
 - + Truyền huyết tương theo y lệnh.
 - + Dinh dưỡng: đảm bảo đầy đủ, ăn đường miệng, qua sonde dạ dày hay truyền tĩnh mạch.
 - + Vệ sinh cá nhân, thay drap, quần áo.
 - + Hướng dẫn phòng lây nhiễm,...
- Theo dõi
 - + Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, khó thở, nước tiểu.
 - + Tình trạng tổn thương da.

5.2.4.6. Vẩy nến

- Bệnh da mãn tính liên quan đến tế bào Lympho T
- Thực hiện bôi thuốc tại chỗ cho người bệnh: salicylic, retinol,...
- Thực hiện y lệnh quang trị liệu.
- Thực hiện thuốc đầy đủ đúng liều lượng: kháng sinh.
- Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.
- Bôi kem giữ ẩm da, tránh da khô nứt nẻ.
- Tránh gây tổn thương, gãi loét chảy máu.
- Thay quần áo drap giường hàng ngày (2 - 3 lần/ngày).
- Chế độ dinh dưỡng đảm bảo, tăng cường Vitamin.
- Vệ sinh tay sạch phòng lây nhiễm bệnh.

5.2.4.7. Viêm da đầu

- Bệnh da mãn tính gặp 83% ở người bệnh HIV.

- Thực hiện bôi thuốc tại chỗ cho người bệnh: Steroid,...
- Gội đầu hàng ngày bằng dầu gội trị gàu: Ketoconazole
- Thực hiện thuốc đầy đủ đúng liều lượng: thuốc chống nấm đường uống.
- Giám sát và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc kháng virus HIV.
- Tránh gây tổn thương, gãi loét chảy máu.
- Tránh tắm bằng xà phòng, nước nóng quá có thể làm kích ứng da.
- Chế độ dinh dưỡng đảm bảo, tăng cường Vitamin.
- Vệ sinh tay sạch phòng lây nhiễm bệnh.

5.2.5. Đảm bảo dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân cho người bệnh

** Dinh dưỡng*

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng 2400 kcal/ngày bằng cơm, cháo, sữa theo nhu cầu của người bệnh.
- Ăn lượng nhỏ, chia thành nhiều bữa, thay đổi món ăn, gia vị phù hợp khẩu vị.
- Giữ vệ sinh răng miệng, nên hoạt động nhẹ nhàng trước khi ăn.
- Ăn nhiều hoa quả các loại.
- Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày hoặc bằng đường tĩnh mạch trong trường hợp người bệnh không ăn được.
- Cho người bệnh uống đủ nước 1500 - 2000ml/ngày.

** Vệ sinh cá nhân*

- Vệ sinh răng miệng 2 - 3 lần/ngày hoặc sau mỗi lần ăn.
- Lau người hoặc tắm bằng nước ấm hàng ngày.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, hậu môn sau mỗi lần đi vệ sinh.
- Thay quần áo, drap giường hàng ngày.
- Chăm sóc vết loét, mảng mục (nếu có): rửa sạch vết loét bằng dung dịch nước muối rửa hoặc ôxy già sau đó phủ gạc mỏng sạch lên trên.
- Thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/lần.
- Cho người bệnh nằm nệm hơi, hoặc nệm nước phòng loét tỳ.
- Xử lý chất bài tiết, chất thải tốt phòng tránh lây nhiễm.

5.2.6. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Giải thích về ảnh hưởng và bất lợi của các hội chứng thường gặp và người nhiễm HIV/AIDS đối với cơ thể họ để người bệnh và người nhà người bệnh hiểu và hợp tác trong quá trình điều trị
- Động viên tinh thần để họ tin tưởng vào điều trị.
- Hỗ trợ tâm lý - xã hội và giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ.

- Cung cấp kiến thức về HIV/AIDS.
- Giải thích thời gian điều trị bệnh HIV/AIDS là lâu dài.
- Tư vấn về lối sống tích cực, chế độ dinh dưỡng.
- Tư vấn các biện pháp phòng tránh lây nhiễm và thực hành các hành vi an toàn:
 - + Phòng lây truyền qua đường tình dục.
 - + Phòng lây truyền qua đường máu.
 - + Phòng lây truyền HIV qua từ mẹ sang con.
- Tư vấn tuân thủ điều trị.
- Hướng dẫn cho người nhà người bệnh cách phòng tránh lây nhiễm khi chăm sóc người bệnh: sử dụng găng tay khi tiếp xúc với dịch tiết, máu của người bệnh nhiễm HIV hoặc khi da không lành lặn.
- Vệ sinh tay trước và sau khi chăm sóc, sau khi tiếp xúc với máu, dịch tiết, với vật dụng của người bệnh./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. HIV lây qua các sau đường, ngoại trừ:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| A. Đường tình dục | B. Đường Máu |
| C. Đường hô hấp | D. Đường Sữa mẹ |

2. Đặc điểm dịch tễ học quan trọng của HIV/AIDS ở các nước Á - Phi là:

- A. Cung cấp máu không an toàn
- B. Lây lan chủ yếu qua các tiếp xúc tình dục dị phái
- C. Lây lan qua các thủ thuật xuyên qua da như châm cứu, cắt lể, xỏ lỗ tai
- D. Lây lan chủ yếu qua các tiếp xúc tình dục đồng phái

3. Virus HIV dễ bất hoạt bởi các tác nhân lý hóa, ngoại trừ:

- A. Nước Javen/chết trong 1 phút.
- B. Còn 70 độ/chết trong 1 phút.
- C. Đun sôi 20 phút - 30 phút
- D. 56⁰C trong 10 phút

4. Biện pháp phòng ngừa nhiễm HIV hiệu quả nhất hiện nay là:

- A. Sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục
- B. Uống thuốc ARV dự phòng trước và sau tiếp xúc
- C. Phát hiện người nhiễm HIV và hạn chế tiếp xúc với người đã nhiễm HIV
- D. Sử dụng thuốc chủng ngừa thực nghiệm

5. Trong các dịch tiết của người nhiễm HIV/AIDS, dịch nào có nồng độ virus thấp nhất ?

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| A. Dịch não tủy | B. Dịch màng bụng |
| C. Dịch tiết sinh dục | D. Sữa mẹ |

Bài 14: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được các yếu tố về dịch tễ học bệnh uốn ván.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng bệnh uốn ván
- 1.3. Phân độ bệnh uốn ván
- 1.4. Nêu được các biện pháp phòng bệnh uốn ván.
- 1.5. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh uốn ván.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Uốn ván là bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do vi khuẩn *Lostridium tetani* gây nên. Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua các vết thương dưới dạng nha bào, phát triển tại vết thương trong điều kiện yếm khí. Nha bào thường sống trong đất, bùn và xâm nhập vào cơ thể qua vết thương. Nha bào sẽ chuyển sang dạng gây bệnh với điều kiện sau: vết thương kín, nhiễm khuẩn (điều kiện yếm khí) tạo điều kiện cho nha bào bị phá vỡ, vi khuẩn sẽ phát triển và tiết ra ngoại độc tố; cơ thể người bệnh chưa có miễn dịch hoặc miễn dịch yếu; vi khuẩn uốn ván có 2 loại ngoại độc tố: Tetanospasmin quyết định tính gây độc và hướng thần kinh gây nên các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của bệnh uốn ván. Tetanolysin gây độc tế bào, tổn thương màng tế bào, độc với tim, tan máu và hoại tử.

Bệnh uốn ván không gây thành dịch, bệnh có thể xảy ra nguyên năm, mọi lứa tuổi, nhất là những người làm việc trực tiếp với ruộng đồng, xây dựng.

Đường lây, nha bào xâm nhập qua các vết thương ở da và niêm mạc. Các vết thương như bị gai đâm, đinh đâm, xước da, dập móng tay, ngoáy tai,... đến các vết sâu như tai nạn giao thông, gãy xương hở, bông sâu, sau mổ, sau đẻ,....

Bệnh không có miễn dịch tự nhiên, có vaccin phòng bệnh uốn ván.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Độc tố uốn ván từ vết thương xâm nhập lên thần kinh trung ương bằng 2 con đường: đường thần kinh hướng tâm và đường máu.

- Độc tố gắn vào các tế bào thần kinh ở các trung tâm vận động, tổ chức lưới, cầu não, hành não và tùy sống rồi chuyển qua các sinap tới tận cùng tiền sinap. Ngăn cản giải phóng

các chất hóa học trung gian có tác dụng ức chế hoạt động của neuron thần kinh vận động Alpha và ở sừng trước tủy sống. Do vậy mất đi sự ức chế mà các neuron giao cảm tiền hạch tăng lên, làm tăng nồng độ các Catecholamin trong máu, dẫn đến các triệu chứng cường giao cảm và rối loạn thần kinh thực vật.

- Độc tố uốn ván từ vết thương vào máu và lan rộng tới các tận cùng thần kinh. Thời gian di chuyển trong nội bào của độc tố là tương đương cho tất cả các dây thần kinh, do đó dây thần kinh ngắn sẽ bị ảnh hưởng trước và dây thần kinh dài sẽ bị ảnh hưởng sau. Điều này giải thích các triệu chứng co cứng cơ xuất hiện kế tiếp nhau, đầu tiên là cơ nhai, sau đến các cơ đầu mặt cổ, cơ thân mình và cuối cùng là các chi.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Thể điển hình

3.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thời gian tính từ khi bị vết thương cho tới khi xuất hiện cứng hàm.

- Trung bình 6 - 12 ngày.

- Không có triệu chứng lâm sàng, chủ yếu là các triệu chứng của vết thương. Thời gian ủ bệnh là một yếu tố tiên lượng (thường thời gian ủ bệnh càng ngắn thì bệnh càng nặng).

3.1.2. Thời kỳ khởi phát: triệu chứng đầu tiên duy nhất là cứng hàm.

- Khó há miệng, khó nhai, đau hai bên quai hàm.

- Sau đó hàm càng ngày càng cứng lại, răng khít chặt.

- Khám: sờ thấy 2 bên cơ nhai có hiện tượng co cứng. Khi đè lưỡi hàm càng khít chặt.

- Có khi làm mặt biến dạng, bộ mặt “già trước tuổi”.

- Toàn thân: sốt nhẹ có khi không sốt, hơi mệt mỏi.

- Thời kỳ khởi phát: tính từ khi cứng hàm đến khi xuất hiện cơn co giật đầu tiên, trung bình từ 2 - 3 ngày. Đây cũng là một yếu tố tiên lượng, thời gian càng ngắn tiên lượng càng nặng.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát: có 3 biểu hiện chính.

*** Bệnh cảnh co cứng cơ**

Là nguyên nhân gây ra sự đau đớn cho người bệnh. Cứng hàm ngày càng rõ. Co cứng các cơ vùng mặt làm cho người bệnh có bộ mặt cười méo, nhăn. Cứng gáy, co cứng các cơ thân mình, tùy theo ưu thế của việc co cứng nhóm cơ gấp hay cơ duỗi mà người bệnh có các tư thế nằm khác nhau:

- Cơ duỗi co cứng ưu thế: người bệnh uốn người ra sau, cổ ngửa ra sau:

- Cơ gấp co cứng ưu thế: người bệnh nằm cong lưng tôm.

- Co cứng đồng đều 2 nhóm: người bệnh nằm tư thế uốn ván vắn thẳng.

- Co cứng cơ ở chi dưới: 2 chân duỗi thẳng, bàn chân duỗi thẳng như chân ngựa.
- Co cứng các cơ chi trên: tay co lại, khép vào mình.
- Nếu các cơ hô hấp (lồng ngực) co cứng mạnh, người bệnh sẽ có dấu hiệu chèn ngực như các cơ liên sườn không di động, khạc yếu, suy hô hấp, ứ đọng đàm dãi. Trong tình huống này phải mở khí quản cấp cứu chống suy hô hấp.

*** *Cơ co giật***

Trên nền co cứng xuất hiện các cơ co giật với đặc điểm co giật toàn thân và các cơn co giật xuất hiện tự nhiên hoặc sau mọi kích thích (tiếng động, ánh sáng, thăm khám, tiêm chích,...). Có thể xuất hiện những cơn co thắt thanh quản gây ngạt. Trong cơn co giật người bệnh vẫn tỉnh hoàn toàn.

*** *Rối loạn cơ năng***

- Nuốt khó, không nuốt được nước bọt, phải khạc.
- Tăng tiết nhiều đàm dãi, ứ đọng đàm dãi.
- Khó thở: do co thắt họng, co cứng các cơ hô hấp.
- Người có bệnh đau vùng thượng vị do cơ bụng co cứng.
- Bí đại tiện do co thắt các cơ vùng hậu môn, bàng quang.
- Toàn thân: có thể sốt liên quan với tình trạng vết thương,... ý thức luôn tỉnh táo và thường có rối loạn thần kinh thực vật như rối loạn nhiệt độ số cao 40 - 41⁰C, da mặt lúc đỏ, lúc tái, vã mồ hôi đầm đìa, mạch nhanh, tăng tiết đàm dãi.
- Hội chứng thể dịch: không đặc hiệu.
- Bạch cầu máu bình thường hoặc tăng nhiều ít tùy từng người bệnh.
- Urê, đường máu có thể tăng hoặc bình thường.

3.1.4. Thời kỳ hồi phục

Các cơn giật thưa dần rồi hết. Tình trạng co cứng toàn thân còn kéo dài nhưng mức độ giảm dần. Miệng há rộng dần ra, phản xạ nuốt trở lại. Thời kỳ này kéo dài vài tuần đến hàng tháng tùy theo mức độ bệnh.

3.2. Các thể lâm sàng

- *Uốn ván nhẹ*: chỉ có biểu hiện cứng đơn thuần, không có co giật, khởi nhanh. Gặp ở những người được tiêm phòng đã lâu, hoặc tiêm phòng không đầy đủ.

- *Uốn ván nội tạng*: đường vào là nội tạng, trong khu vực thần kinh giao cảm bụng, vết thương ở ruột non, đại tràng, nạo phá thai không an toàn, đẻ, sảy thai. Diễn biến nguy kịch, nguy cơ tử vong cao.

- *Uốn ván rón*: do nhiễm khuẩn ở rón khi dụng cụ cắt không đảm bảo vô khuẩn, hoặc đẻ rơi. Thời gian ủ bệnh trung bình khoảng 7 - 10 ngày, tối thiểu 3 ngày.

- + Lâm sàng: trẻ bỏ bú, mắt nhắm, bé khóc, co giật liên tục, rốn ướt, rụng sớm.
- + Tiên lượng nặng, tử vong cao do suy hô hấp.
- *Uốn ván thể đầu*: do vết thương ở vùng đầu - mặt - cổ. Có 2 thể: thể có liệt và không liệt.

- + Thể không liệt: đầu tiên xuất hiện cơn đau thắt họng, sau đó xuất hiện cứng hàm.
- + Thể có liệt.
- + Uốn ván đầu có liệt mặt ngoại biên. Thường do vết thương ở vùng mặt, thời gian ủ bệnh thường ngắn, trung bình 9 ngày, có biểu hiện đau vùng thái dương hàm. Dấu hiệu cứng hàm là dấu hiệu đầu tiên. Liệt mặt xuất hiện ở những thể nặng, thường liệt cùng bên với vết thương, hoặc liệt cả 2 bên nếu vết thương ở vùng sống mũi. Có khi có co thắt họng hoặc thanh quản. Khi uốn ván khỏi thì liệt khỏi hoàn toàn.

- *Uốn ván khu trú ở các chi*

- + Thường gặp ở những người đã tiêm vaccin nhưng thời gian dài không tiêm nhắc lại hoặc bị vết thương có tiêm SAT dự phòng nhưng không đủ.

- + Thời gian nung bệnh lâu từ 1 - 2 tháng, có khi vết thương đã lành sẹo. Người bệnh xuất hiện đau và co cứng các cơ ở vị trí có vết thương, không có rối loạn cảm giác và không có liệt. Thể này hiếm gặp và có tiên lượng tốt.

- *Uốn ván trường diễn*

Thường gặp ở những người tiêm vaccin từ lâu trên 10 năm, đậm độ kháng thể trong máu giảm. Thời gian ủ bệnh kéo dài hàng tháng, hàng năm làm cản trở sinh hoạt của người bệnh. Thể này rất hiếm gặp.

4. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

4.1. Tai biến về hô hấp: từ từ

- Do ứ đọng đàm dãi ngày càng tăng.
- Xẹp phế nang do co thắt phế quản.
- Giảm biên độ thở.
- Bội nhiễm phổi.

4.2. Tai biến về tim mạch

- Ngừng tim đột ngột: có thể do co giật mạnh kéo dài, nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi
- Trụy tim mạch: do độc tố uốn ván ảnh hưởng đến rối loạn thần kinh thực vật. Có thể do hậu quả của điều trị thuốc an thần, giãn cơ do trụy mạch không hồi phục.

4.3. Bội nhiễm

- Viêm phổi, nhiễm khuẩn vết mở khí quản.
- Nhiễm khuẩn huyết.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu do đặt sonde bàng quang.

4.4. Tai biến huyết thanh kháng độc tố uốn ván (SAT)

Xuất hiện sớm: ngay sau khi xuất hiện choáng gọi là choáng phản vệ. Phải thử test trước khi tiêm, nếu bị dị ứng mà vẫn phải tiêm thì dùng phương pháp giải mẫn cảm

- Bệnh huyết thanh: thường xuất hiện vào ngày thứ 9 sau khi tiêm huyết thanh. Người bệnh có thể sốt cao trở lại, phát ban kiểu dị ứng, đau khớp, tăng hiện tượng co cứng cơ.

- Tăng nguy cơ nặng các bệnh nền như đái tháo đường, xơ gan, suy thận,... làm cho bệnh nhân uốn ván nặng hơn.

- Các biến chứng khác: rối loạn nước điện giải, suy thận, suy dinh dưỡng, xuất huyết tiêu hóa do stress, loét do tỳ đè, teo cơ cứng khớp, sẹo khí quản,...

4.5. Di chứng

- Di chứng vận động.
- Di chứng điều trị.

5. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

5.1. Các thuốc điều trị

5.1.1. Huyết thanh kháng độc tố uốn ván (*serum anti tetanique - SAT*)

- Tác dụng trung hòa ngoại độc tố đang lưu hành trong máu. Khi độc tố đã gắn vào thần kinh gây bệnh thì huyết thanh ít có tác dụng. Đôi khi huyết thanh còn có tai biến.

- Tiêm 5000 - 10.000 đơn vị/kg, tối đa 20.000 đơn vị. Tiêm bắp 1 lần duy nhất, thử test trước khi tiêm.

5.1.2. Vaccin (*giải độc tố uốn ván - Anatoxin Tetanique*)

- Vì bệnh uốn ván gây miễn dịch rất yếu nên phải dùng vaccin để gây miễn dịch chủ động cho người bệnh sau này.

- Tiêm dưới da 3 lần, mỗi lần 1ml, cách nhau 10 - 15 ngày. Sau một năm tiêm nhắc lại.

- Thuốc kháng sinh: có 2 mục đích.

- + Diệt vi khuẩn uốn ván: Penicillin 1 - 2 triệu đơn vị, tùy theo tình trạng vết thương.
- + Kháng sinh chống bội nhiễm.

5.1.3. Thuốc an thần chống co giật

- Thường dùng seduxen 10mg, 5mg, sử dụng xen kẽ thuốc ức chế thần kinh giao cảm (Cocktail Lytique).

- + Aminazin 0,025mg.

- + Dimedrol 0,05mg

- + Dolargan 0,1mg (đối với trẻ em thay Dolargan bằng Spactetin 0,05mg)

- Sử dụng Thiopental 1gr,... trong điều trị giãn cơ, nhưng có nhiều biến chứng liệt cơ hô hấp, tim mạch nguy hiểm hơn là trụ mạch không hồi phục. Chỉ dùng khi có đầy đủ trang thiết bị hỗ trợ hô hấp.

5.1.4. Bồi phụ nước điện giải và điều trị các biến chứng

- Bù nước và điện giải bằng đường truyền tĩnh mạch dung dịch mặn ngọt. Lactate ringer,... hoặc cho uống qua sonde dạ dày.

- Nâng cao thể trạng cho người bệnh: truyền đạm Moriamin, Vitamin,....

- Chống xuất huyết tiêu hóa: dùng các thuốc giảm tiết acid.

5.1.4. Điều trị hỗ trợ hô hấp (mở khí quản, thở máy khi)

- Người bệnh co cứng liên tục, cơn giật mau, kéo dài.

- Dấu hiệu chẹn ngực (+).

- Khạc yếu, ứ đọng đàm dãi nhiều.

- Có cơn co thắt thanh quản.

- Điều trị hỗ trợ tuần hoàn.

- Cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Hạ nhịp tim: không chế cơn co giật, đảm bảo thông khí, hạ nhiệt độ, xử trí khi có cơn nhịp nhanh và huyết áp tăng.

- Nâng huyết áp bù đủ dịch.

- Truyền Dopamin liều 8 - 10 μ g/kg/phút.

5.1.5. Xử lý đường vào

- Mở rộng vết thương, cắt lọc, lấy di vật (nếu vết thương bẩn, hoại tử).

- Rửa sạch vết thương bằng ôxy già, nước muối sinh lý.

- Kết hợp kháng sinh toàn thân.

- Đối với uôn ván do nạo phá thai, sau đẻ nếu có sót nhau có thể nạo lại và dùng kháng sinh liều cao.

5.2. Phòng bệnh

5.2.1. Phòng bệnh chủ động

- Tiêm vaccin giải độc tổ uôn ván Anatoxin (VAT)

- Tiêm 3 mũi: 0-1-6 tháng.

- Sau đó cứ 5 năm, tiêm nhắc lại 1 mũi.

- Hiện nay ở nước ta, trong chương trình tiêm chủng mở rộng đã tiêm phòng cho trẻ em, phụ nữ trong diện tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai. Các đối tượng khác nên tiêm ngừa tự nguyện.

5.2.2. Khi có vết thương

- Cắt, lọc sạch vết thương, rửa nước muối và thuốc sát trùng, không khâu kín.
- Nếu chưa tiêm phòng hay tiêm phòng không đủ liều hay đã quá thời gian được miễn dịch thì phải tiêm SAT 1.500 - 3000 đơn vị (vết thương dơ, dập nát nhiều); đồng thời phải tiêm VAT 3 mũi.

5.2.3. Đề phòng uốn ván rốn

- Quản lý thai nghén, tránh đẻ rơi.
- Đỡ đẻ vô trùng.
- Tiêm phòng vaccin uốn ván cho bà mẹ khi mang thai.

6. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

6.1. Nhận định chăm sóc: điều dưỡng tiến hành nhận định, chăm sóc bằng cách hỏi, quan sát và khám để phát hiện các dấu hiệu sau:

6.1.1. Hỏi bệnh

- Đường vào: vết thương, đinh đâm, gai đâm,...?
- Thời gian bị vết thương đến khi xuất hiện dấu hiệu mỏi hàm, khó há miệng là bao lâu?
- Co cứng cơ và đau các cơ?
- Có khó nuốt không?
- Có khó khạc, khó thở không?

6.1.2. Thăm khám thể chất

- Quan sát: thời gian, cường độ, tính chất cơn giật, số lần giật. Phát hiện dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật: bệnh nhân tăng tiết đàm dãi, có vã mồ hôi không?
- Tìm đường vào, vết thương còn mủ không?
- Triệu chứng cứng hàm.
- Triệu chứng co cứng cơ toàn thân.
- Triệu chứng co giật sau kích thích.
- Tim mạch: đếm nhịp tim, đo huyết áp.
- Hô hấp: đếm nhịp thở, phát hiện triệu chứng co thắt họng, thanh quản, gây suy hô hấp.
- Đo nhiệt độ bệnh nhân.
- Phát hiện các biến chứng: hô hấp, tim mạch, bội nhiễm.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ khi bệnh nhân phải mở khí quản.
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Bệnh nhân đau mỏi cơ và khó chịu do co cứng cơ và co giật.

- Dinh dưỡng không đủ do không ăn được vì cứng hàm.
- Nguy cơ suy hô hấp do cơn giật kéo dài và tắc nghẽn đàm dãi.
- Nguy cơ truy mạch do thiếu ôxy cơ tim và tắc nghẽn đàm dãi.
- Nguy cơ bội nhiễm do nằm lâu.
- Bệnh nhân lo lắng do thiếu hiểu biết về bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau mỗi cơ và khó chịu cho bệnh nhân.
- Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp.
- Chống suy tuần hoàn.
- Chống nhiễm trùng và bội nhiễm.
- Giáo dục sức khỏe.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.4.1. Làm giảm đau mỗi cơ và khó chịu cho bệnh nhân

- Bệnh nhân khi co cứng cơ và co giật thì rất đau và khó chịu, vì vậy cần phải làm mềm cơ và chống co giật cho bệnh nhân.

- Do đó, bệnh nhân phải nằm buồng riêng, yên tĩnh, tránh kích thích, tiếng động, ánh sáng, hạn chế thăm khám không cần thiết, đảm bảo giấc ngủ cho bệnh nhân.

- Thực hiện dùng thuốc đúng giờ theo y lệnh của bác sỹ.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần cho bệnh nhân: Seduxen, Valium. Dùng thuốc tiêm và thuốc viên xen kẽ. Nên tiêm thuốc bằng đường tĩnh mạch.

- Theo dõi giấc ngủ của bệnh nhân để biết đáp ứng của bệnh nhân khi dùng thuốc an thần.

- Khi bệnh nhân co giật nên tìm nguyên nhân gây ra co giật, va chạm, tiếng động, thiếu nước điện giải, tắc nghẽn đường thở, tai biến huyết thanh,... để có hướng xử trí.

- Khi bệnh nhân bí tiểu: có thể chườm ấm vùng bàng quang hay đặt ống thông tiểu cho bệnh nhân.

- Thực hiện y lệnh thuốc chống co thắt cơ trơn, thuốc nhuận tràng khi táo bón.

6.4.2. Tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân

- Vì cứng hàm, nên việc nhai nuốt thức ăn của bệnh nhân rất khó khăn, không tự ăn được. Để đảm bảo dinh dưỡng 3.000 kcal/ngày, phải đặt ống sonde dạ dày cho bệnh nhân (trước khi đặt, phải tiêm thuốc an thần, giải thích cho bệnh nhân, thao tác nhẹ nhàng, thuần thục).

- Qua ống thông bơm thuốc, bơm thức ăn, bơm nước cho bệnh nhân.

- Các loại thức ăn: súp nghiền, cháo lọc, sữa bột dinh dưỡng Ensure, Isocal,...
- Hàng ngày, theo dõi mức độ há miệng của bệnh nhân. khi bệnh nhân có khả năng tự ăn được thì rút ống sonde dạ dày.

6.4.3. Đảm bảo thông khí và chống suy hô hấp

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên, đề phòng hít phải chất nôn và chất xuất tiết.
- Đặt canuyn mayo đề phòng tụt lưỡi, hút đàm đãi khi tăng tiết nhiều.
- Đếm nhịp thở khi bệnh nhân khó thở, tím tái, cho thở ôxy ngắt quãng.
- Nếu bệnh nhân phải mở khí quản, điều dưỡng viên chuẩn bị dụng cụ, phụ giúp bác sỹ mở khí quản.
- Theo dõi chảy máu tại vết mổ sau khi mở khí quản.
- Hút đàm đãi qua mũi hoặc canuyn. Làm loãng đàm bằng nhỏ giọt dung dịch Natribicarbonat 1% hoặc α - Chymotrypsin.
- Làm ẩm không khí thở vào bằng cách tắm ướt tấm gạc phủ trên canuyn.
- Thay ống trong của canuyn ngày 2 lần để tránh tắc đàm gây suy hô hấp.
- Khi bệnh nhân hết co giật, ho khạc tốt, ít đàm đãi, giảm co cứng cơ, tự thở được thì rút canuyn. Rút càng sớm càng tốt vì để càng lâu bệnh nhân càng khó thở trở lại.
- Sau khi đã rút canuyn, phải theo dõi sát bệnh nhân, liên tục 5 - 6 giờ liền đề phòng cơn ngừng thở đột ngột có thể xảy ra vào khoảng giờ thứ 3 - 5 sau khi rút canuyn. Nếu rút canuyn lần đầu không được thì phải đặt lại.

6.4.4. Chống suy tuần hoàn

- Lấy mạch, đo huyết áp cho bệnh nhân.
- Sẵn sàng cấp cứu ngừng tuần hoàn (chuẩn bị sẵn bóngambu, thuốc Adrenalin, bơm kim tiêm dài).
- Ngừng tim đột ngột: bóp tim ngoài lồng ngực.
- Khi bệnh nhân có nhịp tim nhanh, cần phải hạ nhịp tim bằng cách khống chế cơn giật, bảo đảm thông khí, hạ nhiệt độ.
- Chuẩn bị sẵn dịch truyền đẳng trương để bù nước điện giải và dẫn thuốc.

6.4.5. Chống nhiễm trùng bội nhiễm

- Buồng bệnh phải thoáng mát, sạch sẽ, yên tĩnh.
- Đảm bảo vô trùng các thủ thuật chuyên môn như: tiêm, bộc lộ tĩnh mạch, xử trí vết thương, rửa tay, mang gant tay khi hút đàm.
- Khi bệnh nhân sốt cao thì hạ nhiệt. sau cơn giật, bệnh nhân vã mồ hôi, cần lau mồ hôi cho bệnh nhân.

- Bệnh nhân nằm lâu dễ loét vùng tỳ đè, thỉnh thoảng xoay trở cho bệnh nhân, kê chỗ tỳ đè: xương cụt, vai, gót, chân, đầu nằm đệm nước. Tránh viêm phổi bằng cách vỗ rung lồng ngực.

- Thay rửa vết thương, cắt lọc lấy dị vật, rửa bằng ôxy già.
- Vệ sinh, thay băng vết mở khí quản 1 - 2 lần/ngày.
- Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên.
- Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng cho bệnh nhân.
- Cắt tóc, gội đầu sạch sẽ cho bệnh nhân.
- Vệ sinh cho bệnh nhân sau khi đại tiểu tiện.
- Thực hiện y lệnh dùng kháng sinh Penicillin.

6.4.6. Giáo dục sức khỏe: khi bị uốn ván, bệnh nhân thường lo lắng, sợ hãi. Điều dưỡng cần ở bên cạnh để động viên bệnh nhân, giải thích rõ về bệnh tật và biến chứng có thể xảy ra để bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu, bớt đi sự lo lắng, sợ hãi và phối hợp điều trị tích cực để chóng khỏi bệnh.

- Giai đoạn hồi phục kéo dài, nên hướng dẫn bệnh nhân luyện tập và vật lý trị liệu để tránh cứng khớp, co rút gân cơ.

- Khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều bữa và đủ chất để hồi phục sức khỏe nhanh chóng.

- Bệnh uốn ván không tạo được miễn dịch đủ sức bảo vệ lâu dài và tái phát sẽ xảy ra, nên sau khi khỏi bệnh, khuyến bệnh nhân tiêm giải độc tố, tiêm đối với người bình thường chưa mắc bệnh.

6.5. Lượng giá

- Hô hấp hiệu quả: đường thở thông, môi hồng, $SpO_2 > 90\%$.
- Bệnh nhân được an toàn: cơn co giật thưa dần, bệnh nhân giảm gồng cứng cơ.
- Thân nhiệt trở về bình thường.
- Cải thiện tình trạng rối loạn điện giải, rối loạn thần kinh thực vật.
- Miệng há rộng ra, phản xạ nuốt trở lại.
- Chế độ dinh dưỡng: ăn được.
- Bệnh nhân không bị loét tỳ./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Thể loại uốn ván có tỷ lệ tử vong cao nhất?

- A. Uốn ván cục bộ
- B. Uốn ván thể đầu
- C. Uốn ván rốn
- D. Uốn ván toàn thân ở người lớn

2. Trường hợp có thể dẫn đến uốn ván, ngoại trừ:

- A. Vết thương lao động
- B. Không giữ vệ sinh khi ăn uống
- C. Nạo phá thai nhiễm trùng
- D. Tiêm chích bằng dụng cụ không vô khuẩn

3. Đặc điểm co giật của bệnh uốn ván:

- A. Trước khi co giật, có dấu hiệu báo trước như tê đau các chi
- B. Co giật tự nhiên hoặc co giật do bị kích thích
- C. Sau khi co giật, bệnh nhân hôn mê một thời gian ngắn
- D. Diazepam luôn luôn không chế được cơn co giật

4. Biện pháp chủ động phòng bệnh uốn ván là:

- A. Tiêm vaccin giải độc tố uốn ván
- B. Tiêm 3 mũi cách nhau 1 tháng
- C. Tiêm 3 mũi liên tục, sau đó cứ 3 năm tiêm nhắc lại 1 mũi
- D. Câu A, B, C đều đúng

5. Đề phòng uốn ván rốn, cần thực hiện biện pháp nào dưới đây?

- A. Quản lý thai nghén, tránh đẻ rơi
- B. Đỡ đẻ vô trùng
- C. Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ mang thai
- D. Câu A, B, C đều đúng

Bài 15: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Khai thác được các yếu tố dịch tễ học để chẩn đoán bệnh bệnh tả.
- 1.2. Giải thích được cơ chế bệnh sinh của vi trùng bệnh tả.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng thể điển hình và hai biến chứng thường gặp nhất.
- 1.4. Nêu được các biện pháp phòng bệnh tả cho cá nhân và cộng đồng.
- 1.6. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh tả.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tả là bệnh truyền nhiễm cấp tính do phẩy khuẩn tả (*Vibrio cholerae*) gây ra, Bệnh lây theo đường tiêu hóa, cụ thể là đường phân - miệng thông qua nguồn nước, thực phẩm, rau quả,... đặc biệt là một số hải sản như sò, ốc, hến được bắt từ những nơi ô nhiễm hoặc tay bẩn, dụng cụ ăn uống bị ô nhiễm, qua ruồi, nhặng, chuột, gián,... làm lây lan mầm bệnh. Bệnh thường xảy ra vào những tháng mùa hè (khí hậu nóng - ẩm, nhiều ruồi, nhặng, chuột,... thức ăn dễ ôi thiu), đặc biệt sau khi bị lũ lụt,...

Bệnh có biểu hiện lâm sàng là tiêu lỏng và nôn nhiều lần, nhanh chóng dẫn đến mất nước - điện giải, trụy tim mạch, suy kiệt và tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Bệnh được xếp vào loại bệnh “tối nguy hiểm”.

Nguồn lây chính là người bệnh và người mang khuẩn không triệu chứng. Phẩy khuẩn tả được đào thải theo phân ngay từ giai đoạn nung bệnh, nhưng nhiều nhất ở giai đoạn tiêu chảy. Bệnh nhân mắc bệnh tả có thể đào thải $10^7 - 10^8$ vi khuẩn/gram phân. Phẩy khuẩn tả có thể tồn tại và nhân lên ở động vật giáp xác (chủ yếu dưới biển) khi điều kiện môi trường không phù hợp, chúng có thể chuyển sang trạng thái ngủ và có thể tồn tại hàng tháng, hàng năm. Ở trạng thái này vi khuẩn có thể kháng lại Chlorid và không thể nuôi cấy.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Thể điển hình

2.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 1- 4 ngày, thời gian này thường không có biểu hiện lâm sàng

2.1.2. Thời kỳ khởi phát

Thường rất nhanh không quá 24 giờ. Lúc đầu có thể như một tiêu chảy thông thường.

2.1.3. Thời kỳ toàn phát: có 3 dấu hiệu cơ bản là:

- Tiêu chảy, người bệnh tiêu chảy dữ dội liên tục, phân toàn nước trắng như nước vo gạo. Số lần đi từ 20 - 50 lần/24 giờ, thậm chí không đếm được, không đau bụng, không mót rặn.

- Nôn: thường liên tục.

- Rối loạn nước và điện giải: là hậu quả của đi ngoài và nôn liên tục.

+ Mặt hốc hác, da nhăn nheo, dúm lại, mắt lõm sâu, lòng đen khô.

+ Người bệnh gầy sút nhanh, mất khoảng từ 10 - 15% trọng lượng cơ thể.

+ Hạ nhiệt độ: người lạnh toát, nhiệt độ dưới 35°C, chuột rút, chân tay co quắp.

+ Sốc do giảm thể tích: huyết áp tụt, không đo được, mạch nhanh nhỏ khó bắt.

+ Thiểu niệu hoặc vô niệu, người bệnh vẫn tỉnh, nói thều thào.

2.2. Các thể lâm sàng

2.2.1. Thể nhẹ

Giống như tiêu chảy thường. Không có dấu hiệu mất nước trụ mạch. Các dấu hiệu nôn, tiêu chảy có nhưng nhờ phản ứng cơ thể tốt nên có thể ngưng nôn và ngưng tiêu chảy

2.2.2. Thể tối cấp

Thời kỳ khởi phát rất ngắn, diễn biến nhanh, người bệnh tiêu chảy và trụ mạch ngay, tử vong trong vòng 1 - 3 giờ.

2.2.3. Thể tử khô

Người bệnh tử vong trước khi tiêu chảy. Do liệt ruột xảy ra rất sớm. Có mất nước ra lòng ruột nhưng chưa kịp đi ra ngoài. Thể này không gặp ở Việt Nam.

2.2.4. Tả ở trẻ em

Có thể có dấu hiệu sốt nhẹ. Đôi khi kèm theo co giật do hạ đường huyết.

2.2.5. Tả ở phụ nữ có thai: rất dễ gây sảy thai.

2.2.6. Thể xuất huyết

Đầu tiên là dấu hiệu của bệnh tả, sau đó có xuất huyết dưới da, niêm mạc và phân có máu.

3. BIẾN CHỨNG

- Biến chứng suy thận.

- Biến chứng sốc, trụ tim mạch.

4. PHÂN LOẠI NGƯỜI BỆNH

4.1. Tính lượng nước đã mất theo công thức Philips

$$V = P \times 10^3 \times (d - 1,025) \times k \text{ nếu đo được tỷ trọng huyết tương}$$

V: lượng dịch cần bù tính bằng ml

P: trọng lượng cơ thể người bệnh tính bằng kg

D: tỷ trọng huyết tương người bệnh

K: là hằng số - Người lớn K = 4, trẻ em K = 5 - 6

4.2. Dựa theo dấu hiệu lâm sàng

DẤU HIỆU/NHÓM		
Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3
Mất nước nhẹ	Mất nước trung bình	Mất nước nặng
<ul style="list-style-type: none"> - Khát nước ít - Mắt chưa trũng - Da đầu ngón tay chưa nhăn nheo - Lượng dịch mất khoảng 50ml 	<ul style="list-style-type: none"> - Khát nước vừa, môi khô, mắt trũng - Da ngón tay nhăn nheo - Mạch nhanh > 100 lần/phút - Huyết áp tối 100mmHg - Lượng dịch mất đi khoảng 70 - 80% cân nặng 	<ul style="list-style-type: none"> - Khát nước dữ dội, li bì, lơ đãng - Mạch nhanh > 120 lần/phút, khó bắt hoặc không bắt được - Mắt trũng sâu, nhãn cầu khô, da bụng nhăn nheo, bụng lõm lõng thuyên - Chuột rút - Lượng dịch mất đi khoảng 100 - 120ml/kg

5. ĐIỀU TRỊ

- Bù dịch và điện giải nhanh và đủ: dịch truyền tốt nhất Ringerlactat.
- Nếu có Natriclorua 0,9%, glucose 5%, NHCO₃ 0,14% thì dùng theo tỷ lệ 3:1:1.
- Bù Kali bằng đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch.
- Kháng sinh diệt khuẩn: Tetracyclin, hoặc Chloramphenicol; hoặc Biseptol. Hoặc

nhóm kháng sinh: Fluoroquinolon.

C. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

1. NHẬN ĐỊNH

1.1. Hỏi

- Tình trạng đi ngoài:
 - + Số lần, số lượng đi ngoài, phân toàn nước hay lẫn phân, màu sắc của phân: trắng như nước vo gạo hay nước màu vàng?
 - + Thời gian xuất hiện đi ngoài: sau khi ăn những thức ăn nghi ngờ.
- Có nôn không?

- Đau bụng? vị trí và tính chất đau?
- Có sốt không, có mệt mỏi, khát nước, mất cân?
- Khai thác tiền sử ăn uống các thức ăn nguy cơ mầm bệnh/tiền sử dùng thuốc.
- Môi trường: trường hợp bệnh liên quan: gia đình, lớp học, cơ quan,...

1.2. Thăm khám thể chất

* Dấu hiệu sinh tồn

- Nhiệt độ: không sốt hoặc sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$. Có thể hạ thân nhiệt, nhiệt độ $< 35^{\circ}\text{C}$ trong trường hợp mất nước mức độ nặng, trụy mạch.

- Mạch: bình thường theo tuổi, có thể nhanh nhỏ và không đo được trong trường hợp mất nước trụy mạch.

- Huyết áp: bình thường theo tuổi, có thể tụt huyết áp hoặc không đo được trong trường hợp trụy mạch.

- Nhịp thở bình thường theo tuổi, có thể thở nhanh, khó thở.

* Da, niêm mạc

- Đánh giá tình trạng mất nước: mức độ mất nước.

- Đối với tiêu chảy cấp kiểu tả tình trạng mất nước diễn ra rất nhanh.

- Da khô nhăn nheo, môi khô, da đầu ngón tay nhăn nheo.

- Mắt trũng?

- Bụng có lõm lõng thuyên.

* Hô hấp

Khó thở: thở nhanh, thở nông, thở bụng, thở không đều.

* **Tuần hoàn:** trong trường hợp mất nước mức độ nặng sẽ có biểu hiện

- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt.

- Da nổi vân tím, hạ thân nhiệt, chi lạnh.

- Giai đoạn chưa có dấu hiệu mất nước huyết áp có thể ổn định.

- Giai đoạn muộn: mạch, huyết áp không đo được.

* Tình trạng toàn thân

- Khám bụng xem có phản ứng thành bụng hay không: vị trí đau, tình trạng chướng bụng.

- Đại tiện: tính chất phân.

- Lượng nước tiểu.

2. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TẢ

2.1. Bồi hoàn nước và điện giải

* Chăm sóc

- Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn (catheter ngoại vi).
 - Hoặc có thể phải phụ giúp bác sỹ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm trong trường hợp trụy mạch).
 - Bù nước và điện giải với tốc độ nhanh (6 - 8 giờ khi mới nhập viện).
 - Bù nước và điện giải 8 giờ tiếp theo.
 - Dung dịch thường truyền là: NaCl 0,9%, Ringer lactat, NaHCO₃ 0,14%, Glucose 5%.
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Nếu người bệnh ổn định cho uống nước pha ORS.
- Ủ ấm cho người bệnh trong trường hợp hạ nhiệt độ.
- Thực hiện y lệnh thuốc điều trị khác.
- Đo CVP để bác sỹ điều chỉnh y lệnh truyền dịch.

* Theo dõi

- Tình trạng đi ngoài: số lượng, số lần, tính chất phân.
- Tình trạng mất nước: đánh giá mức độ mất nước.
- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ 15 phút, 30 phút, 1 giờ/lần,... tùy tình trạng mỗi người bệnh.
- Theo dõi lượng nước tiêu.
- Theo dõi Bilan dịch vào, dịch ra.
- Trong trường hợp sốc trụy tim mạch do mất nước phải theo dõi liên tục và duy trì bù dịch sau 48 giờ tránh tình trạng tái sốc.

2.2. Hỗ trợ hô hấp cho người bệnh: người bệnh có thể khó thở do tình trạng mất nước nặng, trụy tim mạch, sốc.

* Mục tiêu

Đảm bảo thông khí cho người bệnh, hết khó thở, môi hồng, SpO₂ > 94%.

* Chăm sóc

- Để người bệnh nằm đầu cao, cho thở ôxy nếu có khó thở.
- Lưu ý các trường hợp người già mắc bệnh mãn tính, trẻ em với thể nhiễm độc nặng hay gây suy hô hấp.
- Lắp monitor theo dõi liên tục, đo SpO₂.
- Chuẩn bị dụng cụ sẵn sàng để phụ giúp bác sỹ đặt ống nội khí quản đối với trường hợp sốc, suy hô hấp nặng.

* Theo dõi

- Nhịp thở, kiểu thở tình trạng tím tái môi, đầu chi, trường hợp nặng theo dõi 15 phút, 30 phút, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần

- Theo dõi SpO₂.
- Trong trường hợp đặt ống, thở máy theo dõi và chăm sóc người bệnh và máy thở

2.3. Theo dõi hệ thống tuần hoàn

** Mục tiêu*

Bồi phụ khối lượng tuần hoàn cho người bệnh, đảm bảo mạch, huyết áp bình thường theo tuổi, hồng hào, thời gian đổ đầy mao mạch < 2 giây.

** Chăm sóc*

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp theo giờ tùy tình trạng mỗi người bệnh.
- Chuẩn bị đường truyền, dịch truyền, thuốc.
- Chuẩn bị thuốc vận mạch theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc nâng mạch, huyết áp theo chỉ định.
- Lắp monitor theo dõi liên tục.

** Theo dõi*

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu 30 phút lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- Theo dõi đáp ứng thuốc vận mạch (trường hợp trụy mạch, rối loạn).
- Theo dõi CVP.

2.4. Thực hiện y lệnh thuốc và xét nghiệm

** Mục tiêu*

Đảm bảo người bệnh được điều trị thuốc nhanh nhất, chính xác và an toàn.

- Truyền dịch theo y lệnh khẩn trương, đúng tốc độ, số lượng.
- Thuốc kháng sinh: uống hoặc tiêm.
- Thực hiện thuốc vận mạch (nếu có).
- Thực hiện một số thuốc khác theo chỉ định: giảm đau,... (không tự ý sử dụng thuốc cầm đi ngoài).
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm: soi phân, cấy phân, xét nghiệm sinh hóa máu,...

2.5. Chế độ dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân

** Mục tiêu*

Người bệnh không bị thiếu hụt dinh dưỡng, sút cân, không bị nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị.

** Chăm sóc*

- Vệ sinh tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.
- Cho người bệnh ăn cháo thịt nạc, đảm bảo đủ số lượng theo nhu cầu.
- Thức ăn kiêng mỡ, chất tanh, chua.
- Ăn chín uống sôi.

- Bù đủ nước và điện giải.
- Cân người bệnh, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.
- Lau người hoặc tắm bằng nước ấm cho người bệnh hàng ngày.
- Vệ sinh răng miệng tối thiểu 2 lần/ngày hoặc sau mỗi bữa ăn.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, hậu môn sau mỗi lần đi tiêu, đi ngoài, lau bằng khăn mềm

tránh dát đỏ.

* Theo dõi

- Chỉ số BMI.
- Theo dõi tình trạng đi ngoài của người bệnh.
- Chế độ ăn uống, nhu cầu ăn của người bệnh.
- Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Xét nghiệm công thức máu: chỉ số bạch cầu.
- Xét nghiệm phân.

2.6. Xử lý tại chỗ chất thải, hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Cách ly người bệnh buồng riêng/khu vực riêng cho những người mắc bệnh tả
- Khử khuẩn phân của người bệnh bằng Cloramin B theo quy định để tại bờ sau 15 - 30 phút đổ vào bồn cầu.
- Đối với người bệnh sử dụng tả, phải cho tả vào túi nilon đúng quy định và khử khuẩn trước khi mang đi hủy.
- Vệ sinh tay trước khi ăn và sau khi tiếp xúc với các vật dụng cá nhân của người bệnh.
- Khử khuẩn các dụng cụ cá nhân.
- Chất thải y tế phải được khử khuẩn đúng quy định trước khi đưa ra khỏi buồng bệnh.
- Khử khuẩn buồng bệnh, lau sàn bằng dung dịch Cloramin B.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Yếu tố đóng vai trò quan trọng trong lây truyền bệnh tả:

- Vật dụng bị phơi nhiễm
- Ruồi
- Nguồn nước bị ô nhiễm
- Thức ăn không được nấu chín

2. Biện pháp phòng bệnh tả tốt nhất khi có dịch xảy ra:

- Dự phòng bằng vaccin
- Phát hiện sớm, cách ly và điều trị bệnh nhân
- Vệ sinh môi trường, vệ sinh cá nhân
- Phát hiện sớm, cách ly, điều trị, vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân

3. Nguồn lây có ý nghĩa quan trọng trong phát sinh dịch đối với bệnh tả:

- A. Người bệnh
- B. Người mang trùng
- C. Người mang trùng mãn tính
- D. Nguồn nước bị nhiễm vi khuẩn tả

4. Tiêu chảy trong bệnh tả có các đặc điểm sau, ngoại trừ:

- A. Có thể tiêu chảy 30 lần/ngày
- B. Thường kèm sốt cao
- C. Thường diễn tiến đến mất nước nặng
- D. Phân màu trắng đục, tanh nồng

5. Chăm sóc bệnh nhân tả, cần phải xử lý cẩn thận nhất đối với:

- A. Phân chất nôn
- B. Kim và bơm tiêm
- C. Đồ dùng của bệnh nhân
- D. Nước tiểu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. *Bệnh Học Truyền Nhiễm*, NXB Y Học Hà Nội 2002

[2]. *Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bệnh truyền nhiễm*, NXB Y Học - 2006.

[3]. *Bộ Y Tế Bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương “HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ BỆNH NHIỄM KHUẨN*. NXB Y HỌC HÀ NỘI 2016