

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG NỘI

TẬP 1

SÁCH ĐÀO TẠO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: Đ.34.Z.05

Chủ biên: TS. Lê Văn An

TS. Nguyễn Thị Kim Hoa

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2008

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

TS. Lê Văn An

TS. Nguyễn Thị Kim Hoa

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:

TS. Lê Văn An

TS. Hoàng Văn Ngoạn

TS. Nguyễn Thị Kim Hoa

BS. Dương Thị Ngọc Lan

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

TS. Lê Thị Hiền

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

ThS. Phí Văn Tâm

ThS. Lê Thị Bình

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo đại học ngành Y tế. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Điều dưỡng nội tập 1* được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường đại học Y Dược Huế trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo lâu năm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Sách trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên điều dưỡng cũng như các đồng nghiệp trong chuyên ngành điều dưỡng nhất là điều dưỡng nội khoa.

Sách *Điều dưỡng nội tập 1* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2007. Bộ Y tế ban hành làm tài liệu dạy - học chính thức của ngành Y tế. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn TS. Lê Văn An, TS. Nguyễn Thị Kim Hoa và các nhà giáo của khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y Dược Huế đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Thị Thu Hồ, ThS. Ngô Huy Hoàng đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Sách điều dưỡng Nội tập 1 được biên soạn theo chương trình giáo dục đại học chuyên ngành điều dưỡng của Trường Đại học Y Dược Huế, dựa trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Cuốn sách ra đời nhằm đáp ứng phần nào nhu cầu đào tạo trong lĩnh vực Điều dưỡng tại các trường đại học.

Cuốn sách điều dưỡng Nội tập 1 bao gồm các bài giảng thuộc chuyên ngành về tim mạch, hô hấp và nội tiết. Các bài giảng được viết theo số tiết quy định đã được nhà trường phê duyệt. Cuối mỗi bài giảng có phần lượng giá dưới nhiều hình thức khác nhau. Trong quá trình biên soạn, các tác giả đã sử dụng nhiều nguồn tài liệu cập nhật trong và ngoài nước, đồng thời tham khảo nhiều ý kiến của các đồng nghiệp có kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Chúng tôi hy vọng cuốn sách này sẽ là một tài liệu dạy và học hữu ích, có thể cung cấp những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên điều dưỡng và các đồng nghiệp trong chuyên ngành Điều dưỡng nói chung và Điều dưỡng nội khoa nói riêng.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Vụ Khoa học và Đào tạo, Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học của Bộ Y tế đã cho phép và tạo điều kiện xuất bản cuốn sách này. Chúng tôi trân trọng cảm ơn Nhà xuất bản Y học, Hà Nội đã tích cực hợp tác và tạo điều kiện cho việc xuất bản.

Do khả năng và thời gian hạn chế nên trong quá trình biên soạn không thể tránh khỏi một số khiếm khuyết, hy vọng sẽ nhận được sự góp ý chân tình của quý độc giả và sinh viên, để lần tái bản sau cuốn sách được hoàn thiện hơn.

CÁC TÁC GIẢ

MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
Bài 1. Thăm khám tim - mạch	9
Bài 2. Chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp	28
Bài 3. Chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim	41
Bài 4. Chăm sóc bệnh nhân thấp tim	51
Bài 5. Chăm sóc bệnh nhân hẹp van hai lá	59
Bài 6. Chăm sóc bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim	68
Bài 7. Chăm sóc bệnh nhân tai biến mạch máu não	79
Bài 8. Chăm sóc bệnh nhân viêm nội tâm mạc	93
Bài 9. Chăm sóc bệnh nhân phù phổi cấp	104
Bài 10. Chăm sóc bệnh nhân suy tim	111
Bài 11. Thăm khám hệ hô hấp	121
Bài 12. Chăm sóc bệnh nhân viêm phổi thùy	130
Bài 13. Chăm sóc bệnh nhân viêm phế quản	141
Bài 14. Chăm sóc bệnh nhân tràn dịch màng phổi	152
Bài 15. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản	163
Bài 16. Chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi	175
Bài 17. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường	183
Bài 18. Chăm sóc bệnh nhân bị bệnh Basedow	195
Bài 19. Liệu pháp corticoid	206
Bài 20. Chăm sóc bệnh nhân suy thượng thận cấp	218
Bài 21. Chăm sóc bệnh nhân thiếu máu	224
Đáp án	232
Tài liệu tham khảo	235

Bài 1

THĂM KHÁM TIM, MẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được kỹ thuật khám tim.
2. Trình bày được kỹ thuật khám động mạch và tĩnh mạch.
3. Mô tả được một số biểu hiện bệnh lý ở tim và mạch máu.

1. KHÁM TIM

Khám tim bao gồm:

- Hỏi bệnh sử.
- Nhìn: lồng ngực, vùng tim đập và các mạch máu lớn.
- Sờ vùng trước tim và các mạch máu.
- Gõ: diện đục của tim.
- Nghe: các ổ nghe tim và các vị trí khác cần thiết.

1.1. Hỏi bệnh

Cần phải hỏi tỉ mỉ, có phương pháp và có thời gian thích hợp vì như thế thường thu nhận được các kết quả tốt, giúp cho chẩn đoán và điều trị. Một số chú ý khi hỏi bệnh sử như sau cần được đánh giá.

1.1.1. Tiền sử bệnh lý

- Cá nhân
- Những thói quen: thuốc lá, cà phê, trà...
- Nguyên nhân bệnh tim hay cơ địa thích hợp cho các biến chứng tim mạch:
 - + Thấp tim cấp, múa giật, tinh hồng nhiệt, viêm họng tái diễn.
 - + Giang mai, viêm cứng cột sống dính khớp.
 - + Hội chứng nhiễm trùng gờ ý viêm nội tâm mạc.
 - + Đái tháo đường, lao, rối loạn tuyến giáp.

- Các bệnh có ảnh hưởng đến điều trị: bệnh tiêu hóa, đặc biệt là loét dạ dày-tá tràng. Tai biến mạch não (chống đông). Bệnh thận, bệnh gút (gout).
- Gia đình:
 - + Tăng huyết áp, suy mạch vành, đột tử.
 - + Tiền sử sản khoa mẹ nếu có bệnh tim bẩm sinh.

1.1.2. Bệnh sử

Là những rối loạn mà bệnh nhân phải đi khám và điều trị. Về tim mạch cần chú ý:

- Hội chứng gắng sức:
 - + Xảy ra khi đi, lên cầu thang, xúc động.
 - + Khó thở, chú ý cả những khó thở chịu đựng được, ho khạc ra đờm bọt hồng.
 - + Các cơn đau: đau ngực, tìm các đặc điểm của cơn đau thắt ngực và đau bụng (đau quặn gan), đau chi dưới (cơn đau cách hồi).
 - + Sự mất ý thức, đôi khi xảy ra bất ngờ.
 - + Xanh tím có thể xảy ra khi gắng sức hay gia tăng khi gắng sức, đôi khi bệnh nhân phải ngồi xổm mới dễ chịu.
- Hồi hộp.
- Các biểu hiện về phổi:
 - + Ho và tính chất của ho.
 - + Khó thở, ngoài gắng sức có thể thường xuyên hay kịch phát như phù phổi hay hen tim.
 - + Đau kiểu đau cạnh sườn đột ngột, gia tăng khi gắng sức.
 - + Ho ra máu.
 - + Viêm phế quản tái diễn.
- Các biểu hiện gợi ý tắc mạch ngoại biên:
 - + Liệt nửa thân có thoái triển ít nhiều.
 - + Đau bụng cấp
 - + Mù đột ngột...
- Các dấu hiệu thực thể khác.

1.2. Nhìn

Người khám đứng cạnh giường, hoặc quan sát bệnh nhân từ dưới chân lên.

- Mỏm tim: bình thường mỏm tim đập ở khoảng liên sườn 4 bên trái, trên đường qua giữa xương đòn. Khi thất trái giãn to diện đập của mỏm tim to

hơn. Thất phải to biểu hiện qua các nhịp đập ở mũi ức, vì thất phải to xuống dưới và thất trái to sang bên trái.

- Biến dạng của lồng ngực và vùng trước tim: nếu người bệnh đã có tim to từ nhỏ thì lồng ngực có thể bị biến dạng, nhô ra phía trước.
- Lồng ngực và cột sống: gù, vẹo có thể là nguyên nhân của tâm phế mạn tính, vì gây hạn chế thông khí. Viêm cột sống dính khớp có thể là một bệnh liên quan tới hở van động mạch chủ.

1.3. Sờ

Sờ vùng trước tim: thầy thuốc ở bên phải bệnh nhân. Người bệnh nằm ngửa làm một góc chên 30° so với mặt giường và hơi nghiêng sang trái. Bàn tay thầy thuốc áp lên vùng trước tim, ngón tay trỏ và ngón giữa xác định vị trí và diện đập của mỏm tim. Cũng như với nhìn, mỏm tim đập bình thường ở liên sườn 4 bên trái, vị trí cắt giữa liên sườn 4 với đường giữa xương đòn trái.

Biên độ đập tăng, khi tim bóp mạnh, thể tích máu tổng tăng hơn bình thường, gặp trong cường giao cảm, trong bệnh Basedow, ở người có hở van động mạch chủ. Biên độ khó xác định khi: thành ngực dày, giãn phế nang, tràn dịch màng ngoài tim, hoặc khi tim đập yếu. Diện đập của mỏm tim bình thường có đường kính khoảng 1-2 cm, khi thất trái giãn diện đập to hơn và mỏm tim đập xuống dưới thấp hơn liên sườn 4, chệch sang trái, về phía đường nách. Trong hở nặng van động mạch chủ, mỏm tim thường đập ở thấp sang trái, đập mạnh, dội vào lòng bàn tay lúc tâm thu. Có thể sờ thấy rung miu, một biểu hiện qua xúc giác của dòng máu xoáy mạnh khi qua các buồng tim hoặc các mạch máu lớn, gây ra những xung động ở các cấu trúc tim mạch, truyền tới tay ra, rung miu tâm thu vùng mỏm tim hay gặp trong hở van hai lá, vùng ổ van động mạch chủ trong hẹp van động mạch chủ, vùng liên sườn 3 trái hoặc giữa tim trong thông liên thất, liên sườn 2 trái trong hẹp van động mạch phổi. Rung miu tâm trương ở mỏm tim thường thấy trong hẹp van hai lá; rung miu liên tục, mạnh lên vào cuối tâm thu, gặp trong còn ống động mạch. Trong giãn thất phải, lúc tâm thu tim đập rõ ở vùng cạnh ức trái và vùng mũi ức, dùng 1 hoặc 2 ngón tay có thể thấy thất phải đập (dấu hiệu Hartzler).

1.4. Gõ

Gõ tim giúp xác định vị trí tim, kích thước tim trên lồng ngực, xác định tình trạng giãn phế nang hoặc tràn dịch màng phổi làm tim bị đẩy khỏi vị trí bình thường và sang bên phải. Gõ từ khoảng liên sườn 2 trái và phải xuống, từ đường nách trước vào phía xương ức, từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong: bình thường diện đục của tim bên phải lồng ngực không vượt quá bờ phải xương ức, và vùng đục xa nhất bên trái không vượt qua đường giữa xương đòn trái. Diện đục của tim khi gõ nhỏ hơn bóng tim trên X quang, vì bóng tim là hình chiếu và diện đục là do tiếp xúc giữa nội tạng và thành ngực.

1.5. Nghe

Nghe tim là phần quan trọng không thể thiếu được trong khám tim. Nghe tim đòi hỏi phân tích các hiện tượng âm học thu nhận được từ ống nghe và sự hiểu biết cơ chế các hiện tượng đó về mặt sinh lý bệnh cũng như vật lý.

1.5.1. Ống nghe

Dây ống nghe bằng cao su nên dài khoảng 30cm, đường kính 3-4mm, vách đủ dày để ngăn các tạp âm từ ngoài vào, loa nghe loại màng trống truyền được tốt các tiếng có tần số cao như T_1 và T_2 , clic tâm thu, các tiếng thổi có tần số cao như thổi tâm trương, loa không có màng trống truyền được tốt các tiếng có tần số thấp như rung tâm trương. Loa nghe phải được áp sát lồng ngực vừa đủ để không có chỗ hở, nhưng lại không được áp mạnh quá, nhất là đối với loại không có màng, vì lúc đó da người bệnh trở thành một loại màng, nên cho qua cả các âm thanh có tần số cao.

1.5.2. Bệnh nhân

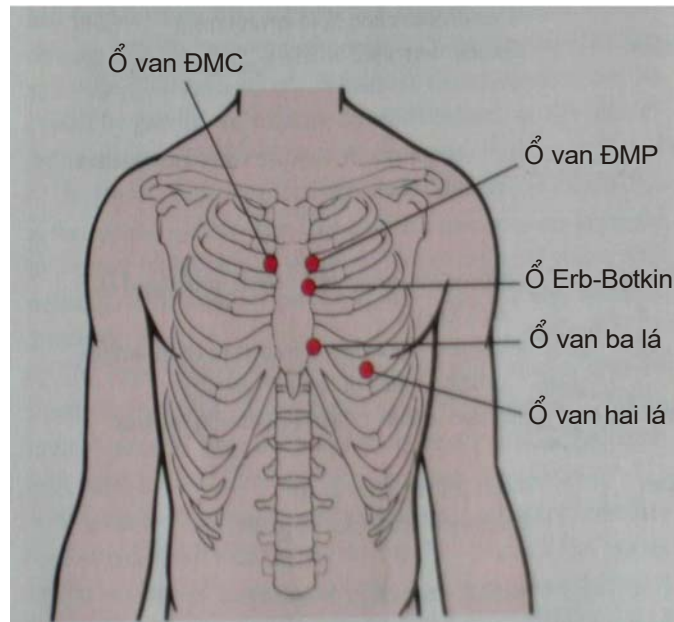
Bệnh nhân ở tư thế thoải mái, cởi áo vừa đủ để nghe được dễ dàng. Buồng khám yên tĩnh. Thầy thuốc ở phía bên phải người bệnh, người bệnh có thể ở tư thế nằm ngửa, nghiêng trái hay ngồi. Một số nghiệm pháp có thể được sử dụng: nín thở, cúi xuống phía trước, chạy tại chỗ, dùng một số thuốc làm thay đổi vận mạch và nhịp tim.

1.5.3. Các ổ nghe tim (hình 1.1)

Trên lồng ngực có những vị trí nhận được sóng dội lại mạnh nhất tạo ra bởi các van tim trong chu chuyển tim. Các ổ nghe không phải là hình chiếu lên thành ngực của các van tim mà là nơi các sóng âm dội lại mạnh nhất lên thành ngực từ các van tim tương ứng. Ở người bình thường, ổ van hai lá ở vị trí mỏm tim liên sườn 4-5 trái, đường qua giữa xương đòn trái; ổ van ba lá ở vùng sụn sườn 6, sát bờ trái xương ức. Trong bệnh hở van động mạch chủ, tiếng thổi tâm trương nghe rõ ở liên sườn 3 trái, dọc bờ trái xương ức gọi là ổ Erb-Botkin.

1.5.4. Trình tự nghe

Đầu tiên nghe ở mỏm tim, sau đó chuyển dịch loa nghe vào vùng trong mỏm, ổ van ba lá, rồi chuyển dọc theo bờ trái xương ức tới ổ van động mạch phổi, rồi chuyển sang ổ van động mạch chủ, ở mỗi ổ nghe, ta phân tích tiếng T_1 và T_2 về cường độ, âm độ, âm sắc, sự thay đổi tiếng theo hô hấp, hiện tượng tách đôi nếu có. Nếu có tạp âm như: tiếng thổi, tiếng rung, tiếng cọ, ta sẽ tìm vị trí của tiếng đó trong chu chuyển tim: tâm thu, tâm trương. Để xác định tâm thu hay tâm trương: tâm thu tương ứng với lúc mạch nảy, tương đối chính xác, nhất là mạch cảnh và tâm trương ứng với lúc mạch chìm.



Hình 1.1. Các vị trí nghe tim trên lồng ngực
(Fundamental of Nursing, Ruth F. Craven and Constance J. Hirnle, 2000)

1.5.5. Trình tự phân tích các tiếng tim

Sau khi nghe tim, phải phân tích các tiếng tim theo trình tự sau đây:

- Nhịp tim: đều hay không đều, nếu không đều thì do hô hấp hay do tim.
- Các tiếng bất thường, có thể là sinh lý hoặc bệnh lý:

- + Tiếng tách đôi (T_1 , T_2), tiếng clic, tiếng clac mở.

- + Tiếng thổi, tiếng rung, tiếng cọ. Phân tích theo trình tự sau đây:

- * Vị trí trong chu chuyển tim: tâm thu, tâm trương, hay liên tục

- * Cường độ: theo Freeman và Levine (1993), có 6 mức độ của tiếng thổi:

Độ 1: Tiếng thổi nhỏ, chú ý mới nghe được.

Độ 2: Nghe được tiếng thổi ngay khi đặt ống nghe, nhưng cường độ nhẹ.

Độ 3: Nghe rõ, nhưng sờ tay vào ổ nghe không thấy rung miu.

Độ 4: Tiếng thổi mạnh, có rung miu.

Độ 5: Rất mạnh, có rung miu. Nhưng khi đặt loa ống nghe tách khỏi lồng ngực thì không nghe thấy nữa.

Độ 6: Rất mạnh, có rung miu và khi đặt loa ống nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet vẫn còn nghe thấy tiếng thổi.

* Âm độ: tiếng có âm độ cao hay thấp. Trong hở van hai lá, tiếng thổi có âm độ thấp, còn tiếng thổi tâm trương trong hở van động mạch chủ có âm độ cao.

* Âm sắc: âm sắc tạo ra bởi các sóng có tần số và biên độ khác nhau. Âm sắc thô ráp gặp trong cọ màng tim, âm sắc như hơi nước phụt trong hở hai lá do thấp tim, thông liên thất và như tiếng gió rít trong một số trường hợp hở van động mạch chủ do thấp tim gây sa van động mạch chủ vào thất trái.

* Hướng lan: tiếng cọ màng ngoài tim khu trú, còn các tiếng thổi lan theo hướng đi của dòng máu xoáy đã tạo ra nó: lan từ mỏm tim ra nách và sau lưng trong hở van hai lá, vì luồng máu phụt từ thất trái lên nhĩ trái, ở trên và sau thất, tiếng thổi tâm thu do hẹp van động mạch chủ lan từ liên sườn 2 phải lên động mạch cổ; ngược lại trong hở van động mạch chủ, tiếng thổi tâm trương lan từ liên sườn 3 trái xuống mỏm tim.

1.5.6. Các nghiệm pháp được sử dụng khi nghe tim

1.5.6.1. Thay đổi tư thế người bệnh

- Nằm nghiêng sang trái, đặt ống nghe mỏm tim và dịch ra phía ngoài để nghe rõ tiếng T_1 , tiếng rung tâm trương, hoặc thổi tâm thu, trong tổn thương van hai lá.
- Ngồi dậy, cúi xuống phía trước, thở ra rồi nín thở, nghe rõ tiếng thổi tâm trương.
- Đứng dậy có thể làm mất tiếng T_3 sinh lý.
- Giơ cao hai chân, làm một góc 45° với mặt giường, làm tăng lượng máu về tim phải và rõ hơn các tiếng thổi xuất phát từ tim phải.

1.5.6.2. Thay đổi theo hô hấp

Bình thường thời gian tổng máu của thất phải dài hơn của thất trái và van động mạch phổi đóng muộn hơn động mạch chủ. Khi ta hít vào, máu từ ngoại vi được hút về tim phải nhiều hơn do tăng áp lực âm tính trong ổ màng phổi, cho nên van động mạch phổi càng đóng muộn hơn và ta nghe thấy tiếng T_2 tách đôi. Khi thở ra, hoặc khi làm nghiệm pháp Valsalva không thấy rõ T_2 tách đôi nữa. Trong trường hợp tiếng thổi xuất phát do hở van ba lá, hở van động mạch phổi..., khi hít vào do tăng lượng máu về tim phải nên sẽ tăng cường độ và tăng âm độ tiếng thổi đó (nghiệm pháp Riveocarvalho hay là dấu hiệu Riverocarvalho: trong hở van ba lá: tiếng thổi tâm thu mạnh lên khi hít vào).

1.5.6.3. Thay đổi do gắng sức

Người bệnh làm một số động tác tại chỗ nếu không có chống chỉ định: đứng lên, ngồi xuống, chạy tại chỗ... sẽ làm tăng huyết áp và cung lượng thất trái và nghe tim sau gắng sức có thể thấy các tiếng thổi xuất phát từ tim trái tăng cường độ và âm độ.

1.5.6.4. Các nghiệm pháp được động học

Dùng một số thuốc làm thay đổi sức cản ngoại vi: methoxamin làm co mạch; trinitrin làm giãn mạch. Đối với các tiếng thổi tâm trương trong hở van

động mạch chủ, thổi tâm thu trong hở van hai lá, các thuốc gây co mạch làm mạnh lên. Ngược lại các thuốc gây giãn mạch làm mạnh lên, các thuốc co mạch làm yếu đi các tiếng thổi tổng máu như thổi tâm thu trong hẹp van động mạch chủ.

2. CÁC TIẾNG TIM

2.1. Tiếng tim bình thường

Bình thường nghe được hai tiếng tim đối với một chu chuyển tim T_1 và T_2 .

- Tiếng thứ nhất (T_1)

T_1 : tần số thấp do đó có âm độ trầm, thời gian: 0,10-0,12 giây, do đóng van hai lá và đóng van ba lá.

- Tiếng thứ hai (T_2)

T_2 : tần số cao hơn T_1 thời gian ngắn hơn 0,05-0,10 giây. T_2 là do đóng van động mạch chủ và động mạch phổi, nghe rõ nhất ở đáy tim, vùng liên sườn hai trái và phải.

- Tiếng thứ ba T_3 : tiếng đầu tâm trương vào lúc đây thất nhanh, đến sau T_2 . T_3 nghe trầm, rõ ở mỏm tim. T_3 sinh lý gặp ở người trẻ tuổi và ít gặp ở người lớn tuổi. Mất đi khi đứng, do giảm lượng máu về tim, còn T_3 bệnh lý không mất đi (ngựa phi). T_3 được giải thích do thất trái giãn căng đột ngột khi có máu ào về ở đầu thời kỳ tâm trương, làm rung các cấu trúc trong thất: van, dây chằng, cột cơ.

2.2. Tiếng T_1 và T_2 bất thường

2.2.1. Thay đổi của T_1 về cường độ

- Tăng cường độ: T_1 mạnh lên trong cường giao cảm, tăng cung lượng tim do gắng sức, cường tuyến giáp, thiếu máu.
- Giảm cường độ: khi chức năng thất trái giảm nhiều (nhồi máu cơ tim diện rộng, suy tim nặng), khi có hẹp van động mạch chủ nặng, lồng ngực dày, giãn phế nang, tràn dịch màng ngoài tim.

2.2.2. Thay đổi T_2 về cường độ

- Tăng cường độ: T_2 chủ mạnh lên trong tăng huyết áp (nghe rõ ở liên sườn 2 và mỏm tim), cường giao cảm, cung lượng tim tăng, lượng máu qua động mạch chủ (Fallot 4, thân động mạch chung, teo động mạch phổi có thông liên thất), T_2 mạnh lên trong tăng áp lực phổi do nhiều nguyên nhân.
- T_2 giảm cường độ: chủ yếu trong hẹp khít van động mạch chủ, sốc, trong giảm cung lượng tim. Cường độ T_2 giảm trong hẹp van và hẹp phễu van động mạch phổi, trong tứ chứng Fallot.

- T2 tách đôi: khi van động mạch chủ và van động mạch phổi đóng xa nhau quá 0,03 giây. Có thể do sinh lý hoặc bệnh lý. Trên lâm sàng nghe được tiếng T2 tách đôi. T2 tách đôi sinh lý thường gặp ở người trẻ, rõ khi hít vào.

2.3. Các tiếng bất thường khác

Các tiếng tim bất thường trong thời kỳ tâm thu: xuất hiện giữa T1 và T2. Đặc điểm về âm học: ngắn, gọn, tần số cao. Gọi là tiếng clic tâm thu.

- Tiếng clic phụt: do thành động mạch chủ hoặc động mạch phổi giãn căng đột ngột khi máu được bóp lên động mạch ở đầu thời kỳ tâm thu, hoặc do mở van động mạch phổi, van động mạch chủ đã bị xơ dày, bị hẹp. Tiếng clic phụt ở tim trái nghe rõ ở đáy và mỏm tim, không thay đổi theo hô hấp; ngược lại tiếng clic ở tim phải nghe rõ ở ổ van động mạch phổi và thay đổi theo hô hấp, yếu hoặc mất đi khi hít vào.
- Clac mở van hai lá: gặp trong hẹp van hai lá, xuất hiện đầu thời kỳ tâm trương vào khoảng 0,04-0,12 giây sau T₂, nghe gọn, danh, rõ nhất ở vùng trong mỏm. Tiếng clac mở là do áp lực nhĩ trái cao, làm mở van hai lá vốn đã có tổn thương xơ dính nhưng chưa cứng đờ. Tiếng clac mở van hai lá không thay đổi theo hô hấp.
- Clac mở van ba lá: cơ chế phát sinh cũng như đối với clac mở van hai lá. Nghe rõ ở ổ van ba lá, nhưng dễ nhầm với clac mở van hai lá, vì tổn thương ba lá thường kèm theo tổn thương van hai lá. Nhưng clac mở van ba lá mạnh lên khi hít vào sâu.
- Tiếng ngựa phi (trong trường hợp tổn thương cơ tim nặng). Tiếng ngựa phi có thể xuất hiện ở thất trái hoặc thất phải và do thay đổi đột ngột thể tích thất khi máu từ nhĩ đổ về. Ngựa phi có tần số thấp, nghe rõ ở mỏm tim hoặc trong mỏm.
- Các tiếng do van nhân tạo gây ra: tùy theo từng loại van, các tiếng tim được gây ra có những đặc điểm riêng.
- Tiếng đại bác: xen lẫn tiếng T₁ nhỏ hoặc bình thường thỉnh thoảng xuất hiện T₁ mạnh, gọn là tiếng đại bác: đó là T₁ xuất hiện sau một khoảng PR ngắn, dưới 0,10 giây, khi đó van nhĩ -thất đóng lại ngay sau khi vừa mở ra hết tâm nhĩ thu.
- Tiếng cọ màng ngoài tim: do lá thành và lá tạng của màng ngoài tim không còn nhẵn vì bị viêm, phù, nhiều sợi huyết, nên trong chu chuyển tim đã tạo ra tiếng sột soạt thô ráp, như hai miếng giấy ráp sát vào nhau. Đặc điểm: thô ráp và theo nhịp tim.

2.4. Các tiếng thổi ở tim

Tiếng thổi xuất hiện khi có dòng máu xoáy mạnh và thời gian di chuyển có xoáy mạnh kéo dài trên 0,15 giây.

Cường độ và tần số của tiếng thổi liên quan đến tốc độ và chênh áp của dòng máu giữa vị trí trước và sau khi có hiện tượng xoáy mạnh.

Trước đây, người ta phân loại các tiếng thổi theo quan điểm cơ thể bệnh của trường phái Pháp cổ điển thế kỷ XIX:

- Tiếng thổi do tổn thương các cấu trúc van tim.
- Tiếng thổi do giãn các buồng tim gây thay đổi hoạt động van (ví dụ: thổi tâm thu do hở van hai lá cơ năng, hậu quả của suy thất trái gây giãn van hai lá và giãn buồng tim).
- Tiếng thổi không do thay đổi giải phẫu: thiếu máu, cường giao cảm...

Ngày nay, người ta phân loại tiếng thổi theo sinh lý bệnh (Leatham 1953). Theo cách phân loại này, có các loại tiếng thổi sau đây:

- Tiếng thổi tổng máu, còn gọi là tiếng thổi phụt đi. Tiếng thổi tổng máu thuộc loại tâm thu.
- Tiếng thổi trào ngược, còn gọi là thổi phụt lại. Tiếng thổi phụt lại có thể là tâm thu, như trong hở van hai lá và tâm trương như trong hở van động mạch chủ, hở van động mạch phổi, hở van ba lá.

2.4.1. Thổi tâm thu

Các tiếng thổi tâm thu tổng máu xuất phát từ tim trái có những đặc điểm sau:

- Trong hẹp van động mạch chủ: thổi tâm thu mạnh nhất giữa tâm thu tại ổ van động mạch chủ, có rung miu tâm thu, lan lên cổ và xuống mỏm tim.
- Trong tình trạng cung lượng máu tăng tốc độ tuần hoàn: thiếu máu, cường tuyến giáp, phình động mạch chủ, tăng thể tích máu bóp lên động mạch chủ trong hở van động mạch chủ: tuy không có vật cản cho dòng máu phụt đi, nhưng do tăng cung lượng máu, tăng tốc độ dòng máu, nên xoáy mạnh khi di chuyển, tạo ra tiếng thổi. Tiếng thổi có thể nhẹ hoặc mạnh, có rung miu.

Các tiếng thổi tâm thu tổng máu xuất phát từ tim phải có những đặc điểm sau:

- Trong hẹp van động mạch phổi: tiếng thổi tâm thu mạnh nhất giữa tâm thu, nghe rõ nhất tại ổ van động mạch phổi thường có rung miu tại chỗ.
- Trong hẹp các nhánh động mạch phổi: thổi tâm thu mạnh giữa tâm thu vùng ổ van động mạch phổi, lan ra hai nách một cách đối xứng.
- Hẹp vùng phễu động mạch phổi và thông liên thất: trong Fallot 4, tiếng thổi tâm thu rõ ở liên sườn 2-3 trái và do hẹp vùng phễu động mạch phổi chứ không phải do thông liên thất.

- Tăng cung lượng máu qua động mạch phổi: thiếu máu, cường giáp trạng, thông động mạch - tĩnh mạch. Đặc biệt, ta thường nghe thấy thổi tâm thu vùng ổ van động mạch phổi. Trong thông liên nhĩ, khoảng cách T_2 chủ và T_2 phổi không thay đổi theo hô hấp. Nếu có shunt lớn, lượng máu từ nhĩ trái sang nhĩ phải lớn, và lỗ van ba lá trở thành hẹp tương đối so với lượng máu đã tăng lên, ta có thể nghe được tiếng rung tâm trương ngắn ở ổ van ba lá, gọi là rung do tăng lưu lượng.

Các tiếng thổi tâm thu do máu trào ngược có những đặc điểm sau đây:

- Trong hở van hai lá: do van hai lá không đóng kín được lúc tâm thu, nên máu sẽ phụt ngược trở lại nhĩ trái, tiếng thổi bắt đầu ngay sau khi T_1 , kéo dài tới hoặc có khi vượt quá T_2 chủ, âm sắc thô, nghe như hơi nước phụt, rõ nhất ở mỏm tim, lan theo vùng nách ra sau lưng.
- Trong hở do sa van hai lá: xuất hiện tiếng clic giữa tâm thu, tiếp theo là thổi tâm thu: clic là do van hai lá bật vào nhĩ trái khi dây chằng kéo căng dưới tác dụng của áp lực trong thất trái lúc tâm thu, thổi tâm thu là do máu phụt từ thất lên nhĩ qua lỗ van hai lá hở.
- Trong hở van ba lá: trong phần lớn các trường hợp van ba lá hở cơ năng, nghĩa là van và các dây chằng thanh mảnh, mềm mại, nhưng vành van bị giãn do thất phải giãn to, phổ biến trong các trường hợp tăng áp lực trong thất phải. Tiếng thổi tâm thu trong hở van ba lá nghe rõ liên sườn 4-5 trái, sát bờ trái xương ức, yếu dần đi khi dịch ống nghe về phía mỏm tim, tiếng thổi mạnh lên khi hít vào và không nín thở (dấu hiệu Rivero Carvalho). Nếu đã có suy tim phải, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, ta có thể thấy gan và tĩnh mạch cổ đập theo nhịp tim.

2.4.2. Thổi tâm trương

- Hở van động mạch chủ

Tiếng thổi xuất hiện ngay sau T_2 chủ, có thể chỉ chiếm một phần đầu tâm trương nếu hở nhẹ, và kéo dài toàn tâm trương nếu là hở nặng. Trong hở nặng và cấp van động mạch chủ, thất trái bị suy nhanh chóng, nên áp lực cuối tâm trương trong thất tăng cao, cản máu từ động mạch chủ đổ về do hở van động mạch chủ thường nghe rõ ở liên sườn 3 trái, cạnh bờ trái ức dọc theo bờ trái xương ức xuống tới mỏm tim, êm dịu xa xăm như tiếng thổi hít vào. Muốn nghe rõ hơn tiếng thổi thổi ra này, ta để bệnh nhân ngồi, nín thở sau khi thổi ra, cúi về phía trước.

- Hở van động mạch phổi

Tiếng thổi tâm trương nghe rõ ở liên sườn 2 trái, xuất hiện ngay sau T_2 phổi, cảm giác tiếng thổi ở rất gần tai, và lan dọc theo bờ trái xương ức xuống trong mỏm tim, hít vào sâu có thể làm tăng cường độ tiếng thổi, vì đã làm tăng lượng máu đổ về tim phải. Hở van động mạch phổi với áp lực động mạch phổi thấp: sau phẫu thuật tách van động mạch phổi hẹp, hoặc phẫu thuật sửa hoàn toàn Fallot 4.

2.4.3. Rung tâm trương do máu từ nhĩ đổ về thất

- Trong bệnh hẹp van hai lá

Rung tâm trương rõ ở mỏm tim, nghe như tiếng vè dùi trống, không đều, thô và có thể mạnh, biểu hiện bằng rung miu khi sờ vùng mỏm tim. Tiếng rung tâm trương xảy ra sau T_2 , sau tiếng clac mở van hai lá, khác với tiếng thổi tâm trương xảy ra sau T_2 . Tiếng rung tâm trương giảm dần cường độ rồi tăng cường độ, âm độ, trở thành tiếng thổi tiên tâm thu, kết thúc bởi tiếng T_1 của chu chuyển sau. Tiếng rung tâm trương trong hẹp hai lá, cụ thể là dính hai mép van hai lá, do máu đi qua lỗ van hai lá bị hẹp nên tạo ra dòng xoáy từ nhĩ xuống thất, làm rung các cấu trúc tim trên đường đi của dòng xoáy.

- U nhầy nhĩ trái

U nhầy sa vào giữa lỗ van hai lá lúc tâm trương gây cản trở dòng máu từ nhĩ xuống thất, tạo ra tiếng rung tâm trương như trong hẹp van hai lá. Tiếng rung này thay đổi theo tư thế của bệnh nhân và không có clac mở van hai lá đi trước.

- Rung tâm trương ngắn do tăng lưu lượng máu từ nhĩ xuống thất.

Trong những trường hợp có nhiều máu ào về nhĩ trái hoặc phải như: hở van hai lá nặng, còn ống động mạch, thông liên thất.

- Hẹp van ba lá

Rung tâm trương nghe rõ ở trong mỏm tim, hít vào sâu tiếng rung tâm trương mạnh hơn lên.

- U nhầy nhĩ phải

Ít gặp hơn u nhầy nhĩ trái. Triệu chứng lâm sàng như trong hẹp van ba lá.

2.4.4. Thổi liên tục:

- Gặp trong còn ống động mạch: tiếng thổi liên tục mạnh nhất về giữa và cuối tâm thu, đầu tâm trương, rõ nhất ở liên sườn 1-2 trái, thường kèm theo rung miu.
- Rò chủ -phổi: thổi liên tục nghe rõ ở vị trí liên sườn 3 trái.
- Động mạch bàng hệ xuất phát từ động mạch chủ nối với hệ thống động mạch phổi trong bệnh teo động mạch có thông liên thất: thổi liên tục nhẹ, nghe ở hai bên lồng ngực và rõ nhất ở sau lưng.
- Rò động mạch vành vào các buồng tim phải: do khuyết tật bẩm sinh gây thổi liên tục ở thấp, vùng giữa tim, trong mỏm hoặc mũi ức.
- Vỡ túi phình xoang Valsalva vào nhĩ thất: do khuyết tật của mô thuộc lớp lá giữa vùng xoang Valsalva, van động mạch chủ, nên khi gặp điều kiện gây bệnh: gắng sức, nhiễm khuẩn tại xoang Valsalva, xoang có thể phình to và thủng, gây suy tim do tăng gánh tâm trương trong thất.
- Thổi liên tục ở tĩnh mạch: thổi liên tục ở nền cổ hoặc vùng dưới đòn, rõ nhất ở tư thế ngồi, đứng, mất đi khi quay cổ về bên đối diện với tiếng thổi, hoặc khi ta lấy ngón tay ấn vào tĩnh mạch cảnh ngoài, phía trên vị trí có tiếng thổi.

3. KHÁM ĐỘNG MẠCH

3.1. Bất mạch

3.1.1. Phân tích kết quả

- Đường kính động mạch to hay nhỏ
- Độ cứng hay mềm của động mạch
- Biên độ đập của mạch
- Tần số đập
- Nhịp độ có đều hay không?

3.1.2. Kết quả

- Mạch yếu hoặc mất mạch: do tắc, hẹp, phía trên hay ngay tại nơi bắt mạch. Các nguyên nhân thường gặp gây mạch yếu hoặc mất mạch:
 - + Viêm tắc động mạch.
 - + Viêm toàn bộ các lớp của động mạch (bệnh Takaysu).
 - + Hẹp eo động mạch chủ: mạch chi dưới yếu, mạch chi trên mạnh, huyết áp chi dưới thấp, chi trên cao.
- Mạch nảy mạnh: thường gặp trong hở van động mạch chủ: mạch nảy mạnh chìm sâu, và huyết áp tâm thu cao so với huyết áp tâm trương thấp (mạch Corrigan).
- Mạch không đều: ngoại tâm thu hoặc nhĩ, rung nhĩ, bloc nhĩ -thất cấp 2. Trong trường hợp mạch không đều, nghe tim mới giúp đếm mạch được chính xác, vì bất mạch có thể không thấy được những nhát bóp yếu của tim không truyền được tới mạch ngoại vi.
- Mạch cách: một nhịp mạch rõ xen kẽ một nhịp mạch yếu và khoảng cách giữa các nhát bóp tim vẫn đều nhau, tiếng tim không khác nhau giữa các nhát bóp.

Cơ chế: có thể do cơ tim bóp xen kẽ một nhát có nhiều với một nhát có ít nhóm cơ tham gia, gặp trong một số trường hợp viêm cơ tim, bệnh cơ tim tiên phát hoặc thứ phát.

+ Mạch nghịch lý: mạch yếu đi khi hít vào, rõ hơn khi thở ra.

Cơ chế: bình thường, khi hít vào, do tăng áp lực âm tính trong lồng ngực, máu được hút về tim phải nhiều hơn, ngược lại với khi thở ra, đồng thời với khi hít vào, do phế nang giãn căng hơn nên máu tĩnh mạch phổi ở vách phế nang bị ép và trở về tim trái ít hơn khi thở ra: như vậy, lượng máu về tim phải tăng lên sẽ bù vào lượng máu giảm ở tim trái, kết quả là khi hít vào, huyết áp giảm không đáng kể (dưới 10mmHg), mạch ngoại vi yếu đi không rõ rệt. Trong tràn dịch ngoài màng tim với lượng dịch lớn, áp lực

trong ổ màng ngoài tim cao bằng hoặc vượt áp lực trong buồng tim, khi hít vào, các buồng tim bên phải giãn ra chỉ làm cho các buồng tim trái nhận máu về khó khăn hơn, vì toàn bộ khối cơ tim bị dịch chèn ép. Kết quả là: hiện tượng sinh lý bình thường trở thành quá mức và xuất hiện mạch nghịch lý Kussmaul.

3.2. Đo huyết áp

Trên lâm sàng, đo huyết áp bằng máy thủy ngân hoặc dùng huyết áp kế đồng hồ.

Máy đo huyết áp: băng cuốn có bề rộng băng ít nhất 40% chu vi đoạn chi được đo huyết áp, nếu băng cuốn hẹp quá, số huyết áp đo được sẽ cao hơn thực tế. Bộ phận chứa hơi của băng cuốn ít nhất phải cuốn được 1/2 vòng của chi. Băng cuốn phải được áp vừa khít đoạn chi, bờ dưới băng cuốn cách nếp gấp khuỷu khoảng 2,5 cm và loa ống nghe đặt ở sát bờ dưới băng cuốn.

Tiến hành đo huyết áp:

- Đối với chi trên: bệnh nhân ngồi hoặc nằm thoải mái, cánh tay để ở ngang mức với tim, hơi gấp. Bơm nhanh cho huyết áp lên cao trên huyết áp tâm thu dự đoán khoảng 20-30 mmHg, sau đó xả dần cho áp lực xuống, với tốc độ không quá 3 mmHg/giây. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc mạch quay bắt đầu đập và khi đó người bệnh cũng có cảm giác có nhịp đập ở vị trí có băng cuốn. Huyết áp tâm trương không thấy được bằng cách sờ mạch, nhưng người bệnh có thể biết được khi bắt đầu không còn cảm giác mạch đập dưới băng cuốn nữa. Đo huyết áp bằng phương pháp này dựa vào tiếng đập Korotkoff. Có 5 giai đoạn của tiếng đập Korotkoff.
 - + Giai đoạn 1: tiếng đập đầu tiên, nhẹ, khi thả hơi dần xuống.
 - + Giai đoạn 2: tiếng thổi nhẹ, thay thế tiếng đập nhẹ.
 - + Giai đoạn 3: tiếng thổi mạnh hơn.
 - + Giai đoạn 4: tiếng thổi và đập yếu đi.
 - + Giai đoạn 5: mất tiếng đập.

Kết quả: huyết áp tâm thu: giai đoạn 1, huyết áp tâm trương: giai đoạn 5.

- Đối với chi dưới (động mạch đùi): người bệnh nằm sấp, băng cuốn của máy đo huyết áp phải rộng bản, khoảng 20 cm, loa ống nghe đặt trên hố khoeo chân, dưới bờ dưới của băng cuốn. Trình tự tiến hành đo huyết áp cũng như đối với chi trên.
- Động mạch chày sau: băng cuốn đặt quanh cẳng chân, bờ dưới băng cuốn ngay phía trên mắt cá chân, loa ống nghe đặt trên động mạch chày sau (bờ trong mắt cá).

Bình thường huyết áp tâm thu đo ở động mạch đùi cao hơn ở động mạch cánh tay khoảng 20 mmHg và huyết áp tâm trương tương tự ở động mạch cánh tay. Huyết áp ở cẳng chân tương tự ở động mạch cánh tay về con số tâm thu và tâm trương.

3.3. Khám động mạch chủ

Trên lâm sàng, ta chỉ sờ được động mạch chủ bụng khi người bệnh không béo quá và không có trứng bụng. Khám động mạch chủ phải kết hợp lâm sàng với X quang, chụp động mạch, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Lâm sàng của phình động mạch chủ bụng có các đặc điểm sau:

- Nguyên nhân: phần lớn các trường hợp là do vữa xơ động mạch chủ, sau đó nhiễm khuẩn, rối loạn dinh dưỡng vách động mạch.
- Một khối đập theo nhịp tim, ở mũi ức tới rốn, ấn đau và ấn mạnh có thể vỡ. Nghe trên khối đập có tiếng thổi tâm thu. Các xét nghiệm: X quang, chụp động mạch, cắt lớp điện toán và siêu âm giúp chẩn đoán.
- Ít khi người bệnh biết là có phình động mạch chủ, nhưng nếu đã có cảm giác đau bụng, đau vùng thắt lưng, thì phải nghĩ đến biến chứng nứt phình động mạch chủ, biến chứng phổ biến nhất.

3.4. Khám động mạch các chi

3.4.1. Viêm tắc động mạch chi dưới

- Hỏi bệnh:
 - + Đau cách hồi: xuất hiện đau ở chi dưới khi hoạt động, đi lại và hết đau khi nghỉ ngơi. Đau vùng bắp chân tương tự bị chuột rút, không lan. Có thể đánh giá mức độ tiến triển của hẹp động mạch chi dưới đã gây ra đau cách hồi bằng cách hỏi về mối liên quan giữa đau với hoạt động, đi lại như thế nào, ở thời điểm theo dõi bệnh.
 - + Đau khi nằm: thường là về đêm khi người bệnh nằm duỗi chân, khi đó phải ngồi dậy, cho chân thông xuống giường để đỡ đau. Đây là giai đoạn nặng của bệnh viêm tắc động mạch chi dưới.
- Khám:
 - + Bắt mạch: bắt mạch các chi đối xứng mạch quay, động mạch cánh tay, bẹn, mu chân, mắt cá trong, khoeo chân. Tìm hiểu độ đập và so sánh hai bên.
 - + Quan sát da: khi có viêm tắc động mạch tới giai đoạn đau liên tục các chi khi nghỉ ngơi, ta có thể thấy ở đoạn chi có triệu chứng đau, da lạnh hơn, tái, khô, rụng lông, loét, nhất là ở các ngón tay và gan bàn chân.
 - + Khám các động mạch một cách có hệ thống: viêm tắc động mạch chi dưới nhiều khi là do vữa xơ động mạch, cho nên ta không thể loại bỏ khả năng tổn thương do xơ vữa ở các động mạch khác nữa: động mạch vành, động mạch chủ, động mạch cảnh, hỏ và khám các biểu hiện bệnh lý liên quan tới các động mạch.
- Xét nghiệm: siêu âm động mạch, chụp động mạch, là những xét nghiệm hiện nay được coi là cần thiết, vì tác dụng giúp chẩn đoán vị trí viêm tắc.

Đo độ dao động động mạch là một xét nghiệm cũng được dùng để đánh giá biên độ của động mạch. Siêu âm Doppler giúp đánh giá được sự thay đổi ở mạch về tốc độ, sức cản của dòng máu và mạch máu.

3.4.2. Thiếu máu cấp chi dưới

Tắc nhánh lớn của động mạch: bắt đầu đột ngột, đau dữ dội, liên tục ở bàn chân, cẳng chân và có thể lan đến đùi.

- Khám: cẳng chân lạnh, tê bì và bất động. Mất mạch ở chi, mất phản xạ gân xương ở chi đó.
- Tắc nhánh động mạch ở đầu chi: do các mảng cholesterol hoặc vữa xơ vôi hoá vỡ ra từ các động mạch lớn làm tắc các nhánh động mạch nhỏ ở ngón chân.
- Triệu chứng:
 - + Đau dữ dội ở ngón chân, đỡ đau khi đặt thông chân xuống thấp.
 - + Ngón chân nhất là gan bàn chân, chuyển sang màu đỏ tím, có thể thấy hiện tượng này ở cả bờ trong và ngoài của bàn chân, gót chân, cơ bắp cẳng chân.
 - + Mạch mu chân và mắt cá trong vẫn còn, phản xạ gân xương còn.
- Nguyên nhân của thiếu máu cấp chi dưới:
 - + Tắc mạch do cục máu đông xuất phát từ tim trái: bệnh van hai lá, nhồi máu cơ tim, viêm nội mạc sùi loét, bệnh tim giãn, u nhầy nhĩ - thất trái.
 - + Tắc mạch do tổn thương động mạch: vữa xơ động mạch.
 - + Chấn thương động mạch: thông tim mạch, phẫu thuật động mạch.
 - + Trong bệnh tim bẩm sinh có thông luồng máu phải -trái, có thể có cục máu đông từ tim phải sang trái và gây tắc động mạch của hệ thống đại tuần hoàn.

4. CÁC BỆNH LÝ Ở TĨNH MẠCH VÀ CÁCH KHÁM

4.1. Tắc tĩnh mạch

Thường gặp trong:

- Phẫu thuật: đặc biệt là ở vùng tiểu khung, và các phẫu thuật đòi hỏi phải nằm lâu.
- Chửa đẻ: tháng thứ 3 của thai nghén và tuần thứ 2 sau đẻ.
- Các bệnh nội khoa:
 - + Các bệnh van tim như hẹp hai lá, bệnh cơ tim giãn, suy mạch vành có suy tim, ung thư các loại, các bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt là ở người già.
 - + Một số thuốc: hormon thượng thận, thuốc tránh thai.
 - + Các thủ thuật đặt các ống thông, đặt các điện cực vào tĩnh mạch.

4.2. Viêm tắc tĩnh mạch

Lâm sàng:

- Biểu hiện viêm tắc tĩnh mạch thường ở một chi.
- Bệnh nhân kêu đau ở bắp chân, có khi ở đùi, đau tự nhiên và tăng lên khi vận động chi, gấp bàn chân.
- Có sưng nóng đỏ tại chỗ.
- Tĩnh mạch nông giãn, nổi lên rõ, có thể thấy ở mu bàn chân.
- Sốt khoảng 38-38,5⁰C, mạch tăng dần, người mệt mỏi, ra nhiều mồ hôi.
- Khi bệnh đã toàn phát, phù chân rõ rệt, phù trắng, ấn lõm ít, khớp gối có thể có nước. Viêm tắc tĩnh mạch có thể phát triển lên cao, tới tĩnh mạch chủ dưới hoặc tĩnh mạch chủ trên, có thể ở nông hoặc sâu:
 - + Tĩnh mạch chậu đùi: phù từ đùi trở xuống.
 - + Tĩnh mạch chậu: phù một bên bộ phận sinh dục. Thăm dò hậu môn hoặc âm đạo thấy đau. Ngoài ra có đái rắt, buốt, bí đái, đau quặn và mót rặn, có khi trướng bụng.
 - + Tĩnh mạch chủ dưới: phù cả hai chi dưới, vùng thắt lưng, bộ phận sinh dục ngoài, tĩnh mạch vùng thành bụng nổi rõ.
 - + Tĩnh mạch chủ trên: thường là do đặt ống thông tĩnh mạch hoặc do khối u chèn ép. Phù một nửa trên người hoặc toàn bộ (phù áo khoác). Tĩnh mạch bàng hệ nổi rõ ở nửa trên người, phù cổ, mi mắt, hay có nhức đầu khi cúi xuống.
 - + Tĩnh mạch nông: tĩnh mạch nổi rõ, ngoằn ngoèo, ở dưới da, hay loét và vỡ.
- Xét nghiệm:
 - + Siêu âm Doppler tĩnh mạch: giúp đánh giá được tốc độ dòng máu tĩnh mạch, chẩn đoán xác định tắc tĩnh mạch, vị trí tắc, mức độ tắc và tình trạng mạch bàng hệ.
 - + Chụp tĩnh mạch bằng chất cản quang xác định bệnh được rõ ràng, biết được dị tật tĩnh mạch nếu có và cả có mặt của các cục máu đông di động nếu có.
- Di chứng viêm tắc tĩnh mạch: viêm tắc tĩnh mạch có thể khỏi hẳn nếu cục máu đông tan đi, nhưng nếu tĩnh mạch bị tắc hẳn thì khó tránh khỏi di chứng: phù kéo dài, phù nhẹ ở chi, có tĩnh mạch bàng hệ, có rối loạn dinh dưỡng ở da: da sạm màu, do sắc tố hồng cầu để lại và có thể có loét chi.

4.3. Giãn tĩnh mạch chi dưới

Do tổn thương vách tĩnh mạch, các tĩnh mạch ở chi dưới có thể bị giãn. Các van tổ chim của tĩnh mạch bị hở, nên máu bị dồn ngược trở về, làm giãn tĩnh

mạch; áp lực trong tĩnh mạch tăng cao có thể gây thoát quản huyết tương và phù, thoát hồng cầu gây xuất huyết và sau đó là tình trạng rối loạn dinh dưỡng.

Giãn tĩnh mạch ở sâu. Khi đã có tổn thương mạch gây giãn, ở tư thế đứng hoặc khi hoạt động, các cơ chi dưới không giữ được cho máu khỏi dồn xuống, khác với trường hợp bình thường.

- Lâm sàng: các triệu chứng cơ năng kín đáo, cảm giác thường là: nặng chân, hạn chế đi lại. Khi khám đường đi của tĩnh mạch, ta có thể thấy:
 - + Giãn tĩnh mạch hiển trong, rõ ở mặt trong chi, từ tam giác Scarpa trở xuống.
 - + Giãn tĩnh mạch hiển ngoài, thường rõ ở mặt ngoài và sau chi.
 - + Đôi khi có giãn tĩnh mạch theo đường đi bất thường: mặt bên đùi và cẳng chân.
 - + Thường hay giãn đối xứng ở hai chi.
- Khi sờ đường tĩnh mạch giãn:
 - + Hiện tượng tĩnh mạch giãn bị xẹp do làm nghiệm pháp Schwartz: bàn tay đặt phía dưới chi chặn không cho máu tĩnh mạch trở về tim, bàn tay đặt phía trên ép mạnh đột ngột lên bó tĩnh mạch giãn: nếu có giãn tĩnh mạch, bó tĩnh mạch giãn căng hơn (dấu hiệu hỏ van tổ chim của tĩnh mạch).
 - + Hiện tượng tĩnh mạch đẩy máu ngược dòng: nghiệm pháp Brodie Trendelenburg: buộc dây thắt ở các vị trí chi dưới ở tư thế nằm, ở vị trí cao nhất nghĩa là gốc chi. Sau đó, để bệnh nhân đứng dậy và cởi dây thắt: nếu bị suy lỗ van tĩnh mạch hiển trong thì các tĩnh mạch bị giãn sẽ làm đầy rất nhanh từ trên xuống dưới.
- Xét nghiệm:
 - + Siêu âm Doppler tĩnh mạch: tìm hiện tượng hỏ van tổ chim, tắc tĩnh mạch.
 - + Chụp tĩnh mạch: chỉ chụp khi ta muốn xác định là có tắc tĩnh mạch ở sâu không.

4.4. Phình động - tĩnh mạch

Có thể gặp, chú ý vùng bẹn.

4.5. Rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch

Với biểu hiện mạn tính: phù, viêm mô dưới da, loét chân.

5. CÁC TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN VẬN MẠCH Ở ĐẦU CHI

Các hội chứng rối loạn vận mạch ở đầu chi có thể là biểu hiện cơ năng, hoặc là do tổn thương thực thể ở vách các mạch máu ở da, dưới da. Các biểu hiện có thể tạm thời, nhưng cũng có khi kéo dài.

5.1. Hiện tượng Raynaud

Người ta coi hiện tượng Raynaud là một cơn rối loạn vận mạch xảy ra khi bệnh nhân tiếp xúc với lạnh, biểu hiện ở các ngón tay và bàn tay, đôi khi cả ở các ngón chân, mũi và tai. Hiện tượng này diễn biến theo 3 giai đoạn với trình tự sau đây:

- Giai đoạn trắng nhợt: do co thắt tiểu động mạch và co thắt cơ trơn tiền mao quản, nên mạng lưới mao quản không nhận được máu tới: các đầu ngón tay, đặc biệt là hai đốt xa, trắng nhợt, lạnh và tê bì.
- Giai đoạn xanh tím: do các tiểu tĩnh mạch bị ứ trệ vì không có lực đẩy máu tại các mao quản, nên các đầu ngón xanh tím, đau tức.
- Giai đoạn đỏ: do mở các cơ trơn tiền mao quản và giãn các tiểu động mạch, máu ào về mạng lưới mao quản, các đầu ngón trở nên nóng đỏ.

Hiện tượng Raynaud có thể đối xứng ở hai chi.

Trong bệnh Raynaud, 80% là phụ nữ xuất hiện triệu chứng từ tuổi trẻ. Bệnh nhân thường có rối loạn thần kinh thực vật, nhức đầu. Biểu hiện ở hai chi đối xứng, thường ở 4 ngón tay, trừ ngón cái. Ở thể nặng, có thể có rối loạn dinh dưỡng. Ngón tay xơ cứng, hoại tử từng phần.

Hiện tượng Raynaud có thể không đối xứng, chỉ ở một chi, hoặc hai chi cùng bên người: thường do các nguyên nhân sau:

- + Tắc một động mạch ở xa do vữa xơ động mạch, hoặc do viêm, do lấp quản.
- + Chèn ép bó mạch thần kinh trong hội chứng chèn ép rãnh lồng ngực - cánh tay: rối loạn vận mạch kèm theo tê bì, đau chi trên. Có thể thấy huyết áp bên tổn thương thấp hơn bên lành.

Nghiệm pháp Allen dương tính: bệnh nhân giơ cao hai tay cho tới khi hai bàn tay nhợt đi (khoảng 1-2 phút) rồi hạ xuống, sau đó thầy thuốc dùng ngón tay ép vào động mạch quay và động mạch trên cổ tay người bệnh: khi lần lượt bỏ từng ngón tay ra khỏi từng động mạch bị ép, quan xem các ngón tay có hồng trở lại không để xác định vị trí mạch bên nào tắc. Nguyên nhân có thể là chèn ép động mạch dưới đòn bởi mỏm ngang đốt sống cổ quá dài.

- + Bệnh nghề nghiệp: sử dụng lâu ngày một dụng cụ gây rung nhiều.
- + Chấn thương sau tai nạn hoặc phẫu thuật nơi khác trên cơ thể.

5.2. Hội chứng đỏ, nóng, đau đầu chi

Ngược lại hoàn toàn về triệu chứng với hiện tượng Raynaud do: giãn tiểu động mạch, hậu tiểu động mạch và mao quản, xảy ra do cơ thể bị tiếp xúc với nhiệt độ cao, hay thấy ở bàn chân hơn bàn tay và nặng lên khi chân buông thõng, bệnh giảm đi khi cơ thể tiếp xúc với nhiệt độ thấp, khi dùng thuốc aspirin.

5.3. Các hội chứng rối loạn vận mạch thường diễn

5.3.1. Tím đầu chi

- Hay gặp ở phụ nữ có rối loạn thần kinh thực vật.

- Nguyên nhân do tĩnh mạch giảm trương lực, làm cho máu tĩnh mạch ứ lại trong các tiểu tĩnh mạch, các mao quản và các mạch nối động mạch -tĩnh mạch, các nối này ở trong tình trạng mở, do tiểu động mạch cuối và cơ trơn tiền mao quản co lại.
- Các đầu ngón nhất là ở tay, thường xuyên tím, lạnh, nhóp nhép mồ hôi.
- Các nội tạng đều bình thường khi khám.

5.3.2. Mảng xanh tím

- Hiện tượng xanh tím như đã mô tả với tím đầu chi xuất hiện ở dưới da: thường gặp ở phụ nữ trẻ có rối loạn thần kinh thực vật, và hay thấy ở chi dưới (cẳng chân, bàn chân), có khi cả chi trên (bàn tay, cẳng tay). Bệnh nặng lên khi tiếp xúc với lạnh và ở tư thế thống chân.
- Nguyên nhân có thể do bệnh chất tạo keo, tắc động mạch do tăng cholesterol huyết thanh, một số thuốc điều trị bệnh Parkinson.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được kỹ thuật khám tim
2. Mô tả được các tiếng tim bình thường và các tiếng tim bất thường
3. Trình bày được các bệnh lý ở động mạch và tĩnh mạch
4. Các nghiệm pháp có thể được sử dụng khi nghe tim:
 - a. Thay đổi tư thế người bệnh
 - b. Thay đổi theo hô hấp
 - c. Thay đổi do gắng sức
 - d. Các nghiệm pháp được động học
 - e. Tất cả các phương pháp trên
5. Dấu hiệu lâm sàng khi viêm tắc tĩnh mạch ở chi, ngoại trừ:
 - a. Đau ở bắp chân, có khi ở đùi, đau tự nhiên
 - b. Đau tăng khi nghỉ ngơi
 - c. Có sưng nóng đỏ tại chỗ
 - d. Tĩnh mạch nông giãn, nổi lên rõ
 - e. Sốt khoảng 38-38,5°C

Bài 2

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp
2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng, các biến chứng của tăng huyết áp
3. Chẩn đoán được tăng huyết áp và các giai đoạn tăng huyết áp
4. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp

1. BỆNH HỌC TĂNG HUYẾT ÁP

1.1. Đại cương

Tăng huyết áp là một nguyên nhân thường gặp nhất khiến bệnh nhân đi khám và điều trị. Tại các quốc gia phát triển xuất hiện hàng loạt các yếu tố phổ biến gây tăng huyết áp như: béo phì, hút thuốc lá, ăn mặn, stress, đồng thời tuổi thọ ngày càng tăng tạo ra tỷ lệ nhiều người già bị tăng huyết áp. Tỷ lệ điều trị tốt cho tăng huyết áp tại Mỹ chỉ chiếm khoảng dưới 30%, cho dù đã có nhiều biện pháp khống chế tăng huyết áp. Tỷ lệ 2 bệnh liên quan đến tăng huyết áp ngày càng gia tăng đó là suy thận giai đoạn cuối và suy tim.

Tăng huyết áp là triệu chứng của nhiều bệnh, nhiều nguyên nhân gây nên nhưng cũng có thể đó là một bệnh tăng huyết áp. Ở các nước châu Âu-Bắc Mỹ tỷ lệ tăng huyết áp trong nhân dân chiếm 15-20% ở người lớn. Cụ thể như: Benin 14%, Thái Lan: 6,8%, Zaire: 14%, Chile: 19-21%, Portugaise: 30%, Hoa Kỳ: 6-8%. Ở Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp chung là 11% (Bộ Y Tế Việt Nam, 1989). Tỷ lệ này gia tăng đáng quan tâm vì trước 1975 tỷ lệ này ở miền Bắc Việt Nam chỉ có 1-3% (Đặng Văn Chung). Tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 1980 tỷ lệ tăng huyết áp trong số các bệnh nội khoa chỉ có 1% nhưng 10 năm sau, năm 1990, đã tăng đến 10%.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (OMS) một người lớn bị tăng huyết áp thực sự nếu huyết áp tâm thu trên hoặc bằng 160 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương trên hoặc bằng 95 mmHg. Được gọi là tăng huyết áp giới hạn khi huyết áp tâm thu từ 140-160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương từ 90-95 mmHg. Theo JNC-VI được gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tối đa lớn hơn hoặc bằng 140 mmHg và hoặc huyết áp tối thiểu lớn hơn hoặc bằng 90 mmHg.

1.2. Bệnh nguyên của tăng huyết áp

1.2.1. Tăng huyết áp nguyên phát

Thường chiếm tỷ lệ khá cao, theo tác giả Gifford-Weiss tỷ lệ tăng huyết áp nguyên phát chiếm đến 90%.

1.2.2. Tăng huyết áp thứ phát

- Bệnh thận: hay gặp là viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, thận đa nang, hẹp động mạch thận, u thận...
- Nội tiết:
 - + Bệnh vỏ tuyến thượng thận, hội chứng Cushing, hội chứng Cohn...
 - + Bệnh tuỷ thượng thận: u tuỷ thượng thận.
- Bệnh tim mạch: hẹp eo động mạch chủ, hẹp động mạch chủ bụng ở chỗ xuất phát của động mạch thận, hở van động mạch chủ.
- Do thuốc: các hormon ngừa thai, cam thảo, corticoid, các thuốc chống trầm cảm.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Các nguyên nhân khác: cường giáp, bệnh Beri-beri, bệnh đa hồng cầu, toan hô hấp...

1.2.3. Các yếu tố thuận lợi làm tăng huyết áp

- Yếu tố gia đình.
- Yếu tố tâm lý - xã hội.
- Yếu tố ăn uống: ăn nhiều muối, ăn ít protid, uống nhiều rượu, uống nước mềm ít Ca^{++} , Mg^{++} , K^+ . Trong đó nổi bật và được thừa nhận là sự liên quan giữa ion Na^+ và tần suất bệnh tăng huyết áp. Ion Na^+ làm tăng huyết áp qua trung gian gia tăng thể tích máu và nhất là qua sự co thắt mạch máu.

1.3. Cơ chế sinh bệnh của tăng huyết áp nguyên phát

Tăng huyết áp động mạch thường kèm theo những biến đổi về sinh lý bệnh liên quan đến hệ thần kinh giao cảm, thận, hệ renin-angiotensin và các cơ chế huyết động dịch thể khác.

1.3.1. Biến đổi về huyết động

- Tần số tim tăng, lưu lượng tim tăng dần, thời kỳ đầu có hiện tượng co mạch để phân bố lại máu lưu thông từ ngoại vi về tim phổi do đó sức cản mạch máu cũng tăng dần. Tim có những biểu hiện tăng hoạt động bù trừ và dẫn đến dày thất trái. Huyết áp và sức cản ngoại biên toàn bộ tăng dần. Lưu lượng tim và lưu lượng tâm thu càng giảm, cuối cùng đưa đến suy tim.

- Trong các biến đổi về huyết động, hệ thống động mạch thường bị tổn thương sớm cả toàn bộ. Trước kia người ta nghĩ chỉ có các tiểu động mạch bị biến đổi co mạch làm gia tăng sức cản ngoại biên. Hiện nay, người ta thấy các mạch máu lớn cũng có vai trò về huyết động học trong tăng huyết áp. Chức năng ít được biết đến của các động mạch lớn là làm giảm đi các xung động và lưu lượng máu do tim bóp ra. Do đó thông số về độ giãn động mạch, biểu thị tốt khả năng của các động mạch. Sự giảm thông số này cho thấy độ cứng của các động mạch lớn, là diễn biến của tăng huyết áp lên các động mạch và về lâu dài sẽ làm tăng công tim dẫn đến phì đại thất trái. Đồng thời việc gia tăng nhịp đập động mạch đưa đến sự tổn thương các cấu trúc đàn hồi sinh học của vách động mạch.
- Tại thận, tăng sức cản mạch thận, giảm lưu lượng máu tại thận, chức năng thận suy giảm tuy trong thời gian đầu tốc độ lọc cầu thận và hoạt động chung của thận vẫn còn duy trì.
- Tại não, lưu lượng vẫn giữ được thăng bằng trong một giới hạn nhất định ở thời kỳ có tăng huyết áp rõ.
- Khi huyết áp tăng, sức cản ngoại biên tăng và thể tích huyết tương có xu hướng giảm cho đến khi thận suy.

1.3.2. Biến đổi về thần kinh

Ở thời kỳ đầu ảnh hưởng của hệ giao cảm biểu hiện ở sự tăng tần số tim và sự tăng lưu lượng tim. Sự hoạt động của hệ thần kinh giao cảm còn biểu hiện ở lượng catecholamin trong huyết tương và dịch não tủy như adrenaline noradrenalin, tuy vậy nồng độ các chất này cũng rất thay đổi trong bệnh tăng huyết áp.

Hệ thần kinh tự động giao cảm được điều khiển bởi hệ thần kinh trung ương hành não -tủy sống và cả hai hệ này liên hệ nhau qua trung gian các thụ cảm áp lực. Trong tăng huyết áp các thụ cảm áp lực được điều chỉnh đến mức cao nhất và với ngưỡng nhạy cảm cao nhất.

1.3.3. Biến đổi về dịch thể

- Hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAA): hiện nay đã được chứng minh có vai trò quan trọng do ngoài tác dụng ngoại vi còn có tác dụng trung ương ở não gây tăng huyết áp qua các thụ thể angiotensin II. Có tác giả chia tăng huyết áp nguyên phát dựa vào nồng độ renin cao, thấp trong huyết tương, có sự tỷ lệ nghịch giữa nồng độ renin-angiotensin II trong huyết tương và tuổi.
- Angiotensin II được tổng hợp ở gan và dưới tác dụng renin sẽ tạo thành angiotensin I rồi chuyển thành angiotensin II là một chất co mạch rất mạnh và làm tăng tiết aldosteron. Sự phóng thích renin được điều khiển qua ba yếu tố:

- + Áp lực tưới máu thận
- + Lượng Na⁺ đến từ ống lượn xa
- + Hệ thần kinh giao cảm.
- Vasopressin (ADH): có vai trò khá rõ ràng trong cơ chế sinh bệnh tăng huyết áp, tác dụng ngoại vi co mạch.
- Chất prostaglandin: tác dụng trung ương làm tăng huyết áp, tác dụng ngoại vi làm giảm huyết áp.

1.3.4. Cơ chế sinh bệnh của tăng huyết áp thứ phát

Tùy vào nguyên nhân gây bệnh.

1.4. Triệu chứng tăng huyết áp

1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân có thể nhức đầu, mất ngủ, hoa mắt, tim đập mạnh tùy từng giai đoạn.
- Đo huyết áp phát hiện huyết áp tăng, có thể cả tối đa và hoặc tối thiểu.
- Tìm các dấu xơ vữa động mạch ở ngoại biên.
- Khám tim mạch có thể phát hiện được dấu hiệu dày thất trái: mỏm tim đập rộng, lệch khỏi vị trí bình thường hoặc phát hiện được dấu suy tim.
- Khám bụng có thể phát hiện được tiếng thổi tâm thu, nếu có hẹp động mạch chủ bụng, hay động mạch thận.
- Khám các dấu hiệu thần kinh để phát hiện các biến chứng của tăng huyết áp.
- Khám mắt để xác định mức độ thương tổn.

1.4.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm cần làm về máu:
 - + Bilan lipid máu.
 - + Đường máu.
 - + Công thức máu.
 - + Ure, creatinin.
- Đối với nước tiểu:
 - + Protein, tế bào vi trùng.
 - + Đường niệu.
- Một số các xét nghiệm khác:
 - + Soi đáy mắt.

- + Đo điện tâm đồ.
- + Chụp X quang tim phổi.
- + Siêu âm tim.
- + Chụp mạch thận.
- + Định lượng các hormon trong huyết thanh.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu bằng cách đo huyết áp theo đúng các quy trình. Tuy nhiên điều quan trọng là nên tổ chức những đợt khám sức khỏe để khám xét toàn diện nhằm phát hiện sớm những trường hợp tiềm tàng hoặc chưa có triệu chứng.

1.5.2. Chẩn đoán giai đoạn tăng huyết áp

Có hai cách phân giai đoạn, trong đó phân giai đoạn của TCYTTCG chi tiết và thích hợp hơn.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1996)

Chia làm 3 giai đoạn.

- Giai đoạn I: tăng huyết áp thật sự nhưng không có tổn thương thực thể các cơ quan.
- Giai đoạn II: có ít nhất một trong các biến đổi các cơ quan sau:
 - + Dày thất trái: phát hiện bằng lâm sàng, X quang, điện tim, siêu âm.
 - + Hẹp lan tỏa hay từng vùng các động mạch võng mạc (giai đoạn I và II đáy mắt của Keith-Wagener-Baker).
 - + Thận: abumin niệu vi thể, protein niệu, ure hoặc creatinin máu tăng nhẹ.
 - + Có hình ảnh mảng vữa xơ động mạch trên siêu âm hoặc X quang.
- Giai đoạn III: có dấu hiệu chức năng và thực thể do tổn thương các cơ quan đích:
 - + Tim: suy tim trái, cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim.
 - + Não: tai biến mạch não thoáng qua, xuất huyết não, tiểu não hoặc thân não. Bệnh não tăng huyết áp. Loạn thần do mạch não.
 - + Đáy mắt: xuất huyết võng mạc xuất tiết có hay không có phù gai thị (giai đoạn III và IV)/các dấu hiệu này là đặc biệt của giai đoạn ác tính (giai đoạn tiến triển nhanh).

Các biểu hiện khác thường gặp ở giai đoạn III nhưng không đặc hiệu của tăng huyết áp.

- + Thận: creatinin huyết tương tăng rõ, suy thận.
 - + Mạch máu: phồng tách, bít tắc động mạch, tắc động mạch ngoại biên.
- Tăng huyết áp ác tính hay tăng huyết áp tiến triển nhanh là một hội chứng gồm có:

- Huyết áp tối thiểu rất cao, trên 130 mmHg.
- Đáy mắt giai đoạn III và IV theo Keith-Weigener.
- Có biến chứng ở thận, tim, não.
- Bệnh nhân trẻ tuổi dưới 40.
- Tiến triển nhanh, tử vong trong vòng 2-3 năm.

Xếp loại THA theo Ủy ban Quốc gia Cộng lực Hoa Kỳ JNC VI (1997)

Bảng 2.1. Xếp loại THA theo JNC VI (1997)

Xếp loại	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Tối ưu	< 120	< 80
Bình thường	< 130	< 85
Bình thường cao	130 - 139	85 - 89
THA nhẹ (giai đoạn 1)	140 - 159	90 - 99
THA vừa (giai đoạn 2)	160 - 179	100 - 109
THA nặng (giai đoạn 3)	≥ 180	≥ 110

1.5.3. Phân loại tăng huyết áp

- Theo tính chất:
 - + Tăng huyết áp thường xuyên: tăng huyết áp lành tính và tăng huyết áp ác tính.
 - + Tăng huyết áp dao động, huyết áp có lúc cao, có lúc bình thường.
- Theo nguyên nhân:
 - + Tăng huyết áp nguyên phát (vô căn).
 - + Tăng huyết áp thứ phát.

1.6. Tiến triển và biến chứng

1.6.1. Tim mạch

Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính và là nguyên nhân gây tử vong cao nhất đối với tăng huyết áp. Dày thất trái là biến chứng sớm do dày cơ tim trái. Để đối phó sức cản ngoại biên nên gia tăng sức cơ bóp làm công tim tăng lên và vách cơ tim dày ra. Dần dần suy tim trái với khó thở khi gắng

sức, hen tim hoặc phù phổi cấp sau đó chuyển sang suy tim toàn bộ với phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. X quang và điện tim có dấu hiệu dày thất trái.

Suy mạch vành biểu hiện bằng các cơn đau thắt ngực điển hình hay chỉ có rối loạn nhịp. Điện tim có ST chênh xuống dưới đường đẳng điện ở các chuyển đạo trước tim, khi biến chứng nhồi máu sẽ xuất hiện sóng Q hoại tử.

1.6.2. Não

- Nhũn não.
- Xuất huyết não.
- Tai biến mạch não thoáng qua với các triệu chứng thần kinh khu trú chỉ kéo dài không quá 24 giờ.
- Bệnh não do tăng huyết áp với lú lẫn, hôn mê kèm theo co giật, nôn, nhức đầu dữ dội.

1.6.3. Thận

- Vữa xơ động mạch thận sớm và nhanh.
- Xơ thận gây tình trạng suy thận dần dần.
- Hoại tử dạng tơ huyết tiểu động mạch thận gây tăng huyết áp ác tính.
- Ở giai đoạn cuối thiếu máu cục bộ nặng ở thận sẽ dẫn đến nồng độ renin và angiotensin II trong máu gây cường aldosteron thứ phát.

1.6.4. Mạch máu

- Tăng huyết áp là yếu tố sinh vữa xơ động mạch, tạo điều kiện cho sự hình thành vữa xơ động mạch.
- Phòng động mạch chủ bóc tách.

1.6.5. Mắt

Khám mắt rất quan trọng vì đó là dấu hiệu tốt để tiên lượng. Theo Keith-Wagener-Barker có 4 giai đoạn tổn thương đáy mắt.

- Giai đoạn 1: tiểu động mạch cứng và bóng.
- Giai đoạn 2: tiểu động mạch hẹp có dấu bất chéo (dấu Gunn).
- Giai đoạn 3: xuất huyết và xuất tiết võng mạc.
- Giai đoạn 4: phù lan tỏa gai thị.

1.7. Điều trị

1.7.1. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tránh xúc động.
- Dùng thuốc hạ huyết áp, thuốc lợi tiểu và an thần.

- Chế độ ăn uống: dùng các chất dễ tiêu, hạn chế muối và tránh dùng các chất gây kích thích.
- Giải quyết nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát.
- Kiểm tra huyết áp thường xuyên để có thái độ xử trí kịp thời.

1.7.2. Áp dụng phác đồ điều trị theo cá nhân

- Điều trị không dùng thuốc:
 - + Giảm cân nặng.
 - + Hoạt động thể lực.
 - + Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ.
- + Điều trị dùng thuốc: sử dụng một trong các loại thuốc:
 - Lợi tiểu (Trourit, Hydrochlorothiasid)
 - Chẹn giao cảm alpha hoặc beta.
 - Ức chế calci.
 - Ức chế men chuyển, ức chế angiotensin II.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Nhận định tình hình

Tăng huyết áp thường là một bệnh mạn tính, tiến triển ngày càng nặng dần, nhiều biến chứng rất nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu chúng ta không điều trị và chăm sóc chu đáo. Vì vậy người điều dưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân cần phải nhẹ nhàng, ân cần và biết thông cảm.

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Trạng thái tinh thần của bệnh nhân: lo lắng, sợ hãi...
- Có biết bị tăng huyết áp không và thời gian bị tăng huyết áp?
- Thuốc và cách điều trị tăng huyết áp như thế nào?
- Đã bao giờ bị liệt hay bị yếu tay chân chưa?
- Có hay nhức đầu, mất ngủ hay nhìn có bị mờ không?
- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị bệnh thận trước đây không?
- Có bị sang chấn về thể chất hay tinh thần không?
- Tình trạng đi tiểu: số lượng và màu sắc?

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: mệt mỏi, tỉnh táo hay hôn mê
- Tuổi trẻ hay lớn tuổi.
- Tự đi lại được hay phải giúp đỡ.
- Bệnh nhân mập hay gầy.
- Tình trạng phù.
- Các dấu hiệu khác.

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

Quan trọng là đo dấu hiệu sống, trong đó huyết áp là dấu quan trọng nhất, đo huyết áp nhiều lần trong ngày. Phải chú ý đến cả huyết áp tối đa và tối thiểu. Ngoài ra cần chú ý các dấu chứng khác như: tình trạng suy tim, các dấu ngoại biên, số lượng nước tiểu, tình trạng phù...

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án cũ, các thuốc đã dùng và cách sử dụng thuốc.
- Thu thập thông tin qua gia đình.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua thu thập các nhu cầu ở bệnh nhân tăng huyết áp, thì một số chẩn đoán về điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân tăng huyết áp

- Nhức đầu do tình trạng tăng huyết áp.
- Mất ngủ do nhức đầu.
- Hoa mắt, chóng mặt do thiếu máu não.
- Nguy cơ nhồi máu cơ tim do tăng huyết áp.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác các dấu chứng trên giúp cho người điều dưỡng có được các chẩn đoán chăm sóc. Người điều dưỡng cần phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau tùy từng trường hợp cụ thể.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế đầu cao.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.

- Ăn đầy đủ năng lượng và nhiều hoa quả tươi.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự theo dõi các tác dụng phụ của thuốc.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Tình trạng tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: bilan lipid máu, điện tim, siêu âm, soi đáy mắt.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi làm tăng huyết áp cũng như cách phát hiện các dấu chứng tăng huyết áp, cách phòng, điều trị và theo dõi bệnh nhân tăng huyết áp.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân tăng huyết áp là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc tốt. Bệnh để lại di chứng rất nặng và có thể tử vong do những biến chứng của bệnh hoặc do tai biến điều trị.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ, tránh lao động trí óc căng thẳng, lo lắng quá độ, nên tập thể dục nhẹ, đi bộ thư giãn, bơi lội.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là tình trạng tăng huyết áp. Tùy theo từng trường hợp cụ thể để theo dõi có thể từ 15 phút cho đến 2 giờ đo một lần.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Ăn uống đủ năng lượng, nhiều sinh tố và hạn chế muối dưới 5g muối, hạn chế mỡ, các chất béo động vật, kiêng rượu, thuốc lá, chè đặc.
- Tránh các yếu tố kích thích cho bệnh nhân.
- Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. Áo quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc, như: các thuốc tiêm, thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, ure và creatinin máu, điện tim, protein niệu, soi đáy mắt, siêu âm tim và chụp X quang tim phổi.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng tổn thương mắt, thận và tim mạch.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra, đặc biệt chú ý các thuốc có thể gây hạ huyết áp tư thế đứng hay các thuốc hạ huyết áp mạnh.
- Các biến chứng của tăng huyết áp.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình về các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi làm tăng huyết áp

Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình cách phát hiện các dấu chứng tăng huyết áp, cách phòng, điều trị và theo dõi bệnh nhân tăng huyết áp.

- Dự phòng cấp I: Đối với những người chưa bị tăng huyết áp cần lưu ý vấn đề sinh hoạt hàng ngày nhất là các thói quen có hại sức khỏe phải khám định kỳ để phát hiện tăng huyết áp hay các bệnh liên quan. Trong đối tượng này chú ý đến những người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh cao cho dù những lần đầu chưa phát hiện tăng huyết áp nhưng cần trao đổi tuyên truyền để phối hợp dự phòng cùng nhân viên y tế tuyến trước.
- Dự phòng cấp II: đối với người đã tăng huyết áp, cần phải chặt chẽ hơn nữa trong chế độ ăn uống, nghỉ ngơi theo dõi huyết áp đều đặn và có kế hoạch điều trị ngoại trú để theo dõi tiến triển, tác dụng phụ của thuốc. Cần chú ý yếu tố kinh tế trong điều trị vì đây là một liệu trình lâu dài, tốn kém.

Có 6 cách phòng bệnh ngay từ đầu:

- Tránh béo phì.
- Tăng hoạt động thể lực.
- Thay đổi lượng muối trong chế độ ăn (< 2,4g/ngày tương đương với khoảng 6g muối ăn natri clorid).
- Thay đổi lượng rượu bia đối với những người uống quá nhiều. Ủy ban quốc gia Hoa Kỳ về phòng chống tăng huyết áp JNC-VI khuyên mỗi ngày chỉ nên uống không quá 1 ounce đối với nam và 1/2 ounce đối với nữ (1 ounce khoảng 29,6 ml rượu whisky).

- Bỏ hút thuốc lá.
- Theo dõi huyết áp.

Khuyến bệnh nhân thay đổi lối sống:

- Giảm cân nếu quá cân.
- Hạn chế uống rượu: trong mỗi ngày uống không quá 30 ml ethanol, tương đương 720 ml bia, 300 ml rượu vang, 60 ml whisky đối với nam giới, nữ giới và người nhẹ cân uống bằng một nửa nam giới.
- Tăng hoạt động thể lực: 30-40 phút hàng ngày.
- Giảm lượng muối ăn vào.
- Duy trì đủ chế độ kali qua chế độ ăn
- Duy trì calci và magnesi cần thiết.
- Ngừng hút thuốc lá.
- Giảm ăn các chất béo và mỡ bão hòa.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu:

- Đánh giá công tác chăm sóc và thực hiện các y lệnh đối với bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng huyết áp.
- Đánh giá các biến chứng của tăng huyết áp.
- Đánh giá về tinh thần, vận động.
- Đánh giá cách giải quyết các nguyên nhân.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu hay các nhu cầu phát sinh mới cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện trên bệnh nhân.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các yếu tố thuận lợi làm tăng huyết áp
2. Trình bày được các giai đoạn tăng huyết áp theo JNC VI (1997)
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng
 - A. Tăng huyết áp nguyên phát thường gặp nhiều hơn tăng huyết áp thứ phát
 - B. Tăng huyết áp thường gây suy tim trái
 - C. Phình động mạch chủ bóc tách là một biến chứng nguy hiểm của THA

4. Đánh dấu x vào cột trả lời đúng để trả lời các câu hỏi sau:

Dấu hiệu cơ năng của tăng huyết áp:	Đúng	Sai
A. Nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mất ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dấu hiệu của suy tim trái:		
D. Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Gan lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Chọn câu trả lời đúng nhất:

5.1. Biến chứng tim trong tăng huyết áp

- a. Suy mạch vành
- b. Rối loạn nhịp
- c. Nhồi máu cơ tim
- d. Suy tim
- e. Tất cả các câu trên

5.2. Lượng muối cần đưa vào hàng ngày ở bệnh nhân tăng huyết áp là:

- a. 2 gam
- b. 3 gam
- c. 4 gam
- d. 5 gam
- e. 6 gam

Bài 3

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, tiến triển của nhồi máu cơ tim.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của nhồi máu cơ tim.
2. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim.

1. BỆNH HỌC NHỒI MÁU CƠ TIM

1.1. Đại cương

Nhồi máu cơ tim là tình trạng một vùng cơ tim bị tổn thương do thiếu máu, do nhiều nguyên nhân gây nên, mà phần lớn nguyên nhân đều do xơ vữa động mạch. Nhồi máu cơ tim là một cấp cứu nội khoa, nếu không được xử trí kịp thời thì bệnh nhân có thể bị tử vong do các biến chứng của bệnh.

Nhồi máu cơ tim được mô tả lần đầu tiên năm 1910 do Obraze và Strazek. Đây là bệnh của các nước công nghiệp phát triển, xu hướng tăng nhanh trong những thập niên gần đây. Tuổi bị bệnh khoảng 30 đến 60 và hiện nay đang có xu hướng trẻ hoá. Tỷ lệ tử vong còn cao ngay cả các trung tâm tim mạch. Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ (4:1), tuy nhiên phụ nữ đến thời kỳ mãn kinh tỷ lệ này là 1:1. Ở Việt Nam tỷ lệ nhồi máu cơ tim cũng có xu hướng tăng. Đây là bệnh đang được các quốc gia trên thế giới quan tâm về nhiều lĩnh vực, như nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, điều trị và chăm sóc. Đây là bệnh gây tử vong nhiều nhất so với các bệnh lý về tim mạch.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

90% trường hợp nhồi máu cơ tim do xơ vữa động mạch. 10% còn lại có thể do:

- Viêm động mạch vành.
- Rối loạn chuyển hoá, chủ yếu do tăng acid uric máu.
- Tắc động mạch vành.
- Chấn thương động mạch vành.
- Giảm huyết động do choáng.

- Tăng nhu cầu oxy do gắng sức
- U tủy tuyến thượng thận.
- Co thắt động mạch vành.

Mảng xơ vữa xảy ra ở một hay nhiều vị trí của động mạch vành, là do tăng quá trình thoái hoá của thành động mạch do lắng đọng mỡ và muối calci. Sự biến đổi này gây nên những tác động sau:

- Lòng động mạch bị mảng xơ vữa bít tắc, làm giảm dòng máu khi kích thích lòng mạch giảm trên 50%.
- Lắng đọng calci làm giảm khả năng đàn hồi động mạch.
- Khi tổn thương do vữa xơ sẽ gây thiếu máu cơ tim. Khi hoạt động làm tăng nhu cầu oxy cơ gây khó thở, đau ngực.
- Khi cơ tim thiếu máu làm chuyển hoá glucose theo con đường thiếu khí, gây tăng lactat huyết thanh ảnh hưởng đến chức năng cơ tim, do:
 - + Tình trạng toan hoá làm ức chế hàng loạt các enzym trong quá trình chuyển hoá tạo năng lượng.
 - + Toan hoá nội bào gây rối loạn nhịp tim khác nhau.
 - + Thiếu máu cơ tim gây thương tổn màng, thương tổn cơ tim làm tăng SGOT, SGPT, CK...
 - + Giảm mức chênh lệch điện giải giữa nội bào và ngoại bào, dẫn đến giảm sức co bóp của cơ tim.
 - + Nếu thiếu máu kéo dài gây hoại tử và tan rã tế bào cơ tim.

Ngoài những nguyên nhân và cơ chế trên còn có hàng loạt các yếu tố thuận lợi khác cũng có thể tham gia vào quá trình nhồi máu cơ tim:

- Tăng nồng độ cholesterol có thể do chế độ ăn hay do các bệnh khác như: đái tháo đường, suy giáp...
- Tăng huyết áp ảnh hưởng đến:
 - + Chênh lệch áp lực giữa trong và ngoài động mạch làm cho các lipoprotein dễ tạo thành mảng xơ vữa.
 - + Tăng huyết áp kéo dài là nguyên nhân gây phì đại cơ tim.
- Hút thuốc lá:
 - + Gây giảm khả năng vận chuyển oxy đến tế bào.
 - + Gây co thắt động mạch vành.
 - + Gây tăng catecholamin, tăng phân huỷ mỡ ở tổ chức làm tăng mỡ trong huyết thanh. Tăng phân huỷ mỡ làm tăng nhu cầu tiêu thụ oxy, trong

khi động mạch vành dễ bị tổn thương sẽ cung cấp không đầy đủ gây nên cơn đau ngực.

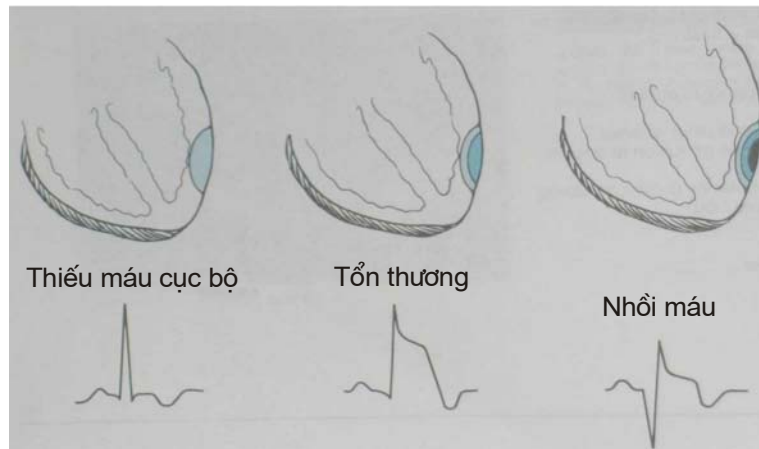
- Giảm hoạt động thể lực làm tăng stress tâm lý: khi có stress tâm lý gây tăng catecholamin là chất gây tăng hoạt động cơ tim, nên tăng nhu cầu tiêu thụ oxy, trong khi động mạch tổn thương sẽ gây nhồi máu.
- Béo phì, tăng acid uric.
- Trạng thái tâm lý không ổn định.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi trên 40, nam giới bị nhiều hơn nữ giới, đặc biệt bệnh xuất hiện sau những yếu tố làm thuận lợi.

Lâm sàng thường biểu hiện các triệu chứng sau:

- Cơn đau ngực: tỷ lệ cơn đau chiếm 90-95% trường hợp và chỉ có khoảng 5-10% bệnh nhân nhồi máu cơ tim không có cơn đau ngực (hay gặp những bệnh nhân lớn tuổi). Đặc điểm của cơn đau: đau như bỏng rát, thắt bóp và đau vùng sau xương ức hay vùng thượng vị, lan lên vai hay xuống tay trái đến ngón tay 4 và 5. Cơn đau giống như cơn đau thắt ngực nhưng trầm trọng hơn và kéo dài hơn, thường cơn đau kéo dài chừng 20 đến 60 phút hoặc có khi kéo dài hàng ngày. Cơn đau không giảm hoàn toàn khi nghỉ ngơi hay dùng thuốc nitroglycerin. Ngoài cơn đau bệnh nhân có thể xuất hiện các dấu hiệu khác:
- Da xanh tái, toát mồ hôi và bệnh nhân cảm giác sợ sệt, đặc biệt là sợ chết.
- Mạch nhanh và nhỏ.
- Huyết áp lúc đầu có thể tăng, nhưng về sau thường là tụt và kẹt.
- Có thể gặp nôn, buồn nôn.
- Phổi có thể nghe được rã rác ran ẩm.
- Một số trường hợp có thể sốt trong những ngày đầu.
- Tiếng tim mờ.
- Có thể có rối loạn nhịp: nhanh thất, bloc nhĩ thất, nhịp chậm, nhịp nhanh xoang, rung thất, ngoại tâm thu.
- Ngoài ra có thể gặp suy tim, phù phổi...



Hình 3.1. Các giai đoạn của nhồi máu cơ tim
(Medical-Surgical Nursing, Joyce M. Black and Esther Matassarin-Jacobs, 1993)

1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Điện tâm đồ:
 - + Nhồi máu cơ tim có sóng Q: ST chênh lên kèm sóng T đảo ngược (sóng Q rộng $\geq 0,04s$ và sâu $\geq 1/2$ sóng R).
 - + Nhồi máu cơ tim không có sóng Q: ST chênh xuống, kèm theo biến đổi ST-T mà không có sóng Q.
- Men tim:
 - + CPK tăng (creatin phosphokinase) sau 6 đến 8 giờ, cao nhất sau 24 giờ và trở về bình thường sau 48 giờ.
 - + CK-MB đặc hiệu hơn CK vì nó không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khi có tổn thương về cơ. CK-MB tăng sớm, nồng độ tối đa đạt được sau 8 giờ.
 - + LDH tăng chậm, nhưng thường kéo dài nhiều ngày.
- Công thức máu: bạch cầu tăng.
- Chụp nháy nháy động mạch thấy tổn thương động mạch vành.
- Siêu âm tim cũng phát hiện được nhồi máu cơ tim.
- Một số xét nghiệm khác như: tốc độ máu lắng, men gan SGOT, SGPT cho thấy tăng.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định

- Đau ngực.
- Điện tâm đồ điển hình nhồi máu cơ tim.
- Tăng men.

Nếu cả 3 triệu chứng trên mất là giai đoạn cấp đã chuyển sang giai đoạn nhồi máu cơ tim cũ.

Bảng 3.1. Vị trí nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ

STT	Vị trí nhồi máu	Thay đổi trên điện tim		
1	Thành trước	I, II	aVL	V3, V4, V5
2	Trước vách	I, II	aVL	V3, V4
3	Trước bên	I, II	aVL	V5, V6
4	Trước rộng	I, II	aVL	V1 → V6
5	Bên cao	I, II	aVL	V6
6	Thành sau	II, III	aVF	
7	Vách sau	II, III	aVF	V3, V4
8	Sau bên	II, III	aVF	V5, V6
9	Đỉnh	Hoặc I, II, III	aVF	V3, V4
10	Trước sau	I, II, III	aVL, aVF	V1 → V6

1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Cơ đau thắt ngực: trên điện tâm đồ không có sóng Q.
- Tình trạng choáng, phù phổi cấp, loạn nhịp do các nguyên nhân khác.
- Cơ đau bụng cấp: sỏi mật, thủng dạ dày, viêm tụy cấp...
- Tắc động mạch phổi.
- Viêm màng ngoài tim cấp.

1.6. Tiến triển và biến chứng**1.6.1. Tiên lượng**

Nhồi máu cơ tim là một bệnh nặng, tỷ lệ tử vong từ 20-50% do các biến chứng của bệnh, theo phân loại của Killip tiến triển của nhồi máu cơ tim phân làm 4 loại:

- Loại 1 (không có triệu chứng ứ máu phổi và tĩnh mạch): tỷ lệ tử vong là 5%.
- Loại 2 (suy tim, có triệu chứng ứ máu phổi và tĩnh mạch, có ngửa phi và gan to): tỷ lệ tử vong là 10,2%.
- Loại 3 (suy tim nặng và phù phổi): tỷ lệ tử vong là 35,43%.
- Loại 4 (có choáng tim): tỷ lệ tử vong là 85,95%.

1.6.2. Các biến chứng của nhồi máu cơ tim

- Rối loạn nhịp có thể đưa đến rung thất và bệnh nhân tử vong.
- Choáng tim.
- Suy tim.

- Các biến chứng cơ học như thủng van tim.
- Vỡ tim.
- Viêm màng ngoài tim.
- Đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim tái phát.
- Chết đột tử.

1.7. Điều trị

Mục đích là giảm đau và hạn chế sự lan rộng của vùng nhồi máu đồng thời ngừa được các biến chứng.

- Giảm đau, trấn an bằng các thuốc (morphin, Dolargan hay Seduxen).
- Các thuốc giãn mạch vành (trinitrin).
- Thuốc chống trụy tim mạch (adrenalin, dopamin).
- Các thuốc chống rối loạn nhịp.
- Sử dụng các thuốc chống đông (heparin).
- Thở oxy.
- Nằm nghỉ tuyệt đối trong giai đoạn đầu.
- Ăn các chất lỏng và dễ tiêu.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ NHỒI MÁU CƠ TIM

2.1. Nhận định tình hình

Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim là một cấp cứu nội khoa, tiến triển khó lường trước được, nhiều biến chứng rất nguy hiểm có thể đe dọa đến tính mạng bệnh nhân nếu chúng ta không điều trị và chăm sóc kịp thời. Vì vậy người điều dưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân cần phải nhẹ nhàng, ân cần và chăm sóc kịp thời.

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Có bị đau ngực không và tính chất của cơn đau?
- Trước đây có hay bị đau như vậy không?
- Khi đau có dùng thuốc hay cơn đau tự hết?
- Khi nằm nghỉ cơn đau có giảm không?
- Có bị tăng huyết áp không?
- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị bệnh tim trước đây không?
- Có lo lắng hay bị sang chấn gì không?
- Các thuốc đã dùng trước đây như thế nào?

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tình trạng tinh thần: lo lắng, sợ hãi?
- Tình trạng da và mồ hôi như thế nào?
- Tuổi trẻ hay lớn tuổi?
- Bệnh nhân mập hay gầy?
- Quan sát và đánh giá cơn đau của bệnh nhân.
- Các dấu hiệu khác.

2.1.3. Thu nhận qua thăm khám

- Kiểm tra các dấu hiệu sống, chú ý tình trạng mạch và huyết áp.
- Dấu hiệu thần kinh.
- Vị trí đau, hướng lan.
- Số lượng nước tiểu.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu thập thông tin qua các xét nghiệm, qua gia đình bệnh nhân.
- Các thuốc điều trị, hồ sơ bệnh án cũ nếu có của bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán về điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim:

- Đau ngực do nhồi máu cơ tim
- Da xanh tái, toát mồ hôi, cảm giác sợ sệt do thiếu máu.
- Nôn, buồn nôn do đau.
- Nguy cơ tử vong do nhồi máu cơ tim có choáng.
- Nguy cơ vỡ tim do nhồi máu cơ tim.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác giai đoạn trên giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng. Người điều dưỡng cần phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau tùy từng trường hợp cụ thể.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối, nằm ở tư thế đầu cao.
- Trấn an để bệnh nhân an tâm.

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Ăn thức ăn lỏng và dễ tiêu.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân thở oxy.
- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Tình trạng cơn đau của bệnh nhân.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và một số xét nghiệm như: điện tim, siêu âm, men tim.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Theo dõi biến chứng.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây nhồi máu cơ tim, cũng như cách phát hiện dấu hiệu nhồi máu cơ tim, cách phòng và theo dõi bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Nhồi máu cơ tim là một cấp cứu nội khoa, tiến triển khó lường, nhiều trường hợp tử vong do không được xử trí kịp thời và đúng hoặc do vùng nhồi máu cơ tim quá rộng.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ yên tĩnh, thoáng mát, cụ thể:
 - + Trong ngày đầu chỉ cử động nhẹ các ngón tay, chân và cẳng tay.
 - + Ngày thứ 2 có thể ngồi dậy 1 đến 2 lần, mỗi lần khoảng 5 đến 10 phút.
 - + Ngày thứ 3 và thứ 4 có thể đi lại vài bước trong phòng.
 - + Ngày thứ 5 và thứ 6 đi lại nhẹ nhàng trong phòng.
 - + Ngày thứ 7 và thứ 8 có thể đi bộ ra đến hành lang.
 - + Ngày thứ 9 trở đi có thể đi lại xa hơn, nhưng không được làm việc.
 - + Sau 2 đến 3 tháng có thể làm việc bình thường trở lại, nhưng tránh các việc nặng và các xúc động mạnh (tối thiểu phải nghỉ ngơi yên tĩnh trong thời gian 4 tuần).
- Động viên, trấn an bệnh nhân để bệnh nhân an tâm điều trị.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.

- Ăn uống đủ năng lượng, thức ăn lỏng và dễ tiêu.
- Tránh các yếu tố kích thích cho bệnh nhân.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc cho bệnh nhân như: các thuốc tiêm, thuốc uống phải thực hiện đầy đủ và chính xác.
- Thực hiện các xét nghiệm: điện tim, các men tim.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở phải được theo dõi kỹ.
- Tình trạng cơn đau.
- Số lượng nước tiểu trong ngày.
- Các xét nghiệm, chú ý điện tim và men tim.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra.
- Tình trạng vận động của bệnh nhân.

2.5. Đánh giá

Phải đánh giá toàn diện bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu để đánh giá tình hình bệnh tật và từ đó có kế hoạch bổ sung vào chẩn đoán và kế hoạch chăm sóc:

- Đánh giá tình trạng cơn đau của bệnh nhân so với lúc ban đầu có được cải thiện không?
- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn có dần trở về bình thường không?
- Đánh giá tình trạng thực hiện y lệnh.
- Đánh giá qua các xét nghiệm, chú ý các men tim.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?
- Đánh giá khả năng tự chăm sóc theo dõi và phòng bệnh của bệnh nhân
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây nhồi máu cơ tim.
2. Nêu được các biến chứng của nhồi máu cơ tim.
3. Đánh dấu (x) vào câu trả lời đúng:

- A. Nhồi máu cơ tim là một cấp cứu nội khoa
- B. Nhồi máu cơ tim đó là tình trạng một vùng cơ tim bị tổn thương do thiếu máu
- C. Tỷ lệ cơn đau ngực chiếm 90-95% các trường hợp nhồi máu cơ tim
- D. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim quyết định nhất là cơn đau ngực
- E. Chăm sóc nhồi máu cơ tim nên cho bệnh nhân vận động sớm để tránh tắc mạch

4. Chọn câu trả lời đúng nhất:

4.1. (A) Trong nhồi máu cơ tim, đau ngực là một biểu hiện do thiếu máu cơ tim, VÌ VẬY (B) Khi chăm sóc, điều dưỡng khuyên bệnh nhân hạn chế các hoạt động để làm giảm bớt nhu cầu tiêu thụ oxy.

- a. A và B đúng, A và B có liên quan nhân quả
- b. A và B đúng, A và B không có liên quan nhân quả
- c. A đúng, B sai
- d. A sai, B đúng
- e. A sai và B sai

4.2. Dấu hiệu nhồi máu cơ tim trên lâm sàng có thể gặp:

- a. Da xanh tái, toát mồ hôi
- b. Mạch nhanh
- c. Nôn và buồn nôn
- d. Tiếng tim mờ
- e. Tất cả các câu trên

Bài 4

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THẤP TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, các triệu chứng lâm sàng của thấp tim
2. Trình bày được các tiêu chuẩn chẩn đoán thấp tim
2. Lập và thực hiện được qui trình chăm sóc bệnh nhân bị thấp tim

1. BỆNH HỌC CỦA THẤP TIM

1.1. Đại cương

Thấp tim là một bệnh viêm nhiễm toàn thể biểu hiện ở nhiều cơ quan mà chủ yếu là ở khớp và tim. Bệnh có những đặc điểm sau:

- Là hậu quả chậm của viêm đường hô hấp trên do liên cầu tan máu nhóm A.
- Thường xuất hiện thành nhiều đợt cấp, cách nhau nhiều tháng, nhiều năm.
- Cơ chế bệnh sinh chưa được biết rõ, người ta nghĩ nhiều đến tự miễn.
- Thương tổn van tim có thể mạn tính, tiến triển đưa đến suy tim.
- Có thể phòng bệnh được hữu hiệu.

1.2. Nguyên nhân

- Thấp tim là hậu quả của những đợt thấp khớp cấp. Thấp khớp là những đợt viêm khớp do nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A. Không phải mọi typ liên cầu đều gây thấp tim. Nếu căn cứ vào protein M thì có khoảng 60 typ khác nhau, liên cầu gây viêm họng thuộc typ 1, 2, 4, 12.
- Ngoài ra, có một số yếu tố thuận lợi khác, như:
 - + Tuổi trẻ, nhất là từ 5-15 tuổi
 - + Mùa lạnh ẩm làm dễ viêm họng.
 - + Sinh hoạt, vật chất: những tập thể sống chen chúc, chật chội, thiếu thốn.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Thay đổi tùy theo cơ quan bị tổn thương.

1.3.1. Khởi phát

- Đột ngột với sốt cao, dấu nhiễm độc nếu biểu hiện viêm khớp là chính.
- Thường từ từ không rõ, sốt nhẹ nếu biểu hiện viêm tim là chính.

1.3.2. Tại khớp

Điển hình là viêm nhiều khớp cấp với sưng, nóng, đỏ và rất đau. Giới hạn cử động nhiều, hồi phục nhanh trong vòng từ 2-3 tuần nhất là khi có điều trị và lành không để lại di chứng. Thường gặp ở các khớp lớn: đầu gối, khuỷu tay, cổ tay, cổ chân, vai. Tuy nhiên cũng có trường hợp không điển hình, thậm chí không có biểu hiện khớp, chỉ viêm một khớp và khớp nhỏ hay những khớp ít khi bị như: khớp hàm, xương sống, xương ức, hoặc chỉ đau khớp nhưng không có sưng, nóng, đỏ.

1.3.3. Tại tim

Viêm tim là biểu hiện nặng nhất của thấp tim. Có thể biểu hiện ở các kiểu sau:

- Viêm màng trong tim: thường gặp là tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim, triệu chứng của hở van hai lá, hãn hữu có thổi tâm trương ở đáy tim là triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán hở van động mạch chủ.
- Viêm cơ tim: biểu hiện bằng hai tiếng tim mờ, hoặc suy tim với nhịp nhanh, có tiếng ngựa phi, ngoại tâm thu, tim to, trên điện tim có rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất, với khoảng PR kéo dài đến bloc nhĩ - thất hoàn toàn.
- Viêm màng ngoài tim: thường biểu hiện tiềm tàng, triệu chứng chính là đau vùng trước tim, tiếng cọ màng ngoài tim. Điện tim có biểu hiện đoạn ST chênh lõm lên trên, sóng T thấp và đảo ngược.

1.3.4. Những biểu hiện khác

- Thân kinh: múa giật là những cử động không tự ý, nhanh, biên độ lớn ở chi, cổ, mặt. Trương lực cơ giảm, xuất hiện muện và thường gặp ở trẻ nữ, có sốt nhẹ hay không sốt.
- Ngoài da:
 - + Nốt dưới da (meynet): đường kính vài mm đến 2 cm, thường ở mặt dưới các khớp lớn, mật độ chắc, không đau, không có dấu hiệu viêm, xuất hiện muện.
 - + Ban đỏ vòng: dát hay sẩn, kích thước thay đổi, khi lan rộng thì mặt da ở trung tâm trở lại bình thường, có thể phối hợp thành nhiều vòng cung, không thâm nhiễm, thay đổi nhanh, thường gặp ở thân và gốc chi.
- Thận: gây viêm thận từng đợt với protein niệu nhẹ, có thể gặp viêm cầu thận cấp thể lan toả.

- Phổi, màng phổi: gây tràn dịch màng phổi, phù phổi sung huyết một hoặc hai bên.
- Bụng: đau bụng có khi nhầm với ruột thừa viêm.

1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

1.4.1. Biểu hiện của phản ứng viêm cấp

- Tốc độ máu lắng tăng cao, thường lớn hơn 100 mm trong giờ đầu.
- Bạch cầu tăng: 10.000-15.000 /mm³, chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Fibrinogen tăng: 6-8 gam/l.
- Điện di: tăng globulin α_2 và γ .
- Protein phản ứng C (C. Reactive protein, CRP) dương tính.

1.4.2. Biểu hiện nhiễm liên cầu

- Cây dịch họng tìm liên cầu: khá hiếm, ngoài đợt viêm thì 90% là âm tính.
- Kháng thể kháng liên cầu tăng trong máu.
- ASLO lớn hơn 500 đơn vị Todd /ml.
- Antistreptokinase lớn hơn 6 lần bình thường.
- Antihyaluronidase lớn hơn 20.000 đơn vị.

1.4.3. Điện tim

Có rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất, PR kéo dài.

1.4.4. X quang

Bóng tim bình thường hay hơi lớn.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định

Khó khăn trong đợt thấp đầu tiên. Chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn của Jones.

1.5.1.1. Tiêu chuẩn chính

- Viêm tim.
- Ban vòng.
- Viêm khớp.
- Nốt dưới da.
- Múa giật.

1.5.1.2. Tiêu chuẩn phụ

- Sốt.
- Đau khớp.
- PR kéo dài.
- Tốc độ máu lắng tăng, bạch cầu tăng, CRP(+).
- Tiền sử thấp hay bị bệnh tim sau nhiễm liên cầu.

1.5.1.3. Tiêu chuẩn mới bị nhiễm liên cầu

- Tăng dần nồng độ kháng thể kháng liên cầu.
- Vừa bị bệnh tinh hồng nhiệt (Scarlatine).

Khi chẩn đoán thấp tim phải có 2 tiêu chuẩn chính, hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ và mới bị nhiễm liên cầu.

1.5.1.4. Những kỹ thuật mới

- Siêu âm 2 bình diện có thể thấy tràn dịch màng tim, các biến đổi các van tim mức độ rối loạn chức năng tim.
- Siêu âm Doppler: phát hiện hở van hai lá, van ĐMC, đánh giá mức độ hở.

1.6. Điều trị

- Để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường trong đợt sốt thấp khớp.
- Điều trị nhiễm liên cầu khuẩn bằng penicillin G trong 10 ngày hoặc benzathin penicillin: 1 liều duy nhất /1 tháng. Hoặc dùng erythromycin nếu dị ứng với penicillin.
- Nếu khớp đau thì điều trị với aspirin và corticoid. Các thuốc này cần uống sau ăn no.
- Hướng dẫn bệnh nhân nghỉ ngơi, ăn uống, vệ sinh răng miệng, cần thiết phải điều trị thuốc penicillin dự phòng liên tục, khám lại định kỳ 3 tháng /1 lần.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ THẤP TIM

2.1. Nhận định tình hình

Khi bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là thấp tim, người điều dưỡng tiếp xúc với bệnh nhân cần phải có thái độ thông cảm, động viên để bệnh nhân cảm thấy an tâm và hợp tác điều trị.

2.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán thấp tim từ bao giờ?

- Đã dùng thuốc gì chưa?
- Có bị sưng đau các khớp không?
- Tính chất đau các khớp như thế nào?
- Công tác điều trị dự phòng như thế nào?
- Có dị ứng với penicillin hoặc thuốc nào khác không?
- Đi tiểu có bình thường không?
- Ăn uống có được không?
- Có hay bị viêm họng không?
- Gia đình có ai bị thấp không?
- Điều kiện kinh tế và sinh hoạt trong gia đình.

2.1.2. Quan sát

- Người điều dưỡng vừa hỏi bệnh vừa quan sát xem bệnh nhân có khó thở không, da, sắc mặt như thế nào? Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Quan sát các khớp: có sưng, đỏ...
- Quan sát màu sắc, số lượng nước tiểu nếu có.

2.1.3. Thăm khám

- Các dấu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Thăm khám tình trạng khớp.
- Nghe tim.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Y bạ, giấy giới thiệu đến khám.
- Đơn thuốc bệnh nhân đã đi khám từ trước khi vào viện.
- Tiền sử bệnh tật, dị ứng thuốc, các xét nghiệm nếu có...

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng chính có thể gặp ở bệnh nhân bị thấp tim khi nhận định như sau:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng ở họng.
- Sưng, đau các khớp do các khớp bị viêm.
- Bệnh nhân mệt mỏi, ăn uống kém do tình trạng nhiễm trùng.
- Nguy cơ suy tim do công tác điều trị và chăm sóc không tốt.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua nhận định tình hình người điều dưỡng cần phân tích, tổng hợp, thu thập các dữ kiện để lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế dễ chịu nhất.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh.
- Vệ sinh thân thể sạch sẽ.
- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng và hợp vệ sinh.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, đặc biệt là tiếng tim.
- Các xét nghiệm như: công thức máu, tốc độ lắng máu, ASLO.
- Điện tâm đồ.
- Tác dụng phụ của thuốc.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình biết cách phòng bệnh và điều trị để phòng tái phát.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối trong thời gian một tháng, sau đó vận động dần dần, nhẹ nhàng trong thời gian vài tháng.
- Động viên, khích lệ bệnh nhân an tâm điều trị.
- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn nhạt tương đối trong thời gian điều trị.
- Vệ sinh sạch sẽ: nhắc nhở bệnh nhân giữ gìn vệ sinh răng miệng, thân thể, quần áo. Nếu bệnh nhân không thể tự làm được người điều dưỡng phải chăm sóc về vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc: áp dụng 5 đúng và thực hiện đúng qui trình, kỹ thuật, thực hiện chính xác kịp thời chỉ định của bác sĩ. Các thuốc kháng viêm cần cho bệnh nhân uống sau khi ăn no.
- Thực hiện các xét nghiệm: ASLO, công thức máu, tốc độ lắng máu, điện tim.

2.4.3. Theo dõi

- Các dấu hiệu sống theo dõi 2 lần /ngày hoặc theo y lệnh. Bệnh nhân thấp tim có suy tim thường được điều trị bằng digoxin nên việc theo dõi mạch rất quan trọng để đánh giá tình trạng bệnh và phát hiện sớm dấu hiệu ngộ độc digoxin.
- Nếu thấy bệnh nhân có dấu hiệu mạch chậm, buồn nôn, hoặc nôn, chóng mặt phải nghĩ đến do ngộ độc thuốc và báo cáo ngay cho bác sĩ để điều chỉnh thuốc.
- Cần đếm nhịp thở để đề phòng phù phổi cấp. Nếu bệnh nhân khó thở phải cho thở oxy. Phát hiện sớm các dấu hiệu phù phổi cấp.
- Nước tiểu: theo dõi lượng nước tiểu trong 24 giờ để điều chỉnh lượng nước vào cho phù hợp.
- Tiêu hóa: theo dõi các triệu chứng đau vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua để phát hiện tác dụng phụ của thuốc corticoid hay thuốc aspirin.
- Theo dõi thời gian bệnh nhân sử dụng thuốc theo đúng y lệnh.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Khi bệnh nhân đang điều trị: hướng dẫn bệnh nhân cách tự chăm sóc, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi...
- Khi bệnh nhân ra viện:
 - + Phổ biến cách dự phòng tái phát bằng cách dùng thuốc theo đơn.
 - + Giải thích cho bệnh nhân và gia đình biết về sự cần thiết của điều trị dự phòng, hậu quả rất nghiêm trọng nếu không được điều trị.
- Thời gian phòng bệnh 3-5 năm nếu không tái phát coi như khỏi. Nếu bệnh nhân có viêm tim thì dự phòng suốt đời.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân tái khám có định kỳ.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Một bệnh nhân thấp tim được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Tình trạng bệnh thuyên giảm rõ rệt, các triệu chứng giảm hoặc mất: không sốt, khớp hết sưng, nóng, đỏ, đau.
- Các xét nghiệm: bạch cầu và tốc độ máu lắng trở lại bình thường.
- Bệnh nhân không mắc thêm biến chứng.
- Công tác điều dưỡng được thực hiện đầy đủ.
- Biết cách phòng tái phát khi ra viện.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các nguyên nhân của thấp tim.
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng của thấp tim.
3. Trình bày các biểu hiện của phản ứng viêm cấp.
4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau:
 - A. Thấp tim thường xảy ra ở tuổi sơ sinh
 - B. Tổn thương tim chủ yếu của thấp là ở màng ngoài tim
 - C. Viêm tim là biểu hiện nặng nhất của thấp tim
 - D. Thấp tim là một bệnh viêm nhiễm toàn thể, biểu hiện ở nhiều cơ quan mà chủ yếu là ở khớp và tim
5. Chọn câu trả lời đúng nhất
 - 5.1. Thấp tim thường do kháng thể kháng:
 - a. Tụ cầu
 - b. Liên cầu
 - c. Nã mô cầu
 - d. Phế cầu
 - e. Coli
 - 5.2. Tiêu chuẩn chính của thấp tim:
 - a. Viêm phổi
 - b. Viêm tim
 - c. PR kéo dài
 - d. VSS tăng
 - e. Bạch cầu tăng
 - 5.3. Giáo dục sức khỏe quan trọng nhất cho bệnh nhân bị thấp tim:
 - a. Điều trị dự phòng theo hướng dẫn của bác sĩ
 - b. Ăn uống đầy đủ năng lượng
 - c. Giữ vệ sinh sạch sẽ
 - d. Giữ ấm về mùa đông
 - e. Khám bệnh định kỳ

Bài 5

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HẸP VAN HAI LÁ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số đặc điểm về triệu chứng lâm sàng, biến chứng và nguyên tắc điều trị của hẹp van hai lá
2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của ngộ độc digoxin.
3. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân hẹp van hai lá.

1. BỆNH HỌC CỦA HẸP VAN HAI LÁ

1.1. Đại cương

Hẹp hai lá là một bệnh rất phổ biến ở nước ta, nhất là bệnh nhân trẻ tuổi, bắt đầu từ tuổi đi học trở lên chiếm 40,3% số người bị bệnh tim. Là bệnh tim mắc phải gây ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe bệnh nhân, hạn chế khả năng lao động và các sinh hoạt khác. Đồng thời là bệnh gây nhiều biến chứng nguy hiểm trong bệnh lý về tim mạch.

Bệnh hẹp van hai lá được phát sinh ở loài người từ khi bắt đầu sống thành từng quần thể do điều kiện sinh sống thấp kém, chật chội thiếu vệ sinh dễ gây lây nhiễm bệnh. Từ 1887 Bouillaud rồi Sokolovski mô tả bệnh. Đến 1920 Duckett Jones (Hoa Kỳ) đã nghiên cứu bệnh này và đến 1944 ông mới công bố bảy tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nổi tiếng trên. Cũng những năm này Cutter và Levine Phillipe (Hoa Kỳ) tìm cách phẫu thuật hẹp van hai lá, đồng thời trong năm đó Souttar tại Anh cũng mổ được hẹp van hai lá. Giai đoạn này bệnh hẹp van hai lá là bệnh tim mạch phổ biến nhất, hoành hành dữ dội nhất gây tàn phế và tử vong nhiều nhất khắp mọi nơi. Từ năm 1944 việc phát minh ra penicillin diệt các loại liên cầu và đặc biệt tạo ra loại penicillin chậm (benzathyl penicillin) có tác dụng phòng ngừa bệnh này, do đó đến nay ở các nước phát triển như Thụy Điển, Hà Lan và Đức bệnh thấp tim gần như mất hẳn.

Tuy vậy, ở các nước chậm phát triển bệnh này còn đang phổ biến. Bệnh hay gặp ở tuổi lao động 20-30 tuổi, tỷ lệ bệnh hẹp hai lá rất cao khoảng 60-70 %, tỷ lệ tử vong đến 5%. Bệnh có nhiều biến chứng phức tạp và đưa đến tàn phế con người. Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ 3/1 và ở nông thôn mắc nhiều hơn thành thị.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

Chủ yếu do thấp tim chiếm 99%, số còn lại do bẩm sinh, hoặc do carcinoid ác tính, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp có người còn cho là do virus Cocsackie gây ra.

Tác nhân gây bệnh chủ yếu là do liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A viêm họng gây tổn thương thấp tim. Sở dĩ liên cầu ở họng gây bệnh thấp tim mà không vào các cơ quan khác là do có các đường thông thương bạch mạch giữa họng và tim. Cấu trúc bào thai học cho thấy có đường nối mạch máu và thần kinh giữa tim và cổ.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Năm 1976 Taranta (Hoa Kỳ) chứng minh được cơ chế bệnh sinh trực tiếp của độc chất liên cầu khuẩn lên tim. Các kháng thể kháng tim xuất hiện ở bệnh nhân thấp tim có viêm tim, lại có cả các phản ứng kháng nguyên chéo giữa chất liệu ở tim và liên cầu tan huyết nhóm A.

- Liên cầu khuẩn nhóm A xâm nhập vào cơ thể gây viêm họng đồng thời sinh ra những độc tố. Ngoài ra, trong mô tim người ta cũng tìm thấy những chất liệu có cấu trúc miễn dịch giống protein M vì vậy các kháng thể hình thành cũng chống luôn lại các van tim.
- Hiện tượng tự miễn chéo nhằm lẫn gây viêm tim và viêm khớp. Viêm tim có thể tự khỏi nhưng sau 2 năm nó có thể để lại di chứng ở van tim, cứ 3 bệnh nhân thì có 1 bệnh nhân bị di chứng ở van tim gây dày dính, xơ và gây hẹp van tim.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Triệu chứng toàn thân

- Nếu bệnh nhân mắc bệnh trước tuổi dậy thì làm cơ thể kém phát triển, gầy nhỏ gọi là bệnh lùn hai lá.
- Bệnh nhân mắc bệnh sau tuổi dậy thì không có triệu chứng toàn thân rõ rệt.

1.3.2. Triệu chứng cơ năng

- Nếu hẹp ít: bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng gì, được phát hiện do khám sức khỏe hàng loạt.
- Nếu hẹp nhiều: bệnh nhân khó thở, hồi hộp, đánh trống ngực, ho khạc ra máu, hen tim, phù phổi cấp hay xảy ra khi bệnh nhân gắng sức.

1.3.3. Triệu chứng thực thể

Nghe tim rất có giá trị chẩn đoán, biểu hiện:

- Nghe rung tâm trương ở mỏm, có thể sờ được rung miêu tâm trương.
- Nghe T1 danh ở mỏm.
- T2 mạnh hoặc tách đôi ở ổ van động mạch phổi.
- Nghe tiếng clac mở van hai lá.
- Nghe tiếng thổi tiên tâm thu.

1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp X quang:
 - + Có thể thấy tim to, đặc biệt là khối cơ tim bên phải.
 - + Rốn phổi rất đậm do ứ huyết ở động mạch phổi.
 - + Chụp nghiêng trái có ống baryt thấy nhĩ trái to chèn vào thực quản ở 1/3 giữa, khoảng sáng trước tim hay sau xương ức hẹp hoặc mất.
- Điện tâm đồ:
 - + Dày nhĩ trái: $P > 0,12$ s, P hai đỉnh ở DII, đỉnh sau cao hơn đỉnh trước, P hai pha trong đó pha âm giãn rộng hơn pha dương.
 - + Dày thất phải: trục phải, $R/S > 1$ (V1), $RV1 > 7$ mm, $RV1 + SV5 > 11$ mm.
- Siêu âm tim: giúp chẩn đoán chắc chắn hẹp van hai lá, cũng như biết được tình trạng của các van tim.
- Tâm thanh đồ.

1.5. Chẩn đoán giai đoạn của hẹp hai lá

- Giai đoạn 1: không có triệu chứng cơ năng kể cả khi gắng sức. Khám lâm sàng phát hiện tình cờ.
- Giai đoạn 2: có hội chứng gắng sức rõ, biểu hiện: khó thở, hồi hộp, đánh trống ngực, ho khan hoặc ho ra máu tươi và chưa có biểu hiện suy tim.
- Giai đoạn 3: có khó thở nhiều, có suy tim phải nhưng điều trị có hồi phục.
- Giai đoạn 4: hẹp van hai lá có suy tim nặng. Điều trị không hồi phục.

1.6. Chẩn đoán phân biệt với hẹp hai lá

- Rung tâm trương trong hẹp van ba lá: nghe được RTTr ở trong mỏm, T1 không danh. Điện tim có dày nhĩ phải. Siêu âm là quyết định.
- U nhầy nhĩ trái (Myxoma): nghe rung tâm trương thay đổi theo tư thế. Không có T1 danh. Bệnh nhân thường hay ngất. Chẩn đoán dựa vào siêu âm.

1.7. Biến chứng của hẹp van hai lá

1.7.1. Rối loạn nhịp tim

- Rối loạn nhịp xoang thường là nhịp nhanh.
- Ngoại tâm thu nhĩ, cơn nhanh trên thất.
- Cường nhĩ và rung nhĩ là những biến chứng nặng nề của tim. Từ những rối loạn nhịp tim này có thể gây ra biến chứng tắc mạch ngoại vi và càng lâu sẽ nhanh chóng dẫn đến suy tim.

1.7.2. Tắc mạch

- Tắc mạch ở vòng đại tuần hoàn: do máu ú ở nhĩ trái chậm lưu chuyển xuống thất trái nên máu dễ đông. Ngoài ra các rối loạn nhịp, như: rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất tạo điều kiện thuận lợi cho đông máu. Sau khi nhịp tim chậm lại cục máu được đưa xuống thất trái và vào đại tuần hoàn gây tắc các mạch, như mạch chi, não, thận, mạc treo...
- Tắc động mạch phổi: do cục máu đông được hình thành từ các tĩnh mạch ngoại biên đưa vào thất phải gây tắc động mạch phổi. Hoặc có thể do áp lực phổi tăng trong hẹp hai lá nếu có thể hình thành cục máu đông tại chỗ gây tắc động mạch phổi.

1.7.3. Nhiễm trùng

- Nhiễm trùng tại phổi do máu ú động mạch phổi là môi trường phát triển cho vi trùng: có thể viêm phổi lan tỏa hay viêm phổi khu trú.
- Nhiễm trùng tại tim có thể gây ra viêm nội tâm mạc bán cấp Osler. Biến chứng này hiếm gặp nhưng khi xảy ra thì đó là một tiên lượng xấu cho bệnh nhân.

1.7.4. Suy tim

- Có thể có cơn hen tim phù phổi cấp hay gặp khi gắng sức hoặc ban đêm. Do máu ú động trong phổi nhiều, đặc biệt về ban đêm do thần kinh phó giao cảm hoạt động mạnh nên làm giãn mạch, thoát huyết tương vào phế nang gây phù phổi.
- Suy tim phải: đây cũng là biến chứng đồng thời cũng là giai đoạn cuối cùng của bệnh. Nếu không được điều trị triệt để, các biến chứng trên có thể xảy ra khi bệnh nhân gắng sức về tinh thần, thể chất hay một nhiễm trùng ở da, ở phổi. Đặc biệt ở phụ nữ có thai, lúc chuyển dạ hay thời kỳ kinh nguyệt.

1.8. Điều trị

1.8.1. Điều trị nội khoa

Chỉ có tác dụng tốt khi hẹp van hai lá mức độ nhẹ và trung bình. Nếu hẹp khít với diện tích lỗ van < 1,5 cm² thì điều trị nội khoa không có tác dụng.

- Chế độ sinh hoạt ăn uống: hạn chế lao động nặng, ăn nhạt, điều trị phòng thấp tái phát, phòng ngừa Osler.
- Lợi tiểu: furosemid 40 mg x 1-2 viên /ngày.

Trong cơn suy tim cấp có thể dùng Lasix 20 mg tiêm tĩnh mạch chậm. Chú ý khi dùng lợi tiểu cần dùng thêm kali (nên cho loại muối K^+ hữu cơ tốt hơn vô cơ, như aspartat, biệt dược Panangin) để phòng hạ kali máu, dễ ngộ độc digital.

- Digital: ít có tác dụng trong suy tim do hẹp hai lá, ngay cả khi có suy tim phải. Digital có tác dụng tốt trong suy tim do hẹp hai lá có biến chứng rung nhĩ để ngăn ngừa các cơn rung nhĩ có nhịp thất nhanh, làm nặng tình trạng suy tim, có thể dùng liều giảm đủ chậm. Digital 0,25 mg x 1 viên/ngày trong 5 ngày, nghỉ 2 ngày rồi dùng lại.

Khi điều trị digital cần lưu ý dấu chứng ngộ độc digital như:

- + Bệnh nhân nôn mửa, đau bụng, mờ mắt, nhìn đôi, đại tiện phân lỏng.
- + Ngoại tâm thu thất, nhịp đôi hay ác tính.
- + Hoặc nhịp tim tăng vọt lên (trong khi đang dùng digital) hoặc chậm lại với bloc nhĩ thất, hoặc nhịp bộ nối.

Nếu xuất hiện các triệu chứng trên nên ngừng digital và cho tăng cường thêm kali bằng đường tĩnh mạch hoặc đường uống, chú ý bổ sung Mg^{++} .

- Các thuốc giãn mạch
 - + Được sử dụng nhiều trong những năm gần đây. Thuốc giãn mạch có thể điều trị liên tục, kéo dài. Thuốc giãn mạch có tác dụng giảm tiền gánh và hậu gánh, giúp cho suy tim hồi phục tốt.
 - + Đối với suy tim trong hẹp hai lá tốt nhất là nhóm nitrat và dẫn xuất, nhất là khi hẹp hai lá có tăng áp lực động mạch phổi, phù phổi mạn tính và cấp tính. Risordan Lp 20mg x 1-2 viên /ngày, hoặc Imdur (mononitrat isosorbid) 60 mg x 1/2-1 viên /ngày.
- Điều trị phòng tắc động mạch hệ thống
 - + Tắc mạch có thể xảy ra: động mạch não, động mạch mạc treo, động mạch ngoại vị, động mạch lách, động mạch thận, động mạch vành ...
 - + Biến chứng tắc mạch gia tăng ở bệnh nhân hẹp hai lá có biến chứng rung nhĩ và suy tim, đặc biệt khi mới xuất hiện rung nhĩ.
 - + Hẹp hai lá có biến chứng tắc mạch nhiều hơn hở van hai lá. 20-60% tắc lại lần thứ hai sau tắc lần thứ nhất trong 6-12 tháng nếu không được dự phòng hữu hiệu bằng các thuốc chống đông. Điều trị tắc mạch càng sớm càng tốt:

Heparin 10.000-20.000 UI/ngày x 5-10 ngày. Có thể dùng heparin có trọng lượng phân tử thấp đặc biệt đối với tắc mạch não. Sau đó dùng các

thuốc kháng đông loại kháng vitamin K như Sintrom, Previscan, Dicoumarin gởi đầu 48-72 giờ trước khi ngừng heparin. Duy trì tỷ prothrombin khoảng 30-35% là tốt nhất.

Sau khi chuyển rung nhĩ về nhịp xoang bằng thuốc hoặc sốc điện, nong van hai lá là phương pháp dự phòng tắc mạch tái phát tốt nhất. Hoặc ở những bệnh nhân không có điều kiện nong van, phẫu thuật sửa van, thay van có thể uống thuốc dự phòng tắc mạch kéo dài nhiều năm ở liều thấp 100-500 mg/ngày bằng aspirin (Aspegic 100mg), dipyridamol...

1.8.2. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật tách van hoặc thay van cho bệnh nhân.

1.8.3. Phòng bệnh

- Nếu bệnh nhân mới bị thấp tim, phải tích cực điều trị thấp tim: chống viêm nhiễm (corticoid, aspirin, penicillin...).
- Khuyến bệnh nhân nữ tránh có thai.
- Khi chuyển dạ đẻ mới phát hiện hẹp hai lá, cần giúp cho sản phụ đẻ sớm bằng forcep hay phẫu thuật để tránh gắng sức lúc rặn đẻ.
- Phòng thấp tái phát bằng benzathyl penicillin 1,2 triệu đơn vị mỗi 15-20 ngày, tiêm bắp sâu sau khi thử test.
- Đề phòng bội nhiễm phổi, Osler bằng kháng sinh penicillin nhanh hoặc Erythromycin 0,5g trước các can thiệp: nhổ răng, chích nốt ngoài da... Khi có dấu viêm tĩnh mạch chi dưới phòng tắc động mạch phổi bằng cách đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ HẸP VAN HAI LÁ

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử có bị viêm họng và tình trạng đau các khớp không?
- Tình trạng và tính chất của đau khớp nếu có
- Bệnh nhân có khó thở không?
- Khó thở khi bình thường hay khi gắng sức?
- Thời gian xuất hiện khó thở?
- Số lượng nước tiểu trong ngày?
- Đã điều trị thuốc gì chưa và các thuốc đã sử dụng?
- Tình trạng lao động và sinh hoạt?
- Tiền sử thấp tim từ lúc nào, cách điều trị và cách dự phòng?

- Các bệnh khác mà bệnh nhân đã mắc phải.
- Điều kiện kinh tế và điều kiện chăm sóc của gia đình bệnh nhân.

2.1.2. Quan sát

- Màu da, sắc mặt, móng tay, móng chân.
- Quan sát tình trạng khó thở của bệnh nhân nếu có.
- Quan sát màu sắc nước tiểu, màu sắc đờm.
- Quan sát và đánh giá tình trạng phù: phù hai chi dưới hay phù toàn thân.
- Quan sát xem tĩnh mạch cổ có nổi tự nhiên không?
- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.

2.1.3. Khám xét

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Nghe nhịp tim, tiếng tim.
- Khám xem gan, lách có lớn không?
- Ấn vào vùng hạ sườn phải lúc bệnh nhân nằm ở tư thế Fowler xem tĩnh mạch cổ có nổi không?
- Khám các biến chứng và triệu chứng bất thường trên bệnh nhân.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Sổ y bạ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, ECG, siêu âm tim...
- Các thuốc và cách thức mà bệnh nhân đã điều trị.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán có thể gặp ở bệnh nhân bị hẹp hai lá khi nhận định, đó là:

- Bệnh nhân khó thở do tăng áp lực ở phổi.
- Bệnh nhân phù do ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Bệnh nhân hồi hộp, đánh trống ngực do suy tim.
- Nguy cơ tắc mạch do biến chứng rung nhĩ...

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Dựa vào nhận định các triệu chứng để đề ra các kế hoạch chăm sóc:

- Chăm sóc về tinh thần, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.
- Tư thế nằm của bệnh nhân.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Công tác giáo dục về bệnh tật và cách dự phòng cho bệnh nhân.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc về ăn uống và sinh hoạt

- Bệnh nhân bị bệnh tim thường hay lo sợ do đó người điều dưỡng cần phải động viên, an ủi, giải thích để bệnh nhân tin tưởng, an tâm điều trị.
- Ăn giảm muối nếu bị phù và suy tim. Nếu suy tim nặng thì lượng muối < 1g/ngày.
- Khi có suy tim cần phải được nghỉ ngơi tại giường, không làm việc nặng hoặc làm việc gắng sức và tránh các xúc động mạnh.
- Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế nửa ngồi (45°) khi bị khó thở.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Chuẩn bị các dụng cụ sẵn sàng chuẩn bị cấp cứu tim mạch: dụng cụ thở oxy, thuốc chống loạn nhịp tim, thuốc chống phù phổi cấp và các dụng cụ cần thiết khác.
- Hàng ngày phải cho bệnh nhân uống thuốc, tiêm thuốc theo chỉ định.
- Thực hiện các xét nghiệm cơ bản.

2.4.3. Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở 2 lần /ngày.
- Theo dõi lượng nước tiểu và cân nặng hàng ngày.
- Theo dõi tình trạng khó thở của bệnh nhân.
- Theo dõi các biến chứng.
- Theo dõi chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi của bệnh nhân.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần biết các yếu tố thuận lợi gây bệnh.
- Cách phát hiện và điều trị bệnh.
- Tiến triển và biến chứng.
- Cách dự phòng các biến chứng.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

2.5.1. Kết quả chăm sóc tốt nếu

- Bệnh nhân đỡ khó thở hoặc không khó thở nữa.
- Không có cơn hen tim.
- Hết phù.
- Gan nhỏ lại.
- Số lượng nước tiểu tăng trên 1 lít /ngày.

- Không có các biến chứng xảy ra.

2.5.2. Kết quả chăm sóc không tốt nếu

- Bệnh nhân lên cân nhanh.
- Phù tăng nhanh.
- Khó thở nhiều hơn.
- Có cơn phù phổi cấp hoặc các biến chứng khác xuất hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể được các biến chứng của hẹp hai lá
2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng của hẹp hai lá
3. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của ngộ độc digoxin
4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau:
 - A. Hẹp hai lá chủ yếu là do hậu quả của thấp tim
 - B. Hẹp hai lá có thể gây cơn phù phổi cấp
 - C. Nam giới bị hẹp hai lá nhiều hơn nữ giới
 - D. Hẹp hai lá thường gây rung nhĩ
 - E. Hẹp hai lá là bệnh khá phổ biến đối với các bệnh lý tim mạch
5. Chọn câu trả lời đúng nhất
 - 5.1. Biểu hiện nào sau đây không phải là của hẹp hai lá:
 - a. Bệnh lùn hai lá gặp ở bệnh nhân mắc bệnh trước tuổi dậy thì
 - b. Bệnh hẹp hai lá xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ
 - c. Phù phổi cấp là biến chứng nguy hiểm của hẹp hai lá
 - d. Hẹp hai lá gây suy tim phải
 - e. Cần khuyến bệnh nhân hẹp hai lá không nên sinh con
 - 5.2. Biểu hiện nào sau đây không phải là dấu nhiễm độc digoxin
 - a. Bệnh nhân nôn mửa, đau bụng
 - b. Mờ mắt, nhìn đôi
 - c. Đại tiện phân lỏng
 - d. Ngoại tâm thu thất nhịp đôi
 - e. Nhịp tim thường nhanh

Bài 6

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số loại rối loạn nhịp tim thường gặp.
2. Trình bày được những đặc điểm về lâm sàng của rối loạn nhịp tim.
3. Xử trí được một số loạn nhịp thường gặp
4. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân bị loạn nhịp tim.

1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC CỦA RỐI LOẠN NHỊP TIM

1.1. Đại cương

Rối loạn nhịp tim là sự rối loạn hoạt động điện sinh học của tim về ba mặt:

- Sự tạo thành xung động.
- Sự dẫn truyền xung động.
- Phối hợp cả hai kiểu trên.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

- Các bệnh nhiễm khuẩn: thấp tim là nguyên nhân thường gặp nhất, tiếp đến là các bệnh nhiễm khuẩn khác như thương hàn, bạch hầu.
- Do nhiễm độc: thường gặp là các loại chống loạn nhịp như: digital, quinidin procainamid, reserpin, thuốc chẹn beta.
- Do rối loạn điện giải: tăng hoặc giảm kali máu, maggesi máu, calci máu.
- Các bệnh toàn thân: nhất là cường giáp, dị ứng thuốc, đái tháo đường.
- Các bệnh cơ tim: nhồi máu cơ tim, lao, ung thư, chấn thương, các bệnh tim bẩm sinh như thông liên thất, còn ống động mạch, tứ chứng Fallot.
- Do rối loạn thần kinh thực vật: do xúc cảm hoặc gắng sức.
- Do phẫu thuật.
- Do di truyền.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

- Rối loạn về sự hình thành xung động:
 - + Tăng tính tự động của nút xoang: làm toàn bộ quả tim sẽ đập theo với tần số nhanh như nhịp nhanh xoang.
 - + Giảm tính tự động của nút xoang: tim sẽ đập chậm gặp trong nhịp chậm xoang, nhịp bộ nối.
 - + Tăng tính tự động của chủ nhịp dưới nút xoang: đó là những ngoại tâm thu.
 - + Ngoài ra một số sợi cơ tim có thể phát ra xung động như trong cơn nhịp nhanh thất.
- Rối loạn về dẫn truyền xung động: khi xung động bị cản trở làm sự dẫn truyền bị chậm lại ta gọi là bloc. Bloc có thể sinh lý không có tổn thương thực thể của cơ tim xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của đường dẫn truyền như bloc nhánh, bloc nhĩ thất, bloc xoang nhĩ. Bloc cũng chỉ có thể theo một chiều từ trên xuống, hoặc hai chiều. Đặc biệt có thể gặp cơ chế vào lại trong rối loạn nhịp, là một cơ chế đặc biệt gặp trong ngoại tâm thu, cơn nhịp nhanh thất hoặc cơn nhịp nhanh trên thất.
- Phối hợp cả rối loạn dẫn truyền xung động và hình thành xung động: cơ chế này sẽ tạo ra những rối loạn nhịp phức tạp hơn như phân ly nhĩ thất, nhiều loại ngoại tâm thu.
 - + Loạn nhịp tim là triệu chứng của nhiều bệnh có thể là bệnh tại tim hoặc bệnh toàn thân hay các trường hợp do rối loạn nước và điện giải.
 - + Nhịp tim có thể đều hoặc không đều.
 - + Muốn biết rõ thể loạn nhịp tim phải ghi điện tim.
 - + Nhịp nhanh trên 140 và nhịp chậm dưới 40 lần /phút đều gây nên rối loạn huyết động, tụt huyết áp cần cấp cứu ngay.

1.3. Triệu chứng và xử trí

1.3.1. Nhịp nhanh

1.3.1.1. Nhịp nhanh xoang: có đặc điểm

- Nhịp nhanh đều liên tục trên 100 lần/phút, có khi lên đến 160-180 lần/phút.
- Chẩn đoán nhờ ghi điện tim: nhịp tim nhanh có sóng P đi trước QRS.
- Nguyên nhân của nhịp nhanh xoang có rất nhiều: sốt, thiếu máu cấp, cơn cường giáp cấp, suy hô hấp cấp...
- Xử trí:
 - + Tùy theo nguyên nhân gây nên.

- + Nếu không rõ nguyên nhân: có thể cho uống propranolol viên 40mg x 1/2 viên, ngày 2-3 lần.

1.3.1.2. Cơ nhịp nhanh trên thất: có đặc điểm

- Khởi đầu đột ngột.
 - Trống ngực mạnh làm cho bệnh nhân khó chịu.
 - Kéo dài vài phút, vài giờ, vài ngày.
 - Kết thúc đột ngột.
 - Tần số 130-260, thường không có tụt huyết áp.
 - Điện tim sóng QRS mạnh, sóng P lẫn vào QRS, có thể có ST chênh xuống.
 - Xử trí:
 - + Ấn nhãn cầu, xoa xoang cảnh (nghiệm pháp Valsalva).
 - + Nếu không có kết quả: có thể dùng prostigmin 1/4mg tĩnh mạch chậm, phối hợp với ấn nhãn cầu hoặc amiodaron hay digital.
- Có khi chỉ cần tiêm một ống diazepam 10mg hoặc morphin 0,01g tiêm cũng có kết quả.
- + Nếu vẫn không đỡ: tiêm isoptin 2,5mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch chậm, hoặc có thể sốc điện.

1.3.1.3. Cơ nhịp nhanh loạn nhịp hoàn toàn (còn gọi là cơn rung nhĩ nhanh)

- Triệu chứng đánh trống ngực, đau ngực, khó thở.
- Mạch không đều về nhịp cũng như về biên độ (mạch nhanh, nhịp đập khi mạnh khi yếu), khó đếm, phải đếm nhịp tim trong 1 phút (nhịp tim, nhịp mạch không trùng nhau).
- Hay có tụt huyết áp và khó đo huyết áp.
- Điện tim: khoảng cách QRS cách nhau không đều, kích thước cao thấp không đều, không thấy sóng P.
- Nguyên nhân:
 - + Tại tim: hẹp hai lá, suy mạch vành.
 - + Ngoài tim: Basedow, suy hô hấp do bệnh phổi mạn tính.
- Xử trí:
 - + Digoxin 0,25-0,5mg tiêm tĩnh mạch hoặc amiodaron.
 - + Sốc điện nếu không có suy tim, bệnh nhân dưới 60 tuổi.
 - + Dự phòng tắc mạch bằng kháng vitamin K hoặc heparin. Aspirin có thể dùng nhưng tác dụng yếu.
 - + Duy trì nhịp xoang bằng amiodaron.

1.3.1.4. *Cuồng nhĩ*: có đặc điểm

- Nguyên nhân: các bệnh van tim nhất là van hai lá, thiếu máu cơ tim cục bộ, tâm phế mạn... hoặc do nhiễm độc digital.
- Triệu chứng: cảm giác khó chịu, đau ngực, khó thở râm rộ hơn rung nhĩ nhất là cơn kịch phát. Nghe tim nhanh đều 130-150 lần /phút. Tĩnh mạch cổ đập mạnh.
- Chẩn đoán: điện tim mất sóng P thay bằng sóng F như răng cưa, tần số 250-350 lần /phút, phức bộ QRS bình thường và đều nhau.
- Xử trí: sốc điện với liều 50 Joules có thể dùng thuốc để cắt và duy trì nhịp xoang bằng amiodaron, verapamil hoặc kích thích tâm nhĩ.

1.3.1.5. *Cơn nhịp nhanh thất*: có đặc điểm

- Thường nặng, dễ phát hiện vì tình trạng toàn thân nặng, biểu hiện: rất mệt, buồn nôn, thoáng ngất đôi khi co giật.
- Nhịp tim nhanh 150-220 lần /phút, đều.
- Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ, choáng.
- Ấn nhãn cầu không kết quả.
- Điện tim: QRS giãn rộng, không có sóng P đi trước. Tần số tim > 150 lần /phút.
- Nguyên nhân: suy mạch vành, viêm cơ tim, ngộ độc digital, thực hiện các thủ thuật trên tim.
- Xử trí:
 - + Cho bệnh nhân thở oxy qua ống thông mũi.
 - + Sốc điện 150-250 Joules có kết quả nhất.
 - + Tiêm xylocain 50-100 mg tĩnh mạch sau đó duy trì bằng 0,5-1g nhỏ giọt tĩnh mạch trong 1-2 ngày đầu rồi duy trì bằng amiodaron, chẹn beta. Cần chú ý điều trị nguyên nhân và yếu tố thuận lợi.

1.3.1.6. *Xoắn đỉnh*: có đặc điểm

Thường do các thuốc chống loạn nhịp nhóm 1 gây ra. Khi giảm kali máu là yếu tố thuận lợi gây nên cơn xoắn đỉnh.

- Triệu chứng chủ yếu: ngất, trụy tim mạch.
- Điện tim: sóng khử cực biến dạng lặn tẩn, chỗ nhỏ, chỗ phình to tùy theo chu kì.
- Xử trí: cấp cứu bằng sốc điện, hồi sức tim mạch, thuốc isuprel hoặc magnesi sulfat tĩnh mạch và tạo nhịp nếu cần.

1.3.1.7. Rung thất: có đặc điểm

Là một dạng của ngừng tuần hoàn, nếu không can thiệp (hồi sinh tim phổi) bệnh nhân sẽ tử vong trong vài phút.

- Điện tim: sóng lặn tẩn, cao 1-2 mm, không rõ QRS.
- Xử trí:
 - + Hồi sinh tim phổi
 - + Sốc điện cấp cứu thuốc adrenalin.

1.3.2. Nhịp chậm

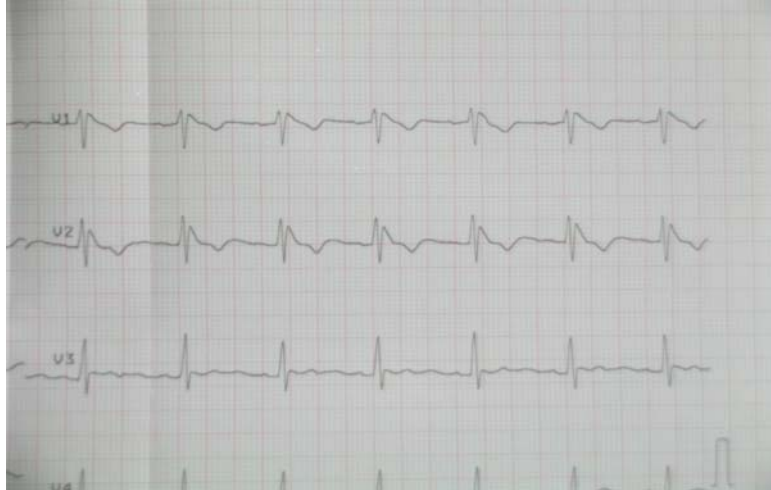
Gọi là nhịp chậm khi bắt mạch và nghe tim:

- Trong cơn dưới 30 lần /phút.
- Ngoài cơn dưới 40 lần /phút.
- Điện tim có thể thấy các dạng:
 - + Bloc nhĩ thất độ 1: PQ (hoặc PR) kéo dài trên 0,20 giây.
 - + Bloc nhĩ thất độ 2: có 2 thể:
 - Bloc Mobit 1: khoảng PQ kéo dài rồi mất dần hẳn sau đó lặp lại chu kì mới.
 - Bloc Mobit 2 (hay bloc nhĩ thất một phần): hai, ba hay nhiều hơn sóng P, mới có một sóng QRS.
 - + Bloc nhĩ thất độ 3: nhĩ và thất phân ly hoàn toàn, thường nhĩ chậm hơn thất.

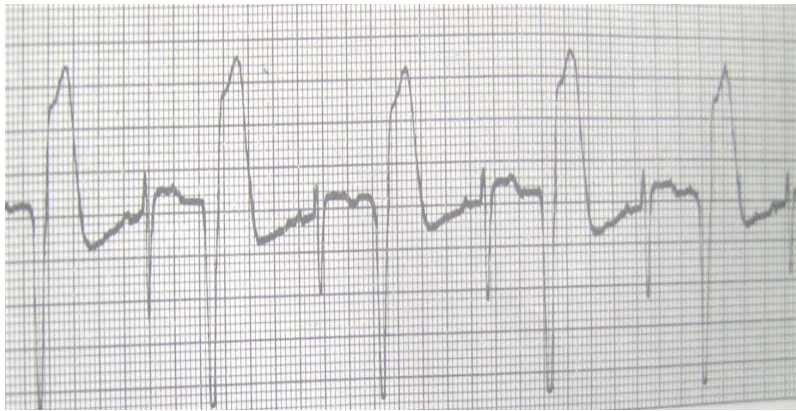
Lâm sàng thường biểu hiện cơn ngất, kèm theo cơ giật kiểu động kinh (cơn Adams-Stoke). Cơn tái phát nhiều lần càng nặng dần.

- + Nguyên nhân: viêm cơ tim do virus, bạch hầu, thấp tim...
- Xử trí:
 - + Đấm vào vùng trước tim 3 cái sau đó xoa bóp tim ngoài lồng ngực 60 lần /phút khi có cơn co giật.
 - + Truyền tĩnh mạch isuprel 1mg trong glucose 5%, sao cho nhịp tim lên đến trên 60 lần /phút. Theo dõi nhịp tim bằng monitor. Nếu nghi ngờ có thiếu kali thì truyền kali chlorid và magnesi sulfat.
 - + Nếu không có kết quả: đặt máy tạo nhịp tim tạm thời ngoài lồng ngực có xông điện cực trong buồng tim. Nếu sau 2 tuần tạo nhịp tim tạm thời, nhịp vẫn chậm phải đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.
 - + Xử trí nguyên nhân: corticoid, kháng sinh.

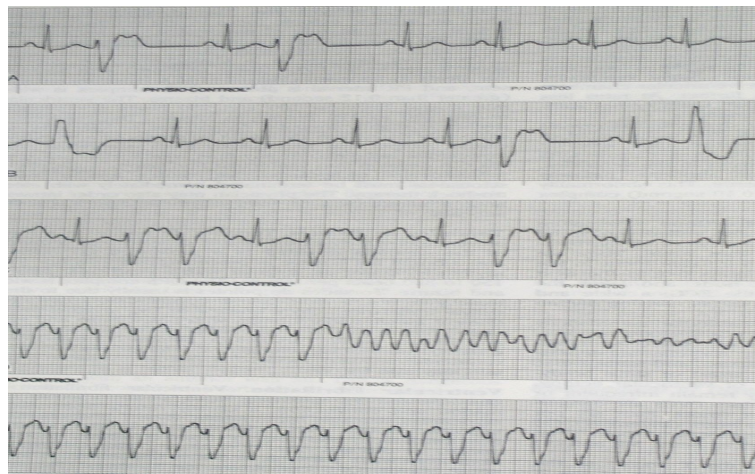
Một số hình ảnh điện tim bệnh lý



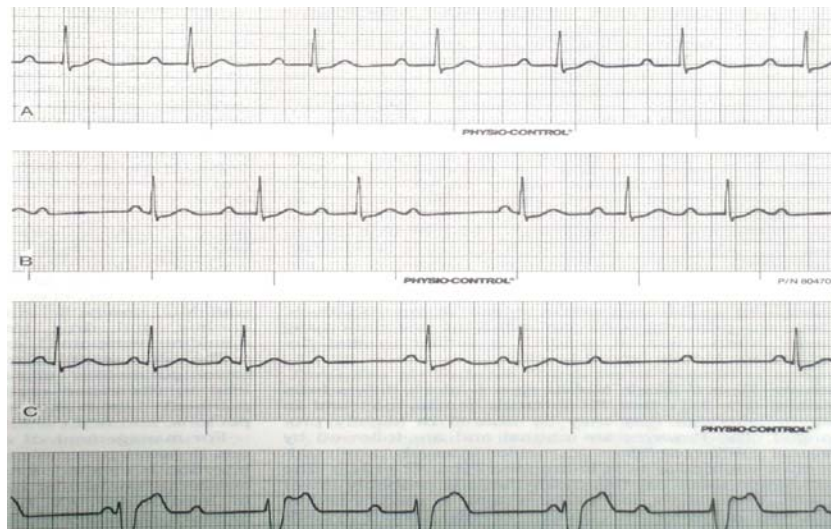
Hình 6.1. Hội chứng Brugada



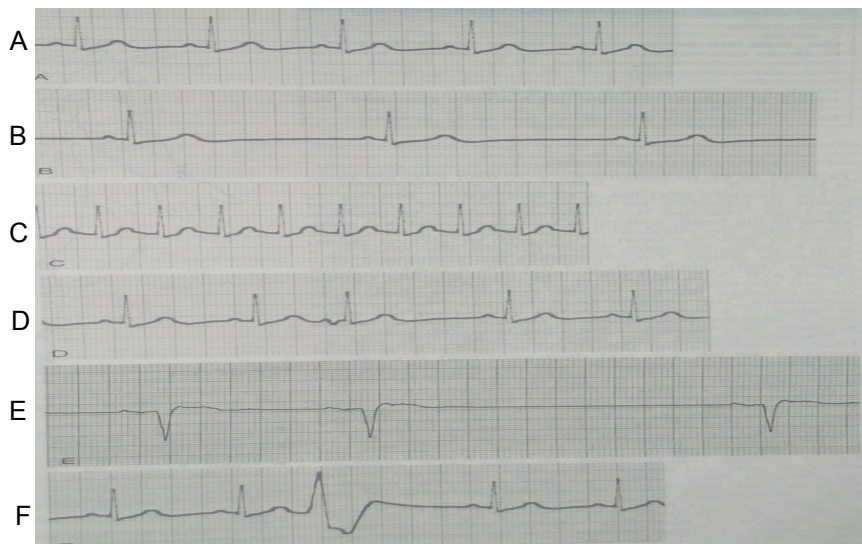
Hình 6.2. Ngoại tâm thu thất nhịp đôi



Hình 6.3. Ngoại tâm thu thất, R/T, rung thất, nhịp nhanh thất



Hình 6.4. Bloc nhĩ thất cấp 2, 3



Hình 6.5. Một số hình ảnh loạn nhịp tim

(A) Bình thường (B) Nhịp chậm xoang, (C) Nhịp nhanh xoang, (D) Ngoại tâm thu nhĩ, (E) Ngừng xoang và (F) Ngoại tâm thu thất

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ LOẠN NHỊP TIM

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Nhận định bằng hỏi bệnh

Trước một bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nhịp tim người điều dưỡng cần:

- Hỏi xem bệnh nhân hay bị hồi hộp, khó chịu trước ngực không?
- Hỏi xem bệnh nhân hay bị ngất không?

- Có hay lo lắng về bệnh tật không?
- Bị bệnh tim mạch trước đây không và tình hình điều trị?
- Các thuốc hiện đang sử dụng?
- Có bị bệnh gì khác không, chú ý về các bệnh nội tiết?

2.1.2. Nhận định bằng quan sát

- Tình thần của bệnh nhân.
- Tổng trạng của bệnh nhân: da và niêm mạc, tình trạng khó thở, phù.
- Quan sát mắt, tuyến giáp.

2.1.3. Thăm khám

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Nghe nhịp tim, tiếng tim, bắt mạch so sánh với nhịp tim.
- Khám tuyến giáp.
- Nghe phổi.
- Khám bụng bệnh nhân.
- Khám và phát hiện dấu run tay.

2.1.4. Thu thập các dữ liệu

- Qua hồ sơ bệnh án, cũng như các thuốc đã sử dụng gần đây.
- Qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân bị rối loạn nhịp đó là:

- Bệnh nhân lo lắng, hồi hộp do rối loạn nhịp tim.
- Xoàng đầu chóng mặt do thiếu máu.
- Nguy cơ tử vong do điều trị không có hiệu quả.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc về tinh thần.
- Tư thế nằm của bệnh nhân.
- Chuẩn bị các loại thuốc chống loạn nhịp tim thông thường như xylocain, isoptin.
- Chuẩn bị máy ghi điện tim: máy điện tim, giấy ghi, kem bôi.
- Chuẩn bị truyền dịch.

- Chuẩn bị máy làm sốc điện, máy tạo nhịp tim, ống nghe, máy đo huyết áp, máy monitor.
- Chuẩn bị các dụng cụ bảo đảm thông khí: oxy.
- Ống thông mũi, bóng ambu, máy hô hấp nhân tạo, ống nội khí quản.
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

Đối với bệnh nhân rối loạn nhịp tim cần thực hiện một số kế hoạch sau:

- Động viên, trấn an bệnh nhân vì bệnh nhân bị thường hay lo sợ, hốt hoảng.
- Đặt bệnh nhân nằm trên giường, mặc áo không cài khuy hoặc cởi áo, nằm đầu cao 30°- 45°.
- Thở oxy qua xông mũi 4-6 lít /phút.
- Chuẩn bị tấm ván cứng để khi cần làm ép tim ngoài lồng ngực.
- Đếm nhịp tim trong 1 phút, bắt mạch so sánh với nhịp tim.
- Đo huyết áp, đếm nhịp thở, tính lượng nước tiểu.
- Ghi điện tim.
- Sau đó nối máy theo dõi điện tim (monitor).
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi:
 - + Ăn nhẹ, ăn nhạt (xúp nóng, cháo đường, sữa...).
 - + Chăm sóc tại giường toàn diện.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Làm các xét nghiệm máu: urê, đường, điện giải, pH máu và các khí trong máu.
- Chuẩn bị máy làm sốc điện, máy tạo nhịp tim.
- Dụng cụ thở oxy.
- Bóng ambu, máy hô hấp nhân tạo, ống nội khí quản.
- Thuốc chống loạn nhịp tim.

2.4.3. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn, chú ý nhịp tim về tần số và biên độ.

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Số lượng nước tiểu.
- Các biến chứng hay các diễn biến mới xuất hiện.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân và gia đình biết về tình trạng bệnh tật, tiến triển và các biến chứng có thể xảy ra cũng như cách phòng bệnh.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

2.5.1. Kết quả tốt nếu

- Nhịp tim đang nhanh hay chậm nay trở về bình thường khi ngừng điều trị.
- Huyết áp trở lại bình thường.
- Bệnh nhân tỉnh táo, bớt lo sợ, hết vật vã và hốt hoảng.
- Nhịp thở chậm lại.
- Số lượng nước tiểu tăng lên.

2.5.2. Kết quả xấu cần tăng cường chăm sóc

- Nhịp tim vẫn nhanh, chậm hay không trở về bình thường sau khi ngừng điều trị.
- Huyết áp không lên hay không ổn định.
- Ý thức xấu.
- Tình trạng vô niệu.
- Rối loạn nhịp thở hoặc thở Cheynes Stoke.
- Cần lập lại kế hoạch chăm sóc và báo ngay cho bác sĩ.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể được các nguyên nhân có thể gây rối loạn nhịp tim
2. Trình bày được đặc điểm của cơn nhịp nhanh xoang
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng
 - A. Rối loạn nhịp tim là một cấp cứu nội khoa
 - B. Được gọi là nhịp nhanh xoang khi nhịp tim nhanh đều trên 100 lần /phút

- C. Chẩn đoán rối loạn nhịp tim nhờ ghi điện tim
- D. Nhịp xoang là nhịp có sóng P đi trước
- E. Thời gian khoảng PQ bình thường trên 20% giây
- F. Nguyên nhân của rối loạn nhịp có thể tại tim hoặc ngoài tim
- G. Loạn nhịp tim là nhịp tim có thể đều hoặc không đều

4. Chọn câu trả lời đúng nhất

4.1. Đặc điểm của cơn nhịp nhanh trên thất, **ngoại trừ:**

- a. Khởi đầu từ từ.
- b. Trống ngực mạnh làm cho bệnh nhân khó chịu.
- c. Kéo dài vài phút, vài giờ, vài ngày.
- d. Kết thúc đột ngột.
- e. Tần số 130-260, thường không có tụt huyết áp.

4.2. Đặc điểm của cơn nhịp nhanh thất, **ngoại trừ:**

- a. Toàn thân nặng biểu hiện: rất mệt, buồn nôn, thoáng ngất đôi khi co giật.
- b. Nhịp tim nhanh 150-220 lần /phút, đều
- c. Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ
- d. Ấn nhãn cầu thường có kết quả
- e. Điện tim: QRS giãn rộng, không có sóng P đi trước

Bài 7

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được xuất huyết não và nhũn não.
2. Trình bày được nguyên nhân, các biểu hiện lâm sàng và cách phòng bệnh nhũn não và xuất huyết não.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị tai biến mạch máu não

1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC CỦA TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

1.1. Đại cương

Tai biến mạch máu não là giảm chức năng của não xảy ra đột ngột do một mạch máu bị vỡ hoặc tắc bao gồm động mạch, mao mạch và hiếm hơn là tĩnh mạch mà không phải do chấn thương.

Tai biến mạch máu não tăng theo lứa tuổi, nhất là từ 50 tuổi trở lên. Nam thường ưu thế hơn giới nữ. Ở các nước công nghiệp phát triển như châu Âu và châu Mỹ, nhồi máu não chiếm khoảng 80%, ở nước ta khoảng 60%, còn lại là xuất huyết não. Để đánh giá tình hình tai biến mạch máu não phải dựa vào 3 tỷ lệ sau đây:

- Tỷ lệ mới mắc (incidence) theo OMS là 150-250/100.000, ở nước ta nói chung từ 20-35/100.000, tại Huế là 27,71/100.000 dân theo điều tra năm 1989- 1994.
- Tỷ lệ hiện mắc (prevalence) theo OMS là 500-700/100.000 dân, ở nước ta nói chung từ 45-85/100.000.
- Tỷ lệ tử vong trên 100.000 dân (nói lên tính chất trầm trọng của bệnh). Tỷ lệ này rất khác nhau giữa các nước, từ 35-240/100.000, ở nước ta 20-25/100.000 dân.

Về phân loại, người ta chia làm hai thể chính sau đây:

- Nhồi máu não (thiếu máu cục bộ não, nhũn não): xảy ra khi mạch máu bị nghẽn hoặc bị lấp.
- Xuất huyết não: khi máu thoát khỏi mạch vỡ vào nhu mô não, nếu vào khoang dưới nhện gọi là xuất huyết dưới nhện; phối hợp cả 2 loại gọi là xuất huyết não - màng não.

1.2. Nhồi máu não

1.2.1. Nguyên nhân

- Tắc mạch (thrombosis)
 - + Xơ vữa động mạch, thường gặp nhất khi trên 50 tuổi, nếu có đái tháo đường, hoặc tăng huyết áp, nghiện thuốc lá thì có thể tuổi dưới 50. Hậu quả là gây hẹp mạch tại não (hẹp trên 80% mới có triệu chứng) và có thể gây lấp mạch từ mảng xơ vữa của các động mạch lớn.
 - + Viêm động mạch: viêm động mạch hạt của Wegner, giang mai, lao, bệnh Takayashu, bệnh tạo keo, bệnh Horton...
 - + Bóc tách động mạch cảnh, sống lưng, đáy não.
 - + Các bệnh máu: tăng hồng cầu, hồng cầu hình liềm, thiếu hồng cầu nặng...
 - + U não chèn ép các mạch não.
 - + Bệnh Moyamoya gây tắc mạch ở đa giác Willis làm tân sinh mạch nhỏ.
- Co mạch (vasospasm)
 - + Co mạch sau xuất huyết dưới nhện.
 - + Co mạch hồi phục nguyên nhân không rõ, sau bán đầu thống, sang chấn sọ não, sản giật, hạ hay tăng huyết áp quá mức.
- Lấp mạch (embolie)
 - + Nguồn gốc từ xơ vữa: nơi phân đôi động mạch cảnh chung thành động mạch cảnh trong và ngoài (50%), vòi cảnh (20%), động mạch sống lưng khúc tận, quai động mạch chủ.
 - + Nguồn gốc từ tim: thường gặp, khoảng 20%, dưới 45 tuổi (tim bẩm sinh, hẹp hai lá, thấp tim, van giả, sa van hai lá, loạn nhịp tim chủ yếu là rung nhĩ, hội chứng yếu nút xoang, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cấp hoặc bán cấp, nhồi máu cơ tim giai đoạn cấp. Ngoài ra còn có ung thư (phổi), động kinh, suy yếu tố C hoặc S, thuốc chống thụ thai.

Thiếu máu cục bộ não chia làm 2 loại tùy thuộc thời gian thiếu máu.

- Thiếu máu cục bộ não thoáng qua:
 - + Rối loạn chức năng thần kinh khu trú, khởi đầu đột ngột, hồi phục trong vòng 24 giờ không để lại di chứng, do cục máu trắng (tiểu cầu) dễ tan, cục máu đỏ nhỏ, hay co thắt động mạch não thoáng qua.
 - + Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi bệnh. Không có một tiêu chuẩn nào chắc chắn. Biểu hiện lâm sàng rất khác nhau tùy theo hệ cảnh hay sống nền.
- Thiếu máu cục bộ não hình thành khi triệu chứng tồn tại trên 24 giờ.

Cơ chế bệnh sinh: khi thiếu máu cục bộ, vùng trung tâm bị hoại tử có lưu lượng máu 10-15ml/100g/phút và vùng bao quanh hoại tử có lưu lượng máu

23ml/100g/phút, với lưu lượng này đủ cho tế bào không chết nhưng không hoạt động được gọi là vùng tranh tối - tranh sáng hay còn gọi là vùng điều trị, vì nếu hồi phục lưu lượng thì tế bào não hoạt động trở lại bình thường. Ngày nay biết rõ có hiện tượng tái lập tuần hoàn ở vùng thiếu máu do cục máu tắc được giải phóng hay trôi đi, điều này nguy hiểm vì làm cho bệnh cảnh lâm sàng nặng lên do sự lan rộng vùng nhồi máu. Tổn thương tế bào não nơi thiếu máu cục bộ là do sự đổ ồ ạt ion Ca^{++} vào nội bào thông qua thụ thể N-methyl-D-aspartat và do tăng acid lactic.

1.2.2. Triệu chứng học

Nhồi máu khu vực động mạch cảnh

– Nhồi máu động mạch não giữa: nhồi máu động mạch não giữa chiếm 80% các nhồi máu của bán cầu não và chủ yếu nhánh nông.

+ Nhánh nông:

* Nhánh nông trước: liệt nửa người khác bên ưu thế tay -mặt, rối loạn cảm giác khác bên ưu thế tay -mặt, liệt động tác liếc phối hợp hai mắt về phía bên kia, thất vận ngôn kiểu Broca nếu bán cầu ưu thế.

* Nhánh nông sau: bán manh cùng tên bên đối diện thể 1/4 dưới. Nếu ở bán cầu ưu thế thì có thất ngôn kiểu Wernicke, mất thực dụng ý niệm vận động, mất đọc, mất viết, mất khả năng tính toán, quên ngón tay, không phân biệt được phải trái. Nếu ở bán cầu không ưu thế thì sẽ có các triệu chứng sau: mất nhận biết tên đồ vật, mất phân biệt 1/2 sơ đồ cơ thể và không gian bên trái kèm mất thực dụng.

+ Nhánh sâu:

* Liệt 1/2 người nặng, tỷ lệ đôi khi có bán manh cùng bên, rối loạn cảm giác kín đáo hoặc không, rối loạn diễn đạt chủ yếu nói khó (bán cầu ưu thế).

* Nếu nghẽn hoàn toàn nhánh nông lẫn nhánh sâu liệt nửa người nặng, tỷ lệ kèm mất cảm giác, bán manh cùng tên, thất ngôn nếu ở bán cầu ưu thế rối loạn ý thức.

– Nhồi máu động mạch não trước:

+ Nhánh nông: nếu một bên thì liệt chân bên đối diện, rối loạn cảm giác chân bị liệt, đái không tự chủ, có phản xạ nắm (grasping reflex), rối loạn chức năng cao cấp như ngôn ngữ thu hẹp, thờ ơ, dăng trí, không còn các cử chỉ phức tạp. Nếu tổn thương hai bên gây liệt hai chân và rối loạn trí nhớ.

+ Nhánh sâu:

* Liệt 1/2 người toàn bộ đồng đều, mất cảm giác kiểu 1/2 người, bán manh cùng bên, không có thất vận ngôn.

* Nếu tắc động mạch cảnh trong: gây hội chứng thị -tháp với biểu hiện mù mắt bên tắc và liệt nửa người bên đối diện.

Nhồi máu khu vực động mạch sống nền: động mạch sống nền tưới máu cho hành não, cầu não, cuống não, tiểu não, gian não, đồi thị, mặt trong thùy chẩm, mặt trong thùy thái dương, 1/5 sau của thể chai.

- Động mạch não sau: bán manh cùng bên, lú lẫn tâm thần, quên (hội chứng Korsakoff), nếu hai bên thì mù vỏ não nhưng còn phản xạ đối với ánh sáng, có thể có rối loạn cảm giác 1/2 người do tổn thương đồi thị (hội chứng Dejerine-Roussy), múa giật, múa vờn.
- Động mạch thân nền: tùy theo vị trí mà cho nhiều hội chứng liệt chéo, rối loạn ý thức và giấc ngủ (do tổn thương hệ thống lưới).
 - + Nếu khối máu lớn ở thân não thường tử vong, có thể gây hội chứng tháp hai bên nặng hơn là hội chứng giam hãm: liệt tứ chi, liệt dây VI, VII cả hai bên và chỉ còn động tác nhìn lên.
 - + Tổn thương cuống não gây hội chứng Weber là liệt dây III cùng bên tổn thương và liệt tay chân bên đối diện khi tổn thương phần giữa phía bụng, nếu tổn thương phần sau giữa gây hội chứng Claude đó là liệt dây III và hội chứng tiểu não bên đối diện.
 - + Tổn thương cầu não gây hội chứng Millard-Gubler là liệt VII ngoại biên cùng bên tổn thương và liệt tay chân bên đối diện, hoặc hội chứng Foville liệt VI bên tổn thương và liệt tay chân bên đối diện.
 - + Tổn thương hành tủy thường gặp hơn đó là hội chứng Walenberg do nhũn vùng bên hành tủy, thường khởi đầu đột ngột, chóng mặt, rối loạn thăng bằng, nhức đầu phía sau, nôn, nấc cụt, rối loạn nuốt.
 - + Tổn thương tiểu não: chóng mặt, nôn, hội chứng tiểu não, giật nhãn cầu, lưu ý nhũn tiểu não gây phù nặng dẫn tới chèn ép thân não hoặc tụt kẹt hạnh nhân tiểu não nên phải phẫu thuật.

1.2.3. Diễn tiến và biến chứng

Đặc điểm lâm sàng của thiếu máu cục bộ não là nhanh chóng tiến tới tối đa về các dấu hiệu thần kinh, có thể nặng lên sau 3 ngày đầu do phù não hay lan rộng ổ nhũn não, hoặc xuất huyết thứ phát, nhất là lớp mạch. Sau tuần thứ hai bệnh cảnh có thể nặng lên do nhiễm khuẩn, rối loạn dinh dưỡng, loét, rối loạn điện giải. Có thể hồi phục sớm nếu không có phù não nặng và nhũn không lan rộng. Sự hồi phục chức năng không hoàn toàn kéo dài 1-2 năm. Biến chứng muộn là động kinh, nhồi máu cơ tim, cứng khớp (nhất là khớp vai), rối loạn tâm thần...

1.2.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: theo Tổ chức Y tế Thế giới để xác định TBMMN thì cần có 3 tiêu chuẩn lâm sàng sau đây:

- + Một là, có triệu chứng thần kinh khu trú.
- + Hai là, triệu chứng đó xảy ra đột ngột.
- + Ba là, không có chấn thương sọ não.

Với 3 tiêu chuẩn trên thì độ chính xác 95-99%. Tuy nhiên có giá trị nhất là chụp não cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ não.

- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Xuất huyết não

Bảng 7.1. Phân biệt giữa nhồi máu não và xuất huyết não

Biểu hiện lâm sàng	Nhồi máu não	Xuất huyết não
Tam chứng khởi đầu Nhức đầu Rối loạn ý thức Nôn	Không hoặc rất hiếm nếu có thì từ ngày thứ 2 trở đi	Đầy đủ, phổ biến ngay từ đầu, nặng lên những giờ đầu.
Thời gian tiến tới toàn phát	Nhanh, từng nấc, đỡ nhanh	Nhanh, nặng lên liên tục trong 12 giờ đầu
Dấu hiệu màng não	Không có	Hay gặp
Dịch não tủy	Trong	Máu không đông hoặc màu vàng hay trong
Chụp não cắt lớp vi tính	Vùng giảm tỉ trọng sau 48 giờ	Tăng tỉ trọng thuần nhất, phù xung quanh, chèn ép, máu trong não thất
Dấu toàn thân	Không sốt	Sốt trong giai đoạn toàn phát, bạch cầu ngoại vi tăng
Bệnh nguyên	Xơ vữa động mạch Bệnh tim	Tăng huyết áp Dị dạng mạch não

- + U não, áp xe não: thường khởi đầu từ từ, các dấu hiệu thần kinh khu trú lan như vết dầu loang.
- + Tụ máu dưới màng cứng mạn: khó trong những trường hợp chấn thương nhẹ trước đó vài tuần, vài tháng, khởi bệnh thường từ từ với nhức đầu buổi sáng, tinh thần trì trệ, gõ xương sọ đau vùng tụ máu, thiếu sót chức năng não. Phân biệt nhờ chụp mạch não hoặc chụp não cắt lớp vi tính.
- + Động kinh cục bộ: vì nó cũng xảy ra đột ngột, thường lặp đi lặp lại (lưu ý khi tai biến mạch máu não cũng có thể khởi đầu với cơn động kinh). Cần chụp cộng hưởng từ não để loại trừ các nguyên nhân khác gây động kinh cục bộ.

1.2.5. Điều trị

Chỉ giữ lại điều trị tại tuyến cơ sở khi tai biến mạch máu não thoáng qua, còn khi tai biến hình thành nên chuyển bệnh nhân lên tuyến huyện, tỉnh hay trung ương.

1.2.5.1. Điều trị nội khoa

- Điều trị nhằm 4 mục tiêu: duy trì đời sống, giới hạn tổn thương não, hạn chế di chứng và biến chứng.
- Trên thực tế có 2 loại biện pháp sau đây:
 - + Các biện pháp tái lập tuần hoàn não
 - * Các thuốc làm tiêu huyết khối, giải phóng tắc mạch 80% trong những giờ đầu (trước 6 giờ mới có hiệu quả), tuy nhiên có nguy cơ chảy máu. Các thuốc trong nhóm này như streptokinase, plasminogen.
 - * Các thuốc chống đông như heparin hạn chế sự phát triển cục máu tắc được chỉ định trong tắc mạch nguồn gốc từ tim. Chống chỉ định đối với các tai biến thần kinh nặng, nhồi máu rộng, nhồi máu có chảy máu thứ phát và tăng huyết áp dao động.
 - * Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu như aspirin, ticlopidin, dipyridamol, triflusal (Disgren) chủ yếu dự phòng cấp 2.
 - * Các thuốc giãn mạch não chỉ có naftidrofuryl (Praxilene) là có hiệu quả với liều 600 mg /ngày.
 - + Các biện pháp bảo vệ tế bào não:
 - * Các chất chẹn Ca^{++} nếu dùng sớm trước 48 giờ, có hiệu quả nhất là nhóm nimodipin.
 - * Kháng serotonin, piracetam, vinpocetin đã được sử dụng.
 - * Cerebrolysin 10ml/ngày 2-3 ống tiêm tĩnh mạch trong 20-30 ngày.
- Điều trị triệu chứng là chính, bằng các biện pháp sau:
 - + Đảm bảo khí lưu thông tốt, nhất là khi rối loạn ý thức cho nằm đầu thấp, nghiêng sang một bên để tránh hít phải chất nôn, tránh tụt lưỡi gây ngạt thở, hút đờm dãi.
 - + Cung cấp đầy đủ O_2 cho não nhằm hạn chế tổn thương tối thiểu vùng bị tổn thương đồng thời chống phù não thứ phát, cho thở máy, tăng thông khí để giảm phù não.
 - + Đảm bảo huyết áp ổn định, tránh tụt huyết áp nhanh, nếu huyết áp thấp phải cho dopamin, còn tăng huyết áp dùng chẹn calci như nifedipin, nicardipin, nimodipin. Ngoài tác dụng hạ huyết áp còn có tác dụng bảo vệ tế bào não khỏi hoại tử nếu dùng sớm trước 48 giờ.
 - + Cân bằng nước, điện giải.
 - + Chống động kinh nếu có.
 - + Chống phù não khi nghi có tụt kẹt hoặc tự nhiên ý thức xấu đi bằng mannitol 20% x 0,1-0,25g/kg (500ml 20%, truyền 40 giọt /phút trong 1

giờ sau đó 07 giọt /phút trong 4-5 giờ, sau lặp lại vì mannitol chỉ tác dụng tối đa 4-6 giờ, thường dùng 3-5 ngày.

- + Vật lý trị liệu sớm: tránh dùng dung dịch glucose, nhất là dung dịch ưu trương vì đường máu cao làm tăng trưởng cục máu tắc và làm tăng acid lactic tại vị trí nhồi máu não.

1.2.5.2. Điều trị ngoại khoa

Cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh khi xơ vữa gây hẹp từ 80% trở lên.

1.2.6. Tiên lượng

Tiên lượng nặng khi có các yếu tố sau:

- Kích thước của nhồi máu lớn, vị trí ở hố sau (thân não, tiểu não), rất nặng trừ hội chứng Walenberg.
- Trên 70 tuổi.
- Rối loạn ý thức.
- Bệnh tim kết hợp.
- Tiền sử nhồi máu não.
- Tăng huyết áp không kiểm soát được.

1.3. Xuất huyết nội sọ

1.3.1. Nguyên nhân

- Tăng huyết áp, thường gây xuất huyết ở động mạch não giữa, nhánh sâu.
- Xuất huyết nguyên nhân không xác định.
- Vỡ túi phồng động mạch: thường gặp ở chỗ phân nhánh của mạch máu lớn vùng đáy não gây chảy máu vào khoang dưới nhện. Tỷ lệ cao ở trên vòng Willis, động mạch cảnh trong 41%, động mạch não trước 34%, nơi xuất phát động mạch thông sau 25%, động mạch não giữa 20%, động mạch sống nền 20%, khúc trên của động mạch cảnh 14% và ở xoang hang 2%.
- Vỡ túi phồng động tĩnh mạch: chủ yếu ở 1/2 bán cầu não sau, nam nhiều hơn nữ, thường gây tụ máu và ít gây xuất huyết dưới nhện.
- Các bệnh gây chảy máu: bệnh bạch cầu, tiêu sợi huyết, bệnh ưa chảy máu...
- Xuất huyết vào tổ chức não tiên phát và thứ phát do u.
- Xuất huyết thứ phát sau nhồi máu não.
- Viêm nhiễm động - tĩnh mạch.
- Các nguyên nhân hiếm gặp: sau chụp mạch não, thuốc giãn mạch, gắng sức, thủ thuật thăm dò tiết niệu, biến chứng rò động - tĩnh mạch xoang hang, thiếu dưỡng khí máu, bán đầu thống, dị dạng, viêm não thể vùi.

1.3.2. Triệu chứng

Đại đa số xảy ra đột ngột với nhức đầu dữ dội, nôn và rối loạn ý thức, rối loạn thực vật nặng nề (rối loạn hô hấp, tăng huyết áp hay trụy mạch, sốt cao), liệt nửa người nặng, liệt mềm. Vị trí tổn thương hay gặp ở bao trong (50%). Trên lâm sàng để xác định vị trí các ổ xuất huyết, các dấu về nhãn cầu rất quan trọng. Xuất huyết bao trong hai mắt lệch ngang về phía bên đối diện với bên liệt, phản xạ đồng tử đối với ánh sáng bình thường; xuất huyết đồi thị hai mắt đưa xuống dưới vào phía mũi, đồng tử nhỏ, không phản ứng với ánh sáng; khi xuất huyết thân não hai mắt có thể lệch ngang về phía đối diện với tổn thương, kích thước đồng tử bình thường, còn phản ứng với ánh sáng. Tiên lượng phụ thuộc vào vị trí và đường kính ổ tổn thương, trên lều lớn hơn 5 cm, dưới lều trên 3 cm tiên lượng rất nặng, thường tử vong. Lâm sàng có cơn mất não hoặc động kinh, rối loạn thần kinh thực vật, nặng thường dẫn đến tử vong do tụt kẹt. Có thể có biến chứng tắc động mạch phổi, tăng đường máu, tăng ADH, tăng huyết áp, ngừng tim. Có khi có dấu màng não.

Thăm dò cận lâm sàng:

- Nhanh là chụp não cắt lớp vi tính cho thấy vùng tăng tỷ trọng, sau hai tuần thì giảm tỷ trọng dần và tiến tới đồng tỷ trọng nhưng còn thấy dấu hiệu đè ép, sau một thời gian để lại hình dấu phẩy giảm tỷ trọng.
- Cộng hưởng từ não phát hiện tốt nhất đặc biệt là ở hố sau (hình ảnh tăng tỷ trọng, màu trắng) và có thể cho biết dị dạng mạch.
- Chụp động mạch não: vị trí khối máu tụ, di lệch mạch máu và dị dạng mạch.
- Chọc dò dịch não tủy: nếu có máu là chắc chắn nhưng cũng phải phân biệt với chọc nhầm mạch máu. Nếu lúc đầu không có máu nhưng thấy áp lực tăng và sau vài ngày chọc có máu hoặc màu vàng là chắc có khối máu tụ trong nhu mô não.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu cao chủ yếu trung tính, bilirubin máu tăng trong chảy máu nhiều hay rối loạn đông máu.

1.3.3. Điều trị

Thể này không nên điều trị tại tuyến y tế cơ sở mà nên chuyển bệnh nhân lên tuyến huyện, tỉnh hoặc trung ương.

- Nội khoa:
 - + Hồi sức hô hấp.
 - + Hồi sức tuần hoàn: duy trì huyết áp ở mức trung bình, dùng thuốc hạ huyết áp khi huyết áp tăng.
 - + Cân bằng nước - điện giải.
 - + Nuôi dưỡng.

- + Chống co thắt mạch bằng nimodipin.
- + Chống co giật: valium.
- + Chống phù não: mannitol 20%, liều 0,5g/kg tĩnh mạch nhanh 40 giọt phút trong 1 giờ sau đó 7 giọt/phút trong 5 giờ sau lặp lại.
- + Chống nhiễm trùng và loét.
- + Phục hồi chức năng.
- Ngoại khoa: khi ổ trên lều > 5cm, xuất huyết tiểu não hay khi dị dạng mạch máu não nằm nông là phải mổ vì gây chèn ép.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

2.1. Nhận định tình hình

Bệnh nhân bị tai biến mạch máu não thường là một bệnh cấp tính, diễn biến kéo dài, có thể ngày càng nặng dần tùy theo nguyên nhân và mức độ tổn thương, nhiều biến chứng rất nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu chúng ta không điều trị và chăm sóc chu đáo. Vì vậy người điều dưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân cần phải nhẹ nhàng, ân cần và biết thông cảm.

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Trạng thái tinh thần của bệnh nhân: lo lắng, sợ hãi...
- Có biết bị tăng huyết áp không và thời gian bị tăng huyết áp?
- Có đi lại được không?
- Thuốc và cách điều trị tăng huyết áp như thế nào?
- Các bệnh tim mạch đã mắc?
- Đã bao giờ bị liệt hay bị yếu tay chân chưa?
- Có hay nhức đầu, mất ngủ hay nhìn có bị mờ không?
- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Khả năng nói của bệnh nhân?
- Có bị bệnh thận trước đây không?
- Có hay bị sang chấn gì không?
- Tình trạng đi tiểu: số lượng và màu sắc?

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: mệt mỏi, tỉnh táo hay hôn mê.
- Quan sát vận động tay chân của bệnh nhân.

- Quan sát các tổn thương trên da.
- Tình trạng miệng và mặt có bị méo không?
- Tuổi trẻ hay lớn tuổi?
- Tự đi lại được hay phải giúp đỡ?
- Bệnh nhân mập hay gầy?
- Có bị phù không?
- Tình trạng đại và tiểu tiện của bệnh nhân.
- Các dấu hiệu khác.

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

Quan trọng là đo dấu hiệu sống, trong đó huyết áp là dấu quan trọng nhất. Phải chú ý đến cả huyết áp tối đa và tối thiểu.

Khám các dấu thần kinh khu trú.

Khám dấu cơ lực và trương lực của bệnh nhân.

Khám mắt và các thương tổn khác.

Ngoài ra cần chú ý các dấu chứng khác như: tình trạng tim mạch, các dấu ngoại biên, số lượng nước tiểu, tình trạng phù.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Kiểm tra các xét nghiệm, các thuốc và cách sử dụng các thuốc nếu có.
- Thu thập thông tin qua gia đình, hồ sơ bệnh án.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân bị tai biến mạch máu não:

- Nhức đầu do tăng huyết áp.
- Mất khả năng vận động do liệt.
- Khả năng giao tiếp bằng lời giảm do tai biến mạch máu não.
- Nguy cơ loét ép do chăm sóc không tốt.
- Nguy cơ nhiễm trùng hô hấp do nằm lâu.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác các dấu chứng trên giúp cho người điều dưỡng có được các chẩn đoán điều dưỡng. Người điều dưỡng cần phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau tùy từng trường hợp cụ thể.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế đầu cao, nằm nghiêng về một bên.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Ăn đầy đủ năng lượng và nhiều hoa quả tươi.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.
- Hướng dẫn gia đình tự theo dõi các tác dụng phụ của thuốc, biểu hiện bất thường.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Tình trạng tai biến mạch máu não: tinh thần, vận động...
- Theo dõi các nguyên nhân gây tai biến mạch máu não.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: bilan lipid máu, điện tim, siêu âm, soi đáy mắt.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Theo dõi các biến chứng.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây tai biến mạch máu não cũng như cách phát hiện các hiệu dấu tai biến mạch máu não, cách phòng, điều trị và theo dõi bệnh nhân tai biến mạch máu não.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân tăng huyết áp là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần. Bệnh để lại di chứng rất nặng nề nếu không được điều trị và chăm sóc một cách đúng đắn. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh, hoặc do tai biến điều trị.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ngơi đầu cao và nghiêng về một bên.
- Tránh lao động trí óc căng thẳng, lo lắng quá độ.
- Vận động và xoa bóp tay chân.
- Thay đổi tư thế mỗi 2 giờ /lần.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để bệnh nhân an tâm điều trị.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là tình trạng tăng huyết áp. Tùy theo từng trường hợp cụ thể để theo dõi có thể từ 15 phút cho đến 2 giờ đo một lần.
- Hút đờm rãi khi có ứ đọng đờm rãi.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Ăn uống đủ năng lượng, nhiều sinh tố và hạn chế muối dưới 5g/ngày, hạn chế mỡ, các chất béo động vật, kiêng rượu, thuốc lá, chè đặc. Đặt sonde dạ dày nuôi dưỡng nếu bệnh nhân không có khả năng nuốt.
- Tránh các yếu tố kích thích cho bệnh nhân.
- Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. Áo quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.
- Chăm sóc chống loét bằng đệm hơi hoặc đệm nước, xoay trở người mỗi 2 giờ kèm xoa bóp, tránh viêm phổi (ứ đọng đờm dễ gây viêm phổi) bằng vỗ rung ngực. Chống nhiễm trùng hô hấp hoặc đường tiểu do xông tiểu.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc, như: các thuốc tiêm, thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, đường máu, ure và creatinin máu, điện tim, protein niệu, soi đáy mắt và chụp X quang tim phổi.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở phải được theo dõi kỹ.
- Theo dõi tình trạng liệt.
- Theo dõi tình trạng thông khí.
- Theo dõi tình trạng loét ép do nằm lâu.
- Tình trạng tổn thương mắt, thận và tim mạch.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra, đặc biệt chú ý các thuốc có thể gây hạ huyết áp mạnh.
- Các di chứng của tai biến mạch máu não.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây tai biến mạch máu não cũng như cách phát hiện các dấu chứng khi bị tai biến mạch máu não, cách phòng, chăm sóc và theo dõi bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Phòng bệnh cấp 0

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ, song đáng chú ý nhất là tăng huyết áp và xơ vữa động mạch, rất thường gặp ở lứa tuổi từ 50 trở lên, nên có thông tin rộng rãi để các đối tượng trên theo dõi huyết áp đều đặn và áp dụng các biện pháp phòng tăng huyết áp như tránh ăn mặn, hạn chế những căng thẳng về mặt tinh thần, tránh ăn nhiều gây mập phì, tránh các chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá, tránh gió lùa, mặc ấm khi thay đổi thời tiết, nhất là từ nóng chuyển sang lạnh, đang nằm trong chăn ấm tránh ra lạnh đột ngột.

Ngoài ra cần phòng thấp tim một cách hiệu quả như tránh ở nơi ẩm thấp, giữ ấm khi trời lạnh để tránh viêm họng, khi bị thấp tim phải được theo dõi và điều trị đúng để tránh tổn thương van tim.

Phòng bệnh cấp 1

Khi có yếu tố nguy cơ (bệnh nguyên) phải điều trị để tránh xảy ra tai biến như theo dõi và điều trị tăng huyết áp, chống ngưng tập tiểu cầu bằng aspirin 150-300 mg/ngày hay disgren 300 mg /ngày khi có xơ vữa động mạch, điều trị hẹp hai lá bằng chống đông khi có rung nhĩ hay nong van hoặc thay van.

Phòng bệnh cấp 2

Khi đã xảy ra tai biến nhất là tai biến thoáng qua phải tìm các yếu tố nguy cơ trên để can thiệp tránh xảy ra tai biến hình thành. Nếu đã xảy ra tai biến hình thành thì tránh tái phát bằng cách điều trị các bệnh nguyên cụ thể cho từng cá thể.

Phòng bệnh cấp 3

Thay đổi tư thế kèm xoa bóp mỗi 1-2 giờ hay nằm đệm nước để tránh loét. Vận động tay chân để tránh cứng khớp. Kết hợp với khoa phục hồi chức năng hay khoa y học dân tộc để luyện tập, chăm cứu cho bệnh nhân đồng thời hướng dẫn cho thân nhân tập luyện tại nhà.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh để đánh giá tình hình bệnh tật:

- Đánh giá công tác chăm sóc và thực hiện các y lệnh đối với bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng liệt có cải thiện không.
- Đánh giá tình trạng ý thức.
- Đánh giá tình trạng huyết áp.
- Đánh giá các di chứng của tai biến mạch máu não.
- Đánh giá về tinh thần, vận động.
- Đánh giá tình trạng thông khí.

- Đánh giá cách giải quyết các nguyên nhân.
- Đánh giá các biến chứng.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không, nhất là vận động.
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu hay các nhu cầu phát sinh mới cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện trên bệnh nhân.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các nguyên nhân gây tai biến mạch máu não
2. Phân biệt được nhồi máu não và xuất huyết não
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng
 - A. Tăng huyết áp nguyên phát thường gây xuất huyết não
 - B. Nhũn não thường gặp hơn xuất huyết não
 - C. Teo cơ là một di chứng của tai biến mạch máu não
 - D. Cần sử dụng thuốc chống đông sớm trong trường hợp bị xuất huyết não
 - E. Tai biến mạch máu não là bệnh xảy ra đột ngột
 - F. Tai biến mạch máu não có thể để lại di chứng khó hồi phục
4. Chọn câu đúng nhất

(A) Tai biến mạch máu não là bệnh tiến triển kéo dài và có thể để lại di chứng nặng nề. VÌ VẬY (B) Điều dưỡng khi chăm sóc bệnh nhân bị tai biến mạch máu não phải chu đáo và tránh để xảy ra loét ép.

- a. A đúng, B đúng. A, B có liên quan nhân quả
- b. A đúng, B đúng. A, B không có liên quan nhân quả
- c. A đúng, B sai
- d. A sai, B đúng
- e. A sai, B sai

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM NỘI TÂM MẠC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và các triệu chứng lâm sàng.
2. Nêu được các thể lâm sàng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

1. BỆNH HỌC CỦA VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

1.1. Đại cương

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là bệnh nhiễm trùng màng trong tim, tổn thương chủ yếu là các van tim, nhưng lớp nội mạc của buồng tim, các mạch máu lớn cũng bị tổn thương trong bối cảnh lâm sàng chung, do nhiều tác nhân gây bệnh và nhiều đường vào khác nhau cuối cùng khu trú ở nội tâm mạc. Tổn thương với đặc trưng là loét và sùi nhất là các van tim, đứng hàng đầu là van hai lá rồi đến van động mạch chủ, van ba lá ít gặp hơn.

Viêm nội tâm mạc xảy ra trên các van tim, đa số bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, tuổi thường gặp < 50, nam nhiều hơn nữ, 60-80% bệnh nhân có tiền sử bị bệnh tim trước đó chủ yếu là bệnh van tim, hay gặp van hai lá rồi đến van động mạch chủ, 10-20% do sa van hai lá, bệnh tim bẩm sinh.

Các bệnh tim thoái hóa cũng là cơ sở đưa đến viêm nội tâm mạc, đặc biệt là hẹp van động mạch chủ vôi hóa ở người già, hiếm hơn phì đại vách không đối xứng, hội chứng Marfan, hẹp van động mạch chủ do giang mai và 20-40% không có bệnh tim từ trước.

Viêm nội tâm mạc ở bệnh nhân tiêm chích ma túy thường gặp ở nam giới trẻ tuổi không có bệnh tim. Da thường là nguồn lây nhiễm chủ yếu, trong đó van ba lá thường hay bị tổn thương nhất.

Viêm nội tâm mạc ở bệnh nhân mang van nhân tạo chiếm 10-20%, đa số là nam giới, van động mạch chủ thường bị hơn van hai lá, tổn thương thường cạnh van trên đường khâu van nhân tạo với vòng van. Bệnh thường xảy ra trong tuần đầu hay trong năm đầu sau phẫu thuật chiếm 1-2% trường hợp.

Người ta phân biệt 2 thể chủ yếu của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn sau:

- Viêm nội tâm mạc ác tính cấp: tiến triển nhanh, xuất hiện trên một nội tâm mạc lạnh, thể này nặng nề, gây tử vong nhanh và thường trong bối cảnh nhiễm trùng huyết. Tổn thương giải phẫu bệnh là loét, ăn mòn, sau cùng là thủng các van, có thể đứt các dây chằng, loét sùi có thể gây nên áp xe ở một số phủ tạng như gan, lách, thận. Thể này được gọi là ác tính vì trước khi có kháng sinh tử vong là 100%.
- Viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn Jaccoud-Osler: là tổn thương loét sùi xảy ra trên các bệnh van tim, tim bẩm sinh có trước. Vi khuẩn gây bệnh được phát hiện nhờ cấy máu hoặc giải phẫu tử thi với cấy mủ ở nơi tổn thương. Trước khi có kháng sinh, đây là một bệnh nặng tử vong 100%, nhưng từ khi có kháng sinh tỉ lệ tử vong có giảm nhưng vẫn còn là bệnh nặng.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Vi khuẩn gây bệnh

Đa số trường hợp vi khuẩn gây bệnh là liên cầu, thường là liên cầu nhóm D, là vi khuẩn thường gặp trong Osler, ít nhạy cảm với penicillin. Liên cầu tan huyết α và liên cầu tan huyết β rất nhạy cảm với penicillin, ngoài ra còn gặp viêm nội tâm mạc do liên cầu. Hiện nay tụ cầu là vi khuẩn cũng hay gặp là do nhiễm trùng huyết sau nạo phá thai (loại này thường nặng, tỉ lệ tử vong cao do đề kháng với nhiều loại kháng sinh). Ngoài ra cũng có thể gặp viêm nội tâm mạc do trực trùng Salmonella, Brucella.

1.2.2. Đường vào

Bảng 8.1. Đường xâm nhập và loại vi khuẩn gây bệnh

Đường xâm nhập	Tổn thương	Vi khuẩn
Răng, miệng	Nhổ răng, u hạt dính liên cầu	Liên cầu
Tai mũi họng	Viêm họng, viêm tai, cắt amydan, viêm xoang	Liên cầu D, liên cầu
Tiết niệu	Thông tiểu, soi bàng quang, mổ tiết niệu	Liên cầu D, tụ cầu vàng, trực khuẩn Gr (-)
Phụ khoa	Phá thai, sinh đẻ, viêm nội mạc tử cung	Tụ cầu, liên cầu D
Da	Bỏng, bệnh về da	Tụ cầu
Tiêu hóa	Viêm túi mật, u tiêu hóa	Liên cầu, tụ cầu
Ống thông	Dụng cụ	Tụ cầu
Shunt thận nhân tạo	Dụng cụ, qua chỗ chọc	Trực khuẩn Gr (-), tụ cầu
Dùng ma túy	Qua tiêm chích	Trực khuẩn Gr (-)
Mổ tim	Dụng cụ, qua vết mổ	Nấm men, tụ cầu

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Giai đoạn khởi phát

Bệnh nhân thường bắt đầu bởi sốt không rõ nguyên nhân trên bệnh nhân bị bệnh tim, vì vậy nếu bệnh nhân có mắc bệnh tim mà sốt không rõ nguyên nhân trên 10 ngày, kèm suy nhược cơ thể, kém ăn, xanh xao phải nghĩ đến viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn (Osler), cần nghĩ đến bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và phải thăm dò chẩn đoán bằng cách:

- Tìm đường vào của vi khuẩn.
- Xét nghiệm nước tiểu để tìm protein và bạch cầu niệu.
- Cấy máu nhiều lần, không nên cho kháng sinh làm cấy máu trở nên âm tính.
- Đôi khi bệnh có thể bắt đầu bằng một tai biến mạch máu não với liệt nửa người hay nhồi máu các phủ tạng.

1.3.2. Giai đoạn toàn phát

Thường sau vài tuần các triệu chứng rõ dần với:

- Sốt và suy nhược cơ thể: sốt dao động kèm rét run hoặc sốt kiểu lặn sóng, nhiệt độ 39-40°C xen kẽ những đợt không sốt do đó phải cặp nhiệt mỗi 3 giờ một lần, da xanh, gầy và thiếu máu.
- Nghe tim: bệnh tim từ trước thường không thay đổi. Theo thứ tự thường gặp là bệnh hở van động mạch chủ, hở van hai lá, hẹp van hai lá, bệnh van ba lá và van động mạch phổi hiếm gặp hơn. Bệnh tim bẩm sinh như còn ống động mạch, thông liên thất, hẹp động mạch phổi, hẹp dưới van động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ, tứ chứng Fallot.
- Ngón tay dùi trống rất có giá trị chẩn đoán trên bệnh tim có sốt nhưng dấu hiệu này thường muộn, ngoài ra xuất huyết dưới da, niêm mạc cũng có thể gặp.
- Lách to: thường 2-4 cm dưới bờ sườn, rất có giá trị chẩn đoán nhất là khi phối hợp với bệnh tim có sốt.
- Thận: kinh điển là đái máu đại thể hay vi thể, protein niệu gặp trong 70% trường hợp.
- Các dấu chứng khác: tắc các động mạch, có thể gặp các động mạch sau:
 - + Tắc mạch não gây liệt nửa người.
 - + Tắc mạch chi gây đau, da xanh tái, lạnh.
 - + Tắc mạch lách gây đau hạ sườn trái, lách to nhanh.
 - + Tắc mạch mạc treo: đau bụng.
 - + Tắc mạch thận: đau thắt lưng dữ dội, đái ra máu, thường vô niệu phản xạ trong 3 giờ đầu.

- + Nhồi máu phổi: đau ngực, ho ra máu, khó thở.
- + Viêm màng não mủ, xuất huyết màng não.
- + Tắc mạch kết mạc mắt.

1.3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu giảm, bạch cầu tăng.
- Máu lắng (VSS) tăng.
- Làm điện tâm đồ, chụp X quang phổi.
- Soi đáy mắt: tắc động mạch võng mạc.
- Làm cận Addis.
- Protein niệu.
- Ure máu thường tăng > 0,5 g/lít.
- Điện di protein: globulin tăng.
- Cây máu: làm 9 lần trong 3 ngày liên tiếp, lúc nhiệt độ tăng cao và trên nhiều môi trường khác nhau.
- Siêu âm tim: hiện nay được coi là xét nghiệm có độ nhạy chẩn đoán cao, ngoài ra còn cho phép theo dõi tiến triển của bệnh. Với kỹ thuật siêu âm 2 bình diện người ta có thể xác định được sự hiện diện của tổn thương sùi trên các van tim, siêu âm có thể phát hiện được đứt dây chằng hay thủng van tim. Nếu thấy tổn thương sùi thì chẩn đoán chắc chắn mặc dù cấy máu âm tính, ngược lại không thấy tổn thương sùi không loại trừ chẩn đoán.

1.4. Chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Duke năm 1994.

1.4.1. Tiêu chuẩn chính

Gồm có 2 tiêu chuẩn chính

- Cây máu dương tính:
 - + Vi khuẩn đặc hiệu phân lập được trong hai lần cấy máu riêng biệt.
 - + Cây máu dương tính tồn tại.
- Bằng chứng tổn thương nội tâm mạc:
 - + Siêu âm dương tính.
 - + Hở van mới xuất hiện.

1.4.2. Tiêu chuẩn phụ

Gồm 6 tiêu chuẩn phụ:

- Yếu tố thuận lợi: tim, dùng thuốc đường tĩnh mạch.
- Sốt > 38°C.
- Biểu hiện: tắc mạch, phồng mạch, xuất huyết.
- Biểu hiện miễn dịch: viêm cầu thận, yếu tố thấp.
- Bằng chứng vi sinh học: cấy máu dương tính nhưng không có đủ các tiêu chuẩn chính, cấy huyết thanh học nhiễm khuẩn cấp.
- Siêu âm tim: có dấu viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn nhưng không có các dấu hiệu chính.

1.4.3. Vận dụng chẩn đoán

- Tiêu chuẩn bệnh lý:
 - + Vi khuẩn: cấy máu hay sùi gây tắc mạch hay áp xe trong tim.
 - + Tổn thương giải phẫu bệnh: sùi, áp xe trong tim, mô học xác định.
- Tiêu chuẩn lâm sàng: được chẩn đoán xác định viêm nội tâm mạc khi có:
 - + 2 tiêu chuẩn chính, hoặc
 - + 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ, hoặc
 - + 5 tiêu chuẩn phụ.

1.5. Các thể lâm sàng

1.5.1. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng bán cấp cấy máu âm tính

- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng bán cấp cấy máu âm tính chỉ khi cấy máu liên tục 9 lần trong 3 ngày trên nhiều môi trường khác nhau đều âm tính, nhưng có thể tìm thấy vi khuẩn trên các tổn thương khi giải phẫu tử thi.
- Đặc điểm của viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm trùng cấy máu âm tính là:
 - + Hay gặp trên những bệnh nhân bị tổn thương van động mạch chủ.
 - + Thường kèm theo các biến đổi nội tạng.
 - + Hay kèm thiếu máu, giảm bạch cầu, tăng globulin.
 - + Bệnh thường nặng, tỉ lệ tử vong cao mặc dù điều trị tích cực.
- Người ta chưa rõ nguyên nhân vì sao thể này cấy máu âm tính, nhưng có những nhận xét sau:
 - + Trong lách có sự nang hóa của vi khuẩn.
 - + Một số bệnh nhân kèm theo sốt phát ban, lupus ban đỏ rải rác.
 - + Globulin thường tăng.

1.5.2. Thể liên cầu nhóm D

Thường gặp trong 10-15% trường hợp, bệnh hay xuất hiện sau nhiễm trùng sinh dục, tiết niệu, bệnh đáp ứng với penicillin liều cao kết hợp với gentamicin, bệnh có xu hướng hay tái phát.

1.5.3. Thể do tụ cầu

- Nhiễm trùng da, tiết niệu và sinh dục.
- Thường gặp tổn thương trên van ba lá.
- Lâm sàng biểu hiện suy tim không hồi phục.
- Tỷ lệ tử vong cao mặc dù điều trị tích cực.

1.5.4. Thể thận

Chiếm 8-12% trường hợp. Biểu hiện lâm sàng với đái máu, ure máu cao, phù và tăng huyết áp, tiên lượng xấu.

1.5.5. Viêm nội tâm mạc bán cấp trên bệnh tim bẩm sinh

Thường hay gặp là tụ cầu.

1.5.6. Viêm nội tâm mạc trên phẫu thuật tim kín hoặc hở

Biểu hiện sớm 3-5 ngày sau phẫu thuật, hay gặp là tụ cầu và các vi khuẩn khác.

1.6. Nguyên tắc điều trị

1.6.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

1.6.2. Điều trị ngoại khoa

Tùy theo tình trạng huyết động học mà chỉ định can thiệp.

1.6.3. Điều trị dự phòng

Vô trùng tuyệt đối các dụng cụ phẫu thuật, các dụng cụ thăm khám. Sử dụng kháng sinh cho các bệnh nhân có bệnh tim mắc phải hoặc bệnh tim bẩm sinh khi có can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật.

1.7. Tiến triển và tiên lượng

Khi chưa có kháng sinh, tỷ lệ tử vong 100%, từ khi có kháng sinh tiên lượng có khá hơn, tuy nhiên tỷ lệ tử vong còn cao 20-40%. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào các yếu tố sau:

- Tuổi lớn > 70.
- Không tìm thấy đường vào của vi khuẩn.
- Suy thận.

- Biểu hiện suy thận nặng, tắc mạch hay suy tim sớm.
- Thể cấy máu âm tính.
- Tái phát sau 2 tháng tuy đã điều trị tận gốc.

Tiến triển: thường khởi trong các trường hợp điều trị sớm. Tuy nhiên di chứng của bệnh như viêm thận mạn với tăng ure máu, tai biến mạch máu não với liệt nửa người, tiên lượng còn phụ thuộc vào bệnh tim có trước và một số trường hợp tử vong do suy thận hay tắc mạch.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

2.1. Nhận định tình hình

Khi bệnh nhân vào điều trị tại khoa, người điều dưỡng phải quan sát và đánh giá tình trạng của bệnh nhân kịp thời, đồng thời có thái độ tiếp xúc tốt với bệnh nhân.

2.1.1. Đánh giá bằng hỏi bệnh

- Có bị nhiễm khuẩn, hay bị sốt kéo dài trước khi bị bệnh không?
- Có bị đau họng hay bị viêm da không?
- Bệnh nhân có biết mình bị bệnh tim mạch từ trước hay không?
- Người bệnh có bị tiêm chích hay can thiệp phẫu thuật nào không?
- Nước tiểu bình thường hay ít, nước tiểu màu vàng hay đỏ?
- Có bị đau đầu, liệt nửa người, hay đau chi không?
- Trong gia đình đã có ai bị như vậy không?
- Bị như vậy lần đầu hay lần thứ mấy?
- Bệnh nhân có đau ngực, ho ra máu, khó thở không?
- Tình hình sử dụng thuốc và diễn biến của bệnh

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân, vấn đề đi lại của bệnh nhân.
- Tình trạng da và niêm mạc.
- Tình trạng hô hấp của bệnh nhân.
- Quan sát số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Tình trạng sốt.
- Đau họng, ho.
- Có thể quan sát thấy các dấu hiệu ngoài da như nốt hay các sẹo cũ.
- Ngón tay dùi trống.
- Dấu xuất huyết dưới da, niêm mạc cũng có thể gặp.
- Các dấu chứng khác: tắc các động mạch: động mạch chi, não, phổi.

2.1.3. Nhận định bằng thăm khám

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Nghe tiếng tim rất có giá trị, khi tiếng tim thay đổi.
- Khám bụng để xem lách có lớn không.
- Khám các động mạch xem có bị tắc không.
- Soi đáy mắt.
- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết.

2.1.4. Thu thập các thông tin khác

Thu nhận thông tin qua hồ sơ và qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc là:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Chán ăn do nhiễm trùng.
- Đau ngực do nhồi máu phổi.
- Nguy cơ bội nhiễm phổi do nằm lâu.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác các dấu chứng trên giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng. Người điều dưỡng cần phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó đưa ra các chẩn đoán và lập ra kế hoạch chăm sóc. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi thích hợp.
- Ăn đầy đủ năng lượng, hạn chế muối và nước uống theo chỉ định.
- Vệ sinh hàng ngày da và tai mũi họng, tránh bị nhiễm khuẩn thêm.
- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi, không được gắng sức

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định
- Làm các xét nghiệm theo yêu cầu.

2.3.3. Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Theo dõi số lượng nước tiểu và màu sắc.
- Theo dõi sự thay đổi tiếng tim hàng ngày.
- Theo dõi tình trạng tắc mạch ngoại vi.
- Theo dõi thị lực bệnh nhân.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: protein niệu, hồng cầu niệu, điện tim, siêu âm tim, ure và creatinin máu, nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ ngay.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Biết được tiến triển và các biến chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, cũng như cách phòng bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm đầu ở tư thế đầu cao.
- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động. Các đồ dùng các nhân của bệnh nhân phải để một nơi thật thuận tiện để bệnh nhân dễ sử dụng, hạn chế vận động nhiều. Việc nghỉ ngơi tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, nhất là tình trạng tim mạch.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân, không dùng nước lạnh tắm hay rửa tay chân cho người bệnh .
- Chế độ ăn và nước uống:
 - + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng suy tim, tình trạng phù hay tình trạng khó thở mà lượng nước đưa vào cho phù hợp từng bệnh nhân. Nếu không có tình trạng suy tim thì lượng nước đưa và kể cả ăn và uống khoảng 500 ml /ngày, cộng với lượng nước tiểu trong ngày.
 - + Lượng đạm: cần tăng cường dinh dưỡng cho bệnh nhân, nói chung không có hạn chế protein trong những trường hợp này, tuy nhiên khi có tình trạng tăng ure máu thì lượng đạm cần hạn chế.
 - + Vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. Áo, quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ. Phải giúp bệnh nhân thông khí phổi tốt, tránh nằm lâu gây bội nhiễm phổi.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc, như: các thuốc tiêm, thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ biết.

- Thực hiện các xét nghiệm:
 - + Các xét nghiệm về máu như: ure, creatinin, điện giải đồ, ASLO.
 - + Các xét nghiệm về điện tim, siêu âm tim, soi đáy mắt.
 - + Các xét nghiệm về nước tiểu: hàng ngày phải theo dõi kỹ số lượng nước tiểu và màu sắc. Lấy nước tiểu xét nghiệm phải đảm bảo đúng quy trình. Các xét nghiệm cần làm là: protein, các tế bào, vi trùng.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: hàng ngày phải theo dõi sát tình trạng mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Theo dõi các triệu chứng khác:
 - + Nước tiểu: theo dõi về số lượng, màu sắc.
 - + Theo dõi sự thay đổi tiếng tim.
 - + Điện tâm đồ, siêu âm tim, chức năng thận, protein niệu.
- Theo dõi vấn đề cấy máu và kháng sinh đồ.
- Theo dõi các biến chứng của viêm nội tâm mạc cấp.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Để bệnh nhân và gia đình biết về tình hình bệnh tật.
- Các biến chứng có thể xảy ra nếu không được điều trị tốt.
- Để bệnh nhân biết về chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt.
- Cần có chế độ ăn, uống thích hợp.
- Tránh lạnh.
- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ, chú ý răng, miệng, da và tai mũi họng.
- Điều trị triệt để các ổ nhiễm trùng.
- Đăng ký theo dõi và định kỳ tái khám.
- Nếu có can thiệp thì các dụng cụ và môi trường phải tuyệt đối vô trùng.

2.5. Đánh giá

Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh và thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu, xem những vấn đề gì tốt vấn đề gì còn tồn tại hay những vấn đề gì phát sinh mới... của người bệnh để đánh giá và bổ sung vào kế hoạch chăm sóc, cụ thể:

- Đánh giá tình trạng sốt có cải thiện không?
- Đánh giá số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Các dấu hiệu sinh tồn (đặc biệt nhịp tim) có gì bất thường không?
- Đánh giá qua nghe sự thay đổi tiếng tim.

- Mức độ tổn thương van tim qua siêu âm.
- Các biến chứng của bệnh và vấn đề giáo dục sức khỏe như thế nào?
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể được các vi khuẩn có thể gây bệnh viêm nội tâm mạc.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
3. Trình bày được các thể lâm sàng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau.
 - A. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn thường xảy ra ở tuổi sơ sinh.
 - B. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh tim.
 - C. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là bệnh tự miễn.
 - D. Hạn chế nước và muối khi có suy tim.
 - E. Thể cấy máu âm tính tiên lượng nặng hơn thể cấy máu dương tính.
 - F. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn có thể gặp ở những người tiêm chích ma túy.
5. Chọn câu trả lời đúng nhất
 - 5.1. Tuổi thường gặp của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn:
 - a. <40
 - b. <45
 - c. <50
 - d. <55
 - e. <60
 - 5.2. Tiên lượng nặng của bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn phụ thuộc vào các yếu tố sau đây, ngoại trừ:
 - a. Tuổi lớn > 70
 - b. Không tìm thấy đường vào của vi khuẩn.
 - c. Suy thận
 - d. Tắc mạch hay suy tim sớm.
 - e. Thể cấy máu dương tính.

Bài 9

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN PHÙ PHỔI CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây phù phổi cấp.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của cơn phù phổi cấp điển hình.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị phù phổi cấp.

1. ĐẶC ĐIỂM VỀ BỆNH HỌC CỦA PHÙ PHỔI CẤP

1.1. Định nghĩa

Phù phổi cấp là một tình trạng suy hô hấp nặng, do sự tràn thanh dịch từ các mao mạch phổi vào trong phế nang làm ngăn cản sự trao đổi khí. Các phế nang trở nên đầy dịch, nên bệnh nhân khó thở, ho khạc ra dịch bọt màu hồng. Bệnh nhân bị phù phổi cấp tử vong nhanh do thiếu oxy nặng nếu không được điều trị cấp cứu kịp thời.

1.2. Nguyên nhân

Phù phổi cấp thường gặp do các nguyên nhân về tim mạch hay ngoài tim mạch.

1.2.1. Các bệnh về tim mạch

- Nhồi máu cơ tim.
- Hở van tim.
- Hẹp van hai lá.
- Hẹp van động mạch chủ.
- Bệnh cơ tim phì đại.
- Viêm cơ tim.
- Tăng huyết áp.

1.2.2. Các bệnh về thận

- Viêm cầu thận cấp.
- Viêm cầu thận mạn dẫn đến tăng huyết áp.

1.2.3. Các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm virus

- Cúm ác tính, cytomegalovirus.
- Lao kê.
- Viêm phổi do liên cầu, phế cầu.

1.2.4. Ngộ độc cấp

- Nhiều thuốc hoặc nhiều chất có thể gây phù phổi cấp, nhưng hay gây ngộ độc là phospho, carbon monoxid, lân (phospho) hữu cơ, mật cá trắm, rắn độc cắn.

1.2.5. Tai biến khi làm thủ thuật

- Thông tim.
- Chọc tháo dịch màng phổi quá nhanh hoặc quá nhiều.
- Truyền dịch nhanh và nhiều.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Cơ phù phổi cấp điển hình trong bệnh tim mạch

- Bắt đầu bằng cơn ho với khò khè thanh quản, sau đó khó thở dữ dội, đột ngột, thở nhanh nông 50-60 lần /phút.
- Da xanh tái, vã mồ hôi, vật vã.
- Ho khạc ra bọt màu hồng.
- Nhịp tim nhanh, nhỏ, tiếng tim mờ.
- Huyết áp hạ và tụt kẹt.
- Nghe phổi lúc đầu có ran ẩm ở hai đáy phổi, sau lan dần lên hai đỉnh phổi như sóng thủy triều.
- Vô niệu hay thiếu niệu.

1.3.2. Cơ phù phổi cấp không điển hình

Xuất hiện khó thở nhanh tăng dần lên, nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến cơ phù phổi cấp điển hình. Cơ phù phổi cấp không điển hình thường do truyền dịch nhanh hay truyền dịch với số lượng nhiều trong thời gian ngắn.

1.4. Điều trị

- Cho ngồi thở oxy liều cao 8-10 lít /phút.
- Băng ép góc chi lần lượt thay đổi vị trí 15 phút /lần.
- Tiêm 0,01g morphin vào tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.
- Tiêm tĩnh mạch 20-60mg furosemid.

- Hút đờm dãi, đặt nội khí quản cho thở máy.
- Điều trị nguyên nhân gây phù phổi cấp: nếu huyết áp tăng thì cho thuốc hạ huyết áp, nếu suy tim thì cho thuốc chống suy tim.
- Điều trị củng cố sau khi qua cơn phù phổi cấp bằng kháng sinh, lợi tiểu, an thần.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ PHÙ PHỔI CẤP

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh

Mục đích nhằm giúp tìm các bệnh tim có sẵn, tìm các yếu tố khởi phát và cách thức phát bệnh, tuy nhiên việc hỏi bệnh nhân khi bị phù phổi cấp rất hạn chế mà chỉ hỏi những vấn đề thật cần thiết qua bệnh nhân hay gia đình. Nhưng chủ yếu trong trường hợp này là quan sát và thăm khám bệnh nhân cũng có thể xác định được bệnh. Khi hỏi chú ý:

- Cơn khó thở xuất hiện như thế nào: hoàn cảnh xảy ra, mức độ và tính chất.
- Có ho, khạc đờm không? số lượng, màu sắc như thế nào?
- Bệnh nhân có lo lắng không?
- Các bệnh tim mạch đã có từ trước đến nay?
- Tình hình điều trị và sử dụng các thuốc gần đây.
- Số lượng nước tiểu của bệnh nhân.

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: kích thích, vật vã, lo lắng hay lú lẫn
- Màu sắc đờm xem có lẫn bọt hồng không?
- Mũi miệng có bọt hồng sùi ra không?
- Quan sát tình trạng hô hấp, đặc biệt chú ý mức độ khó thở.
- Màu sắc da, xem bệnh nhân có vã mồ hôi không?
- Nhiệt độ ngoại biên?

2.1.3. Thăm khám

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp, đếm nhịp thở.
- Nghe phổi, chú ý các ran ở phổi.
- Nghe tim.
- Chú ý phát hiện các yếu tố chỉ điểm gây bệnh.

2.1.4. Thu nhận thông tin

Đặc biệt là qua gia đình để tìm kiếm thêm về nguyên nhân và các bệnh khác mà bệnh nhân đã mắc bệnh trước đó.

Xem hồ sơ bệnh án, cách thức điều trị của bệnh nhân...

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán có thể gặp ở bệnh nhân phù phổi cấp khi nhận định, đó là:

- Bệnh nhân khó thở dữ dội do giảm trao đổi khí.
- Da xanh tái, vã mồ hôi, vật vã do thiếu khí.
- Ho khạc ra bọt màu hồng do phù phổi cấp.
- Vô niệu hay thiếu niệu do giảm thể tích tuần hoàn hiệu dụng.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Giảm kích thích và lo sợ cho bệnh nhân.
- Chống ngạt thở.
- Tránh vận động.
- Chế độ nuôi dưỡng.

2.3.2. Thực hiện y lệnh

Thực hiện y lệnh của bác sĩ về tiêm thuốc và các xét nghiệm.

2.3.3. Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi các diễn biến của các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng hô hấp.
- Số lượng nước tiểu.
- Theo dõi các biến chứng.

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Cách phát hiện các dấu chứng sớm của cơn phù phổi cấp.
- Các nguyên nhân có thể gây ra cơn phù phổi cấp.
- Các yếu tố thuận lợi.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Giảm kích thích và lo sợ cho bệnh nhân: vì bệnh nhân lo sợ, hoảng hốt nên dễ dẫn đến mạch nhanh, khó thở tăng lên, tăng huyết áp và tăng nhu cầu oxy. Do đó người điều dưỡng cần phải có thái độ bình tĩnh, nhanh nhẹn, chính xác, trấn an và động viên bệnh nhân để bệnh nhân yên tâm, không rời bệnh nhân trong giai đoạn cấp.
- Chống ngạt thở:
 - + Để bệnh nhân nằm ngửa đầu cao hay tư thế ngồi, hai chân buông thấp so với thân.
 - + Cho bệnh nhân ngồi thở oxy qua mặt nạ 8-10 lít /phút trong 15 phút đầu, sau đó thở oxy liên tục qua ống thông mũi hoặc ống nội khí quản cho đến khi hết cơn. Giảm liều oxy xuống khi đã ổn định, tuy nhiên liều lượng oxy cho cần chú ý ở những bệnh nhân có các bệnh phổi mạn tính.
 - + Hút đờm dãi nếu có tình trạng ùn tắc đờm dãi.
 - + Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản, hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng ambu hoặc cho thở máy với áp lực dương liên tục.
 - + Băng ép lần lượt các gốc chi, lần lượt thay đổi vị trí 15 phút /lần.
- Tránh vận động
 - + Tránh di chuyển bệnh nhân trong giai đoạn cấp.
 - + Để bệnh nhân nghỉ tuyệt đối trong giai đoạn cấp.
- Chế độ ăn uống: cho bệnh nhân uống sữa, nước hoa quả khi bệnh nhân qua cơn khó thở. Những giờ sau và những ngày sau cho ăn chế độ ăn lỏng hạn chế muối, ít mỡ, dễ tiêu, nhiều vitamin. Đảm bảo lượng nước tiểu > 1 lít /24 giờ, nếu không đủ phải cho thuốc lợi tiểu. Cần đánh giá sát bilan nước và điện giải ở bệnh nhân.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Tiêm morphin 0,01g vào tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.
- Tiêm 20-60 mg Lasix vào tĩnh mạch và các thuốc khác theo y lệnh của bác sĩ.
- Làm các xét nghiệm theo yêu cầu của bác sĩ.

2.4.3. Theo dõi diễn biến của bệnh và khám xét

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp 30 phút /lần trong cơn, sau đó cứ 3 giờ /lần trong 24 giờ sau đó.
- Đếm tần số thở, quan sát kiểu thở.
- Theo dõi tình trạng tinh thần của bệnh nhân

- Theo dõi xem bệnh nhân có ho khạc, sùi bọt hồng không?
- Nghe tim để phát hiện rối loạn nhịp tim như: nhịp nhanh, nhịp chậm, rung nhĩ, rung thất
- Đo lượng nước tiểu.
- Chỉnh liều lượng oxy để giữ nồng độ theo đúng yêu cầu.
- Chuẩn bị máy thở nếu bệnh nhân thở máy.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân cần phải biết được các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây cơn phù phổi cấp và cách dự phòng.
- Cách phát hiện các triệu chứng của cơn phù phổi.

2.5. Đánh giá kết quả chăm sóc

Sau khi đã thực hiện quá trình điều trị và chăm sóc cần đánh giá bệnh nhân so với tình trạng lúc ban đầu, bệnh nhân đáp ứng tốt khi:

- Nhịp thở < 25 lần /phút.
- Mạch < 100 lần /phút.
- Lượng nước tiểu > 1 lít /24 giờ.
- Bệnh nhân tỉnh táo, hết kích thích và lo lắng.
- Các y lệnh được thực hiện đầy đủ.
- Dinh dưỡng đảm bảo đủ lượng calo /ngày.
- Các nguyên nhân gây phù phổi cấp được giải quyết.

Nếu tình trạng trên không được cải thiện cần được nhận định lại tình trạng bệnh nhân và điều chỉnh vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các nguyên nhân gây phù phổi cấp
2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng của cơn phù phổi cấp điển hình
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng:
 - A. Phù phổi cấp là một cấp cứu nội khoa
 - B. Nguyên nhân tim mạch gây phù phổi cấp là chủ yếu
 - C. Cần trấn an bệnh nhân tốt khi bị phù phổi cấp

D. Chẩn đoán phù phổi cấp chủ yếu là dựa vào dấu hiệu X quang

E. Theo dõi lượng nước tiểu rất có giá trị trong tiên lượng phù phổi cấp

4. Chọn câu trả lời đúng nhất sau

4.1. Nguyên nhân phù phổi cấp hay gặp nhất:

a. Viêm cơ tim

b. Viêm cầu thận mạn

c. Hẹp van hai lá

d. Cúm ác tính

e. Bệnh cơ tim phì đại

4.2. (A) Phù phổi cấp là một tình trạng suy hô hấp nặng, do sự tràn dịch vào các phế nang làm ngăn cản sự trao đổi khí. VÌ VẬY (B) Điều dưỡng cần chăm sóc và theo dõi kịp thời để hạn chế tỷ lệ tử vong.

a. A và B đúng, A và B có liên quan nhân quả

b. A và B đúng, A và B không có liên quan nhân quả

c. A đúng, B sai

d. A sai, B đúng

e. A sai và B sai

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân và các cách phân độ suy tim.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của suy tim trái, suy tim phải và suy tim toàn bộ.
3. Kể được một số thuốc sử dụng trong suy tim.
4. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân bị suy tim.

1. BỆNH HỌC CỦA SUY TIM

1.1. Đại cương

Tại châu Âu trên 500 triệu dân, tần suất suy tim ước lượng từ 0,4-2% nghĩa là có từ 2 triệu đến 10 triệu người bị suy tim. Tại Hoa Kỳ, con số ước lượng là 2 triệu người suy tim trong đó 400.000 ca mới mỗi năm. Tần suất chung là khoảng 1-3% dân số trên thế giới và trên 5% nếu tuổi trên 75. Tại nước ta chưa có thống kê chính xác, nhưng nếu dựa vào số dân 70 triệu người thì có đến 280.000-4.000.000 người suy tim cần điều trị.

Suy tim là trạng thái bệnh lý, trong đó cơ tim mất khả năng cung cấp máu theo yêu cầu cơ thể, lúc đầu khi gắng sức rồi sau đó cả khi nghỉ ngơi. Quan niệm này đúng cho đa số trường hợp, nhưng chưa giải thích được những trường hợp suy tim có cung lượng tim cao và cả trong giai đoạn đầu của suy tim mà cung lượng tim còn bình thường.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

1.2.1.1. Nguyên nhân của suy tim trái

- Nhồi máu cơ tim.
- Viêm cơ tim do nhiễm độc, nhiễm trùng.
- Các bệnh cơ tim.
- Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất, cơn cuồng động nhĩ, rung nhĩ nhanh.
- Cơ nhịp nhanh kịch phát thất.

- Bloc nhĩ thất.
- Tăng huyết áp động mạch.
- Hở, hẹp van động mạch chủ đơn thuần hay phối hợp.
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Tim bẩm sinh.

1.2.1.2. Nguyên nhân của suy tim phải

- Hẹp van hai lá là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Các bệnh phổi mạn tính như: hen phế quản, viêm phế quản mạn, lao xơ phổi, giãn phế quản.
- Nhồi máu phổi gây tâm phế cấp.
- Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực.
- Bệnh tim bẩm sinh như: tứ chứng Fallot, thông liên nhĩ, thông liên thất.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, tổn thương van ba lá.
- Một số nguyên nhân ít gặp như u nhầy nhĩ trái...

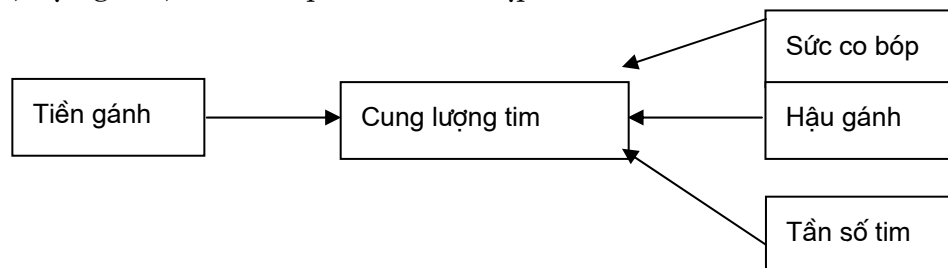
1.2.1.3. Nguyên nhân của suy tim toàn bộ

Ngoài 2 nguyên nhân trên của suy tim dẫn đến suy tim toàn bộ, còn gặp các nguyên nhân sau:

- Các bệnh cơ tim giãn.
- Suy tim toàn bộ do cường giáp trạng.
- Thiếu vitamin B₁, thiếu máu nặng.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Chức năng huyết động (cung lượng tim) của tim phụ thuộc vào 4 yếu tố: tiền gánh, hậu gánh, sức co bóp cơ tim và nhịp tim.



- Tiền gánh: là độ kéo dài của các sợi cơ tim sau tâm trương, tiền gánh phụ thuộc vào lượng máu dồn về thất và được thể hiện bằng thể tích và áp lực máu trong tâm thất thì tâm trương.

- Hậu gánh: là sức cản mà tim gặp phải trong quá trình co bóp tổng máu, đứng hàng đầu là sức cản ngoại vi, hậu gánh tăng thì tốc độ các sợi cơ tim giảm, do đó thể tích tổng máu trong thì tâm thu giảm.
- Sức co bóp cơ tim: sức co bóp cơ tim làm tăng thể tích tổng máu trong thì tâm thu, sức co bóp cơ tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong cơ tim và lượng catecholamin lưu hành trong máu.
- Tần số tim: tần số tim tăng sẽ tăng cung lượng tim, tần số tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong tim và lượng catecholamin lưu hành trong máu.

Trong suy tim, cung lượng tim giảm, nên trong giai đoạn đầu sẽ có tác dụng bù trừ:

- Máu ứ lại tâm thất làm các sợi cơ tim bị kéo dài ra, tâm thất giãn, sức tổng máu mạnh hơn nhưng đồng thời cũng tăng thể tích cuối tâm trương.
- Dày thất do tăng đường kính các tế bào, tăng số lượng ti lạp thể, tăng số đơn vị co cơ mới đánh dấu giai đoạn bắt đầu sự giảm sút chức năng co bóp cơ tim. Khi các cơ chế bù trừ bị vượt quá, suy tim trở nên mất bù và các triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của suy tim

1.3.1. Suy tim trái

1.3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: có 2 triệu chứng chính: khó thở và ho. Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở từng cơn, có khi khó thở đột ngột, khó thở tăng dần. Ho hay xảy ra vào ban đêm khi bệnh nhân gắng sức, đôi khi đờm có lẫn máu.
- Triệu chứng thực thể: khám tim: nhìn thấy mỏm tim lệch về phía bên trái, nghe được các triệu chứng có thể phát hiện được nguyên nhân của suy tim trái. Ngoài ra còn nghe được một tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm tim, đó là dấu hiệu của hở van hai lá cơ năng.
 - + Khám phổi: nghe được ran ẩm ở cả hai đáy phổi. Trong trường hợp cơn hen tim có thể nghe được nhiều ran rít, ran ẩm cả hai đáy phổi dâng lên đỉnh phổi.
 - + Huyết áp: huyết áp tối đa bình thường hay giảm, huyết áp tối thiểu bình thường.

1.3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang tim phổi (phim thẳng): tim to, nhất là các buồng tim bên trái, nhĩ trái lớn hơn trong hở hai lá, thất trái giãn biểu hiện cung dưới trái phồng và dày ra, phổi mờ nhất là vùng rốn phổi.
- Điện tâm đồ: có thể tăng gánh tâm trương hoặc tâm thu thất trái. Trục trái, dày thất trái.

- Siêu âm tim: kích thước buồng tim trái giãn to, siêu âm còn cho biết được sự co bóp của vách tim cũng như đánh giá chính xác được chức năng của thất trái.
- Thăm dò huyết động: có điều kiện thông tim chụp mạch, đánh giá chính xác mức độ nặng nhẹ của một số bệnh van tim.

1.3.2. Suy tim phải

1.3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Khó thở nhiều hay ít tùy theo mức độ suy tim, khó thở thường xuyên, nhưng không có cơn khó thở kịch phát như suy tim trái.
 - + Xanh tím nhiều hay ít tùy theo nguyên nhân và mức độ của suy tim phải.
- Triệu chứng thực thể: chủ yếu là ứ máu ngoại biên, thể hiện:
 - + Gan to đều, bờ tù, mặt nhẵn, ấn đau tức, khi điều trị tích cực bằng trợ tim và lợi tiểu gan sẽ nhỏ lại, hết điều trị gan to ra gọi là đàn xếp, cuối cùng vì ứ máu lâu ngày gan không thu nhỏ lại được gọi là xơ gan tim. Gan có đặc điểm là bờ sắc, mật độ chắc.
 - + Tĩnh mạch cổ nổi to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°.
 - + Áp lực tĩnh mạch trung ương và áp lực tĩnh mạch ngoại biên tăng cao.
 - + Phù mềm lúc đầu ở hai chi dưới về sau suy tim thường phù toàn thân, có thể kèm theo cổ trướng, tràn dịch màng phổi.
 - + Tiểu ít, lượng nước tiểu khoảng 200-300 ml trong 24 giờ.
 - + Khám tim: nghe được nhịp tim nhanh, có khi có tiếng ngựa phi phải, có thể nghe được tiếng thổi tâm thu ở van ba lá do hở ba lá cơ năng do giãn buồng thất phải.
 - + Huyết áp động mạch tối đa bình thường, huyết áp tối thiểu tăng.

1.3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang tim phổi: phổi mờ, cung dưới phải giãn, mỏm tim héch lên do thất phải giãn. Trên phim nghiêng trái mất khoảng sáng sau xương ức.
- Điện tâm đồ: trục phải, dày thất phải.
- Siêu âm tim: chủ yếu thất phải giãn to, trong nhiều trường hợp thấy tăng áp động mạch chủ.
- Thăm dò huyết động: áp lực cuối kỳ tâm trương thất phải tăng, áp lực động mạch chủ thường tăng.

1.3.3. Suy tim toàn bộ

Biểu hiện các triệu chứng, như:

- Bệnh nhân khó thở thường xuyên, phù toàn thân.
- Tĩnh mạch cổ nổi to.
- Áp lực tĩnh mạch tăng cao.
- Gan to nhiều.
- Thường có cổ chướng, tràn dịch màng phổi.
- Huyết áp tối đa giảm, huyết áp tối thiểu tăng.
- Tim to toàn bộ trên phim chụp X quang tim phổi.
- Điện tâm đồ: có thể biểu hiện dày cả hai thất.

1.4. Phân độ suy tim

1.4.1. Theo Hội Tim Mạch New York

Thông dụng hiện nay, được chia làm 4 độ:

- Độ 1: bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, hoạt động thể lực vẫn bình thường.
- Độ 2: các triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức, hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 3: các triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi gắng sức nhẹ, làm hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 4: các triệu chứng cơ năng xuất hiện thường xuyên kể cả khi nghỉ ngơi.

1.4.2. Phân độ suy tim mạn theo Trần Đỗ Trinh và Vũ Đình Hải

- Suy tim độ 1: khó thở khi gắng sức, ho ra máu, không phù, gan không to.
- Suy tim độ 2: khó thở khi đi lại, khi đi phải ngừng lại để thở, phù nhẹ, gan chưa lớn hoặc chỉ dưới 2 cm dưới bờ sườn. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°.
- Suy tim độ 3: khó thở nặng hơn, phù toàn, gan > 3 cm dưới sườn, mềm, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45° điều trị gan nhỏ lại hoàn toàn.
- Suy tim độ 4: khó thở thường xuyên, bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, gan > 3 cm dưới bờ sườn, mật độ chắc, bờ sắc, điều trị không đáp ứng hoặc nhỏ lại ít.

1.5. Điều trị

- Nghỉ ngơi là quan trọng, trong trường hợp suy tim nặng phải cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường.

- Không được để bệnh nhân gắng sức như lên cầu thang, mang vật nặng...
- Tăng cường sự co bóp cơ tim bằng các thuốc: digitalis (digoxin) có tác dụng tăng sức co bóp cơ tim và làm chậm nhịp tim do đó làm tăng cung lượng tim. Digitalis cho vừa đủ và cho thêm kali để tránh ngộ độc.
 Khi điều trị digital cần lưu ý dấu chứng ngộ độc digital như:
 - + Bệnh nhân nôn mửa, đau bụng, mờ mắt, nhìn đôi, đại tiện phân lỏng.
 - + Ngoại tâm thu thất nhịp đôi hay ác tính.
 - + Hoặc nhịp tim tăng vọt lên (trong khi đang dùng digital) hoặc chậm lại với bloc nhĩ thất, hoặc nhịp bộ nối.
- Hạn chế ứ máu tuần hoàn bằng các thuốc lợi tiểu: có nhiều loại lợi tiểu nhưng trong suy tim thường dùng 3 loại: hydrochlorothiazid, furosemid, aldacton. Khi dùng thuốc lợi tiểu phải cho bệnh nhân uống kali vì thuốc lợi tiểu làm mất kali.
- Hạn chế nước uống, lượng nước đưa vào căn cứ vào lượng nước tiểu hàng ngày.
- Chế độ ăn nhạt muối, suy tim độ I, độ II lượng muối ăn dưới 2 g /ngày, độ III và độ IV lượng muối ăn dưới 0,5 g/ngày.

Bảng 10.1. Các thuốc dùng trong điều trị suy tim trái cấp

Thuốc	Cơ chế	Tác dụng sinh lý	Hiệu quả điều trị
Lợi tiểu furosemid 40-80 mg tiêm TM	Lợi tiểu	Giảm tiền gánh	Chống phù phổi
Giãn mạch - Morphin 5-10 mg TM, TB, TDD - Trinitrin: 10-150 µg/phút Hoặc các dẫn chất nitrat ngậm, uống. - Nitroprussid: 25-150 µg/phút	Giãn tĩnh mạch Giãn tĩnh mạch Giãn tiểu động mạch và tĩnh mạch	Giảm tiền gánh Giảm tiền gánh Giảm tiền gánh và hậu gánh	Chống phù phổi Chống phù phổi Chống phù phổi và tăng lưu lượng tim
Tăng co bóp cơ tim - Dobutamin: 250-750 µg/phút - Dopamin: 100-600 µg/phút - Digital (lanatosid C, digoxin)	Giống giao cảm Giống giao cảm Ức chế bơm Na-K ATPase	Tăng co bóp tim Tăng co bóp tim, giảm hậu gánh (liều thấp) Tăng co bóp tim, giảm tiền gánh và hậu gánh	Tăng lưu lượng Tăng lưu lượng tim, tăng huyết áp (liều cao) Chống phù phổi làm giảm áp lực ở phổi.

Bảng 10.2. Phác đồ điều trị theo 4 độ suy tim mạn tính

Giai đoạn	Phương pháp kinh điển	Phương pháp thay thế
Độ I	Không điều trị	Không điều trị
Độ II	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Digital Digital + Lợi tiểu (thiazid)	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Lợi tiểu + UCMC hoặc Lợi tiểu + Giãn mạch
Độ III	Digital + Lợi tiểu quai Digital + Lợi tiểu + Giãn mạch	Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + Digital, hoặc Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + thuốc trợ tim
Độ IV	Digital + Lợi tiểu + Giãn mạch + Thuốc trợ tim mới, ghép tim	Chẹn beta Ghép tim

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh

Khi tiếp xúc với một bệnh nhân được chẩn đoán là suy tim, người điều dưỡng cần hỏi bệnh nhân bằng những lời nói nhẹ nhàng, dễ hiểu, dễ trả lời.

- Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim từ bao giờ?
- Có mắc bệnh gì có liên quan đến bệnh tim mạch không?
- Bệnh nhân đã dùng thuốc gì chưa? Có đáp ứng với thuốc đó không?
- Có bị phản ứng với thuốc nào không?
- Số lượng nước tiểu trong ngày là bao nhiêu?
- Có bị khó thở không?
- Có bị xanh tím không?
- Khó thở khi bình thường hay khi gắng sức?

2.1.2. Quan sát

- Màu da, sắc mặt, móng tay, móng chân.
- Tình trạng tinh thần.
- Quan sát tĩnh mạch cổ.
- Kiểu thở, nhịp thở, vị trí tim đập ở ngực.
- Tình trạng phù toàn thân, mí mắt và mắt cá.

2.1.3. Thăm khám

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Nghe nhịp tim, tiếng tim.
- Nghe phổi.
- Khám xem gan có lớn không?
- Khám các biến chứng và triệu chứng bất thường trên bệnh nhân.
- Khám phù ở chân.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Sổ y bạ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, các xét nghiệm.
- Các thuốc sử dụng và cách sử dụng thuốc.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân suy tim:

- Khó thở do tăng áp lực ở phổi.
- Xanh tím do giảm độ bão hoà oxy máu.
- Số lượng nước tiểu ít do giảm tuần hoàn hiệu dụng.
- Nguy cơ phù phổi cấp do suy tim trái.
- Nguy cơ bội nhiễm phổi do ứ máu ở phổi.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Chế độ nghỉ ngơi: bệnh nhân nằm ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi.
- Chế độ ăn uống.
- Vận động nhẹ nhàng ngoài cơn khó thở.

2.3.2. Thực hiện y lệnh

- Cho bệnh nhân dùng thuốc, tiêm thuốc theo y lệnh.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.
- Theo dõi tình trạng tinh thần
- Theo dõi lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi tình trạng phù, tính chất của gan.
- Theo dõi các xét nghiệm.
- Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc (digoxin).

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.
- Lao động và vận động.
- Dùng thuốc và tái khám định kỳ.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi trong trường hợp suy tim nặng.
- Cần giảm hoặc bỏ hẳn các hoạt động gắng sức.
- Chế độ ăn nhạt dưới 0,5g muối/ngày trong trường hợp suy tim nặng.
- Các trường hợp khác dùng rất hạn chế muối 1-2 g/ngày.
- Ăn nhiều hoa quả để tăng vitamin và kali: chuối tiêu, cam.
- Hạn chế uống nước: dựa vào lượng nước tiểu trong 24 giờ để uống bù nước.
- Khuyến bệnh nhân nên xoa bóp và làm một số động tác ở các chi, nhất là hai chi dưới để làm cho máu ngoại vi về tim dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ gây tắc mạch, vận động nhẹ nhàng không gây mệt.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc

- Cho bệnh nhân dùng thuốc theo đúng chỉ định.
- Cần lưu ý khi dùng thuốc điều trị suy tim phải dùng kèm kali clorua.
- Trước khi dùng digoxin, isolanid phải đếm mạch, nếu mạch chậm phải báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: xét nghiệm máu, nước tiểu, điện tim siêu âm, X quang phổi, áp lực tĩnh mạch trung tâm.

2.4.3. Theo dõi

- Mạch, nhịp tim, ECG.
- Nhiệt độ, huyết áp theo mức độ suy tim.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, tần số thở.
- Tình trạng tinh thần, màu sắc của da.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống, nghỉ ngơi: ăn nhạt, tránh làm việc nặng, gắng sức và các biến chứng nguy hiểm của suy tim nếu không được điều trị, chăm sóc tốt.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự xoa bóp, vận động.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc theo đơn, chế độ khám định kỳ.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Một bệnh nhân suy tim được đánh giá chăm sóc tốt nếu:

- Bệnh nhân cảm thấy đỡ khó thở, phù giảm, gan nhỏ lại, mạch giảm, số lượng nước tiểu dần dần trở về bình thường.
- Bệnh nhân được chăm sóc chu đáo cả về thể chất lẫn tinh thần.
- Không xảy ra các tác dụng phụ của thuốc.
- Các dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm được theo dõi và ghi chép đầy đủ.
- Bệnh nhân được hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, tự vận động và xoa bóp, đồng thời tuân thủ chỉ định điều trị và chăm sóc của thầy thuốc.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được định nghĩa của suy tim.
2. Kể được một số nguyên nhân của suy tim trái thường gặp.
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau:
 - A. Tăng huyết áp gây suy tim phải
 - B. Biểu hiện phù thường xuất hiện trong suy tim phải
 - C. Khi tiếp xúc với bệnh nhân suy tim cần nhẹ nhàng, hỏi những câu hỏi dễ trả lời
 - D. Hạn chế muối trong khẩu phần ăn hàng ngày khi chăm sóc bệnh nhân suy tim
 - E. Ghi điện tim có giá trị chẩn đoán suy tim
4. Chọn câu trả lời đúng nhất:
 - 4.1. Nguyên nhân không thuộc suy tim phải:
 - a. Hẹp van hai lá
 - b. Các bệnh phổi mạn tính
 - c. Nhồi máu phổi gây tâm phế cấp
 - d. Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực
 - e. Hẹp eo động mạch chủ
 - 4.2. Khi nhận định bệnh nhân bị suy tim người điều dưỡng cần nhận định:
 - a. Hỏi tiền sử về bệnh tim mạch đã mắc
 - b. Tiền sử về các thuốc đã sử dụng
 - c. Các bệnh đã mắc trước đó
 - d. Quan sát tình trạng khó thở
 - e. Tất cả các vấn đề trên

THĂM KHÁM HỆ HÔ HẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng, thực thể của bộ máy hô hấp.
2. Đánh giá được các xét nghiệm cận lâm sàng trong chẩn đoán bệnh hô hấp.

1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Là những triệu chứng mà bệnh nhân cảm thấy, nhận biết rồi khai lại với thầy thuốc và là nguyên nhân đưa bệnh nhân đi khám.

1.1. Ho

1.1.1. Định nghĩa

Là một phản xạ có điều kiện, mục đích là tống đờm hay chất lạ ra khỏi đường hô hấp.

1.1.2. Nguyên nhân

- Tổn thương đường hô hấp:
 - + Tổn thương đường hô hấp trên như: họng, thanh quản, amidan.
 - + Viêm khí phế quản cấp hay mạn tính, giãn phế quản, u phổi, hen phế quản, các thương tổn chủ mô phổi, bệnh màng phổi, trung thất.
- Các bệnh về tim mạch: các bệnh tim mạch làm tăng áp lực tuần hoàn ở phổi như hẹp van hai lá, suy tim trái, nhồi máu phổi.

1.1.3. Các dạng ho

- Ho khan (không có đờm).
- Ho có đờm: trong đờm có chất nhầy, mủ, máu...
- Ho gà: là ho từng chuỗi kế tiếp nhau, càng lúc càng nhanh rồi yếu dần, sau đó có giai đoạn hít vào thật sâu nghe như tiếng gà gáy. Sau cơn ho mặt đỏ, môi tím, hai mí mắt sưng, tĩnh mạch cổ nổi.

- Ho lưỡng thanh (hai âm): âm trầm và âm cao xen lẫn nhau do thương tổn dây thần kinh quặt ngược.
- Ho tắc tiếng, khàn tiếng.

1.2. Khạc đờm

1.2.1. Định nghĩa

Đờm là chất tiết của đường hô hấp gồm có chất nhầy, hồng cầu, bạch cầu, mủ... được tống ra khỏi đường hô hấp sau khi ho.

1.2.2. Nguyên nhân

- Áp xe phổi: đờm có mủ lẫn máu, số lượng có thể nhiều hay từng bãi nhỏ như hình đồng xu, có mùi tanh hay rất hôi thối.
- Nhồi máu phổi: đờm có màu đỏ bầm, không có bọt.
- Phù phổi cấp: đờm thường lỏng, có bọt, màu hồng.
- Viêm phổi: đờm màu gỉ sắt, lượng ít và khó khạc.
- Hen phế quản: đờm dính, có lợn cợn những hạt gọi là đờm ngọc, sau khi khạc đờm sẽ đỡ khó thở và bệnh nhân thấy dễ chịu.
- Giãn phế quản: đờm số lượng nhiều, mùi tanh, khạc nhiều vào buổi sáng, khi để vào ống nghiệm thấy có 4 lớp từ dưới lên là: mủ đặc, nước nhầy, mủ nhầy và trên cùng là bọt.

1.2.3. Các loại đờm

- Đờm thanh dịch: là đờm lỏng, trong có ít bọt, tiết ra từ các phế huyết quản, gặp trong phù phổi cấp.
- Đờm nhầy.
- Đờm mủ: chất nhầy, bạch cầu, tế bào hoại tử, vi trùng có khi lẫn máu.
- Đờm máu: máu tươi hay đỏ sẫm, bầm đen.
- Đờm bã đậu: có màu trắng ngà, nhuyển và dịch nhầy trong u lao vỡ.

1.3. Khó thở

1.3.1. Định nghĩa

Là cảm giác bị cản trở khi thở nên phải vận dụng đến sự hoạt động của các cơ hô hấp và cơ hoành. Đây là một triệu chứng chủ quan và cũng là triệu chứng khách quan mà thầy thuốc nhận biết qua sự thay đổi các yếu tố hô hấp bình thường.

Bình thường nhịp thở từ 12-20 lần /phút, dưới 10 lần là khó thở chậm, trên 24 lần là khó thở nhanh, nhịp thở ở trẻ em nhanh hơn người lớn, người chơi thể thao nhịp thở chậm hơn người bình thường.

1.3.2. Phân loại khó thở

- Khó thở vào: thường gặp do thương tổn hay hẹp đường hô hấp trên như viêm yết hầu, thanh khí quản, bệnh bạch hầu, chèn ép thanh quản, khí quản và phế quản lớn.
- Khó thở ra: do co thắt các tiểu phế quản trong hen phế quản, viêm phế quản cấp thường khó thở chậm.
- Khó thở cấp tính: là khó thở cả hai thì, khó thở nhanh gặp trong các bệnh làm giảm thể tích hô hấp như viêm phổi, tràn khí, tràn dịch màng phổi, bệnh tim...
- Khó thở dạng Kussmaul: là khó thở sâu, chậm. Thở vào: nghỉ, sau đó thở ra: nghỉ, gặp trong trường hợp máu bị nhiễm toan.
- Khó thở dạng Cheynes-Stokes: nhịp thở nhanh dần rồi chậm lại dần sau đó nghỉ và tiếp tục như thế, gặp trong thương tổn trung tâm hô hấp như nhiễm độc nặng, chấn thương sọ não.
- Khó thở từng cơn: gặp trong hen phế quản.
- Khó thở khi gắng sức: trong suy hô hấp mạn, bệnh tim nhẹ.
- Khó thở thường xuyên: trong suy tim nặng, suy hô hấp nặng.

1.4. Đau ngực

Là một triệu chứng hoàn toàn chủ quan, nên phải hỏi kỹ tính chất của triệu chứng này như hoàn cảnh xuất hiện, vị trí, cường độ, hướng lan, tính chất (liên tục hay từng cơn, thay đổi theo tư thế, tăng khi gắng sức...) và các triệu chứng kèm theo.

1.4.1. Đau xóc ngực

Thường là đau nông, ở đáy ngực, xảy ra đột ngột và nhiều khi kèm theo khó thở cấp, gặp trong viêm phổi, tràn dịch màng phổi...

1.4.2. Đau như dao đâm

Là đau sâu ở một bên ngực, đau dữ dội như có một vật nhọn đâm vào ngực, kèm theo khó thở, vã mồ hôi, mạch nhanh gặp trong tràn khí màng phổi.

1.4.3. Đau thắt ngực

Cơn đau đột ngột hay tăng dần lên ở phía sau xương ức hay vùng trước tim lan lên vai trái và chạy dọc theo mặt trong cánh tay trái, gặp trong nhồi máu cơ tim.

1.4.4. Đau ran trước ngực

Thường đau âm ỉ, liên tục, đau nông, thường gặp trong các bệnh phổi mạn tính.

Tuy nhiên, đau ngực cũng có thể là một triệu chứng của các bệnh ngoài đường hô hấp như áp xe gan, cơn đau quặn gan, đau thần kinh sườn, đau dạ dày.

2. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

Khi khám phải để bệnh nhân ngồi (hoặc nằm) tư thế thoải mái, cân đối, các cơ ngực ở trạng thái nghỉ ngơi, mở hết áo đến thắt lưng, bảo bệnh nhân thở đều và thở bằng mũi. Phải khám kỹ đường hô hấp trên và toàn thân để giúp chẩn đoán nguyên nhân hay chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt các bệnh không phải ở hô hấp.

2.1. Nhìn

Phải nhìn toàn thể như: tư thế người bệnh, cách thở, vẻ mặt, màu sắc da, những bất thường trên da, móng tay, chân...

2.1.1. Da

- Màu sắc: xem da có tím, tái hay vã mồ hôi không?
- Các bất thường ở da như vết sẹo cũ, phù ở ngực, tuần hoàn bàng hệ, các khối u hay các bất thường ở da vùng ngực.
- Móng tay chân có khum mặt kính đồng hồ (trong suy hô hấp mạn), ngón tay có hình dùi trống (nung mủ phổi kéo dài)...

2.1.2. Hình thể lồng ngực

Bình thường lồng ngực cân đối hai bên, di động đều theo nhịp thở, nhịp thở làm thay đổi chu vi lồng ngực từ 5-10 cm, tỷ lệ đường kính trước sau và đường kính ngang là 5:7.

- Lồng ngực hình thùng: là lồng ngực giãn to về mọi phía, đường kính trước sau gần bằng đường kính ngang, các gian sườn giãn rộng, xương sườn nằm ngang, gặp trong hội chứng khí phế thũng.
- Lồng ngực hình ức gà: do xương ức bị đẩy ra phía trước nên lồng ngực nhô ra trước như ức gà, gặp trong hen phế quản ở người bị hen từ nhỏ.
- Lồng ngực giãn lớn một bên: gặp trong tràn khí, tràn dịch màng phổi, u phổi quá lớn...
- Lồng ngực bị xẹp ở một bên: gặp trong xẹp phổi hay dày dính màng phổi.
- Lồng ngực bị vẹo một bên: do vẹo cột sống bẩm sinh hay mắc phải.
- Lồng ngực còi xương: có hai chuỗi hạt sườn ở hai bên dọc theo các sụn sườn.
- Lồng ngực bị phù và có tuần hoàn bàng hệ: do chèn ép trung thất, lồng ngực phù nề và sưng, đau, gặp trong tràn mủ màng phổi.

2.2. Sờ

Giúp phát hiện bất thường của các cơ hô hấp, các xương sườn, khoảng liên sườn, tìm các điểm đau, phù và sờ rung thanh.

- Cách khám rung thanh:
 - + Định nghĩa: rung thanh là âm nói của bệnh nhân truyền qua thành ngực và dội vào lòng bàn tay của thầy thuốc đặt trên ngực của bệnh nhân, bình thường rung thanh tương đối đều ở hai bên nhưng ở người gầy thường rõ hơn người mập.
 - + Cách khám: bệnh nhân ngồi ngay ngắn, thầy thuốc đặt hai bàn tay lên hai bên lồng ngực đối xứng, các ngón tay nằm ngang theo các khoảng gian sườn, lòng bàn tay áp sát lồng ngực, bảo bệnh nhân đếm 1,2, 3 thì tiếng nói bệnh nhân sẽ rung vào lòng bàn tay thầy thuốc. Khám từ trên xuống dưới, phía trước và phía sau.



Hình 11.1. Khám rung thanh

- + Bệnh lý: nếu rung thanh tăng hơn bình thường thì vùng đó bị đông đặc phổi, rung thanh giảm hoặc mất là do tràn khí, tràn dịch màng phổi, dày dính màng phổi.

2.3. Gõ

2.3.1. Gõ trực tiếp

Thầy thuốc dùng các đầu ngón tay phải gõ lên thành ngực bệnh nhân để tìm vùng đục và vùng trong. Phương pháp này ít dùng vì gây đau cho bệnh nhân và ít chính xác.

2.3.2. Gõ gián tiếp

Thầy thuốc dùng ngón giữa bàn tay phải gõ lên lưng các ngón tay của bàn tay trái đặt sẵn trên lồng ngực bệnh nhân, các ngón tay nằm ngang theo các khoảng liên sườn, gõ từ trên xuống, bên phải rồi bên trái, phía trước và phía sau.

- Bình thường hai phổi gõ trong, vùng tim và gan gõ đục.
- Gõ vang cả hai phổi: gặp trong khí phế thũng toàn thể.

- Gõ vang một phổi hay một vùng: trong tràn khí màng phổi.
- Gõ đục: tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, đặc phổi hay dày dính màng phổi...

2.4. Nghe

Để bệnh nhân nằm hay ngồi, tư thế thoải mái, cân đối và thở bằng mũi.

2.4.1. Âm thở

Do âm hầu môn và âm phế bào, nghe êm dịu cả hai thì nhưng thì thở vào rõ hơn, thay đổi tùy vị trí: vùng đỉnh phổi, rốn phổi, nách nghe rõ hơn, người gầy, trẻ con nghe rõ hơn người mập.

- Thay đổi cường độ:
 - + Âm phế bào giảm: trong xẹp phổi (tắc phế quản), hẹp phế quản, khí phế thũng, đặc phổi, tràn khí, tràn dịch màng phổi...
 - + Âm phế bào tăng: ở vùng phổi thở bù (trên mức tràn dịch).
- Các âm thổi:
 - + Âm thổi ống là âm hầu môn truyền qua phế quản gặp vùng phổi bị đông đặc nên tăng lên, nghe được cả hai thì nhưng thì thở vào rõ hơn.
 - + Âm thổi hang: là âm hầu môn truyền qua phế quản vào trong một hang rộng lớn, có vỏ dày và nằm sát lồng ngực, nghe trầm hơn và rõ ở thì thở ra.
 - + Âm thổi vò: là âm thổi hang trong trường hợp hang quá lớn hay tràn khí màng phổi, nghe rất trầm và có khi nghe như tiếng kim khí chạm nhau.
 - + Âm thổi màng phổi: là âm thổi ống bị biến đổi qua lớp dịch mỏng của màng phổi, nghe được ở thì thở ra, gặp trong đặc phổi nằm trong lớp dịch màng phổi.
- Các tiếng ran (rales):
 - + Ran nổ: hay ran một thì, nghe được ở cuối thì thở vào, nghe như tiếng rang muối, gặp trong hội chứng đông đặc phổi gây tiết dịch đặc ở trong lòng phế nang.
 - + Ran ẩm: có ran ẩm to, vừa và nhỏ hạt do tiết dịch lỏng trong lòng các phế quản, nghe được cả hai thì, nghe như tiếng nước sôi.
 - + Các ran phế quản: có ran rít và ran ngáy, nghe được ở kỳ thở ra, do hẹp các tiểu phế quản hay co thắt phế quản, có khi nghe cả hai thì.
 - + Âm wheezing: hay âm còi gặp trong chèn ép các phế quản lớn.

2.4.2. Tiếng cọ màng phổi

Do hai lá màng bị viêm dày nên khi thở thì cọ vào nhau nghe như tiếng lá khô chạm vào nhau, nghe được cả hai thì, gặp trong viêm màng phổi khô, giai đoạn đầu và cuối của tràn dịch màng phổi.

2.4.3. Âm nói

Có giá trị như sờ rung thanh.

- Bình thường âm nói nghe rõ, đều cả hai bên.
- Âm nói giảm: do tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Âm nói tăng hay âm vang phế quản gặp trong đông đặc phổi điển hình.
- Âm dê là âm nói truyền đến tai thầy thuốc nghe cao giọng như tiếng dê kêu, gặp trong tràn dịch màng phổi.
- Tiếng ngực thâm: là âm nói của bệnh nhân đến tai thầy thuốc nghe thì thâm như xuất phát từ thành ngực bệnh nhân, gặp trong phổi có hang.
- Âm ho: có giá trị tương đương âm nói, nhưng sau khi ho thì ran nổ nghe rõ hơn, ran ẩm biến mất hay thay đổi, tiếng cọ màng phổi không thay đổi.

3. THĂM KHÁM CẬN LÂM SÀNG

3.1. Quang tuyến

3.1.1. Rọi X quang

Là khảo sát bộ máy hô hấp bằng tia X trên màn huỳnh quang, để xem hoạt động của phổi, cơ hoành, tim, mạch máu trong lồng ngực và những bất thường ở phổi. Phương pháp này có ưu điểm là đơn giản, ít tốn kém, nhanh và có thể làm hàng loạt, xem được những hoạt động của bộ máy hô hấp nhưng nhược điểm là ít chính xác, chủ quan, không lưu trữ được và rọi lâu gây độc hại.

3.1.2. Chụp phim

Đây là phương pháp đơn giản, khách quan và khá tốt trong chẩn đoán bệnh phổi, có thể lưu trữ được.

Tuy nhiên các thương tổn nhỏ khó phát hiện và không thấy được di động của các cơ quan trong lồng ngực.

Khi đọc phim phổi phải lưu ý vùng đỉnh phổi, nách, các góc sườn hoành, nếu cần thiết thì cho chụp phim nghiêng hay chếch.

3.1.3. Chụp cắt lớp

Là chụp phổi theo từng lớp cắt song song từ trước ra sau, giúp xác định vị trí các thương tổn và các thương tổn chồng lên nhau.

3.1.4. Chụp phế quản có cản quang

Là đưa chất cản quang vào trong phế quản rồi chụp phim để khảo sát hình dạng và sự tắc nghẽn của phế quản.

3.1.5. Chụp huyết phế quản

Đưa chất cản quang vào trong tĩnh mạch phổi để khảo sát mạch máu ở phổi.

3.2. Khảo sát đờm

Phải lấy đờm từ trong phế quản mới chính xác.

- Khảo sát vi trùng bằng soi, nhuộm hay cấy ở môi trường thích hợp. Nếu tìm amíp phải lấy đờm có máu tươi và đem ngay đến phòng thí nghiệm để khảo sát.
- Khảo sát sinh học, tìm tế bào lạ, bạch cầu và các chất khác trong đờm.

3.3. Khảo sát dịch màng phổi

Qua lâm sàng, X quang và siêu âm người ta chọn lấy dịch màng phổi để xét nghiệm về màu sắc, mùi hôi, sinh hóa (protein, đường...), làm Rivalta, các men, tế bào, vi trùng...

3.4. Soi phế quản

Người ta dùng một hệ thống quang học đưa vào trong khí quản và phế quản lớn để khảo sát mặt trong của phế quản và qua đó sinh thiết để khảo sát về tế bào học.

3.5. Khảo sát về khí máu

- Đo áp lực O_2 , CO_2 trong máu động mạch, bình thường $PaO_2 = 100$ mmHg, và $PaCO_2 = 40$ mmHg.
- Đo nồng độ O_2 máu động mạch, bình thường $SaO_2 = 94-98$ %, pH máu là 7,4.

3.6. Thăm dò chức năng hô hấp

- Đo dung tích sống: thường khoảng 3,5 lít, thay đổi theo tuổi, vóc dáng, giới...
- Tính lưu lượng đỉnh (Peakflow): cho bệnh nhân thở nhanh sâu với tần số thích hợp trong 10-20 giây rồi tính ra lưu lượng thở tối đa trong 1 phút. Người trung bình là 120-130 lít /phút.

3.7. Phản ứng bì lao (IDR)

Người ta tiêm một lượng nhỏ chất tuberculin vào mặt trong da cẳng tay rồi đọc kết quả sau 72 giờ.

- Phản ứng IDR âm tính (-): do chưa nhiễm lao, chưa chủng ngừa lao, thuốc thử không đảm bảo chất lượng, cơ địa quá suy kiệt hoặc đang mắc một bệnh nào đó làm mất miễn dịch như AIDS.
- Phản ứng IDR dương tính (+): đường kính vị trí tiêm nổi đỏ 8-12 mm.

- Phản ứng IDR (++) : đường kính > 12 mm.
- Phản ứng IDR (+++) : vị trí tiêm bị loét, nổi bóng nước (bào chẩn), đỏ quá rộng và ngứa...

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các triệu chứng cơ năng và thực thể của hệ hô hấp
2. Nêu các xét nghiệm cận lâm sàng hệ hô hấp
3. Đánh dấu x vào những câu đúng:
 - A. Thăm khám hệ hô hấp cần thực hiện các bước: nhìn, sờ, gõ, nghe
 - B. Hen phế quản thường khó thở chậm, kỳ thở ra
 - C. Đờm trong giãn phế quản số lượng nhiều, có 4 lớp.
 - D. Khó thở dạng Kussmaul: là khó thở sâu, chậm gấp trong trường hợp máu bị nhiễm toan.
 - E. Khó thở dạng Cheynes-Stokes: nhịp thở nhanh dần rồi chậm lại dần rồi nghỉ và tiếp tục như thế, gặp trong thương tổn trung tâm hô hấp.
4. Nhịp thở bình thường ở người lớn:
 - a. 10-20 lần / phút
 - b. 12-20 lần / phút
 - c. 10-22 lần / phút
 - d. 12- 25 lần / phút
 - e. 15-25 lần/ phút

Bài 12

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THÙY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của viêm phổi thùy.
2. Nêu được một số chẩn đoán điều dưỡng.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc một bệnh nhân viêm phổi thùy.

1. BỆNH HỌC

1.1. Định nghĩa

Viêm phổi là một bệnh cảnh lâm sàng do thương tổn tổ chức phổi (phế nang, tổ chức liên kết kẽ và tiểu phế quản tận cùng) do nhiều tác nhân như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, hóa chất...

Người ta phân ra viêm phổi thùy và phế quản phế viêm.

1.2. Dịch tễ học

Bệnh thường xảy ra ở những người có cơ địa xấu như người già, trẻ em suy dinh dưỡng, cơ địa có các bệnh mạn tính, giảm miễn dịch, nghiện rượu, suy dưỡng hay các bệnh phổi có trước như (viêm phế quản mạn, giãn phế quản, hen phế quản...). Bệnh thường xuất hiện lúc thay đổi thời tiết, yếu tố môi trường thuận lợi và có thể tạo thành dịch nhất là do virus, phế cầu, Hemophilus.

- Trên thế giới: ở Ba Lan viêm phổi cấp chiếm 1/3 các trường hợp nhiễm trùng hô hấp cấp (Szenuka, 1982), ở Hungari bệnh này chiếm 12% các bệnh hô hấp điều trị (1985). Tỷ lệ tử vong ở trẻ nhỏ và người già của các nước phát triển là 10-15%, ở châu Âu tỷ lệ tử vong của viêm phổi khoảng 4,4%, châu Á là 4,1-13,4%, châu Phi 12,9% (Hitze.K.L, 1980).
- Ở Việt Nam: ở Bệnh viện Bạch Mai và Viện Quân Y 103 thì viêm phổi cấp chiếm tỷ lệ 16-25% các bệnh phổi không do lao, đứng thứ hai sau hen phế quản (1990). Viện Quân Y 103 (từ 1970-1983) khoảng 20-25,7% các bệnh phổi, đứng thứ ba sau viêm phế quản và hen phế quản, theo Chu Văn Ý thì khoảng 16,5 %.

1.3. Nguyên nhân của viêm phổi thùy

- Vi khuẩn: các loại vi khuẩn gây nên viêm phổi thường gặp nhất hiện nay là: phế cầu khuẩn, *Hemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*. Ngoài ra còn có các loại vi khuẩn khác như liên cầu, tụ cầu vàng, Friedlander (*Klebsiella pneumoniae*), *Pseudomonas aeruginosa*, các vi khuẩn kỵ khí như *Fusobacterium*, hoặc là các vi khuẩn gram âm, thương hàn, dịch hạch...
- Virus: Virus cúm (Influenza virus), virus sởi, Adenovirus, đậu mùa, bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Ở Mỹ, viêm phổi do virus chiếm 73% nhiễm khuẩn hô hấp trong đó 40% do virus cúm.
- Nấm: *Actinomyces*, *Blastomyces*, *Aspergillus*...
- Ký sinh trùng: amíp, giun đũa, sán lá phổi.
- Hóa chất: xăng, dầu, acid, dịch dạ dày.
- Các nguyên nhân khác: bức xạ, tắc phế quản do u phế quản phổi, ứ đọng...

1.4. Triệu chứng của viêm phổi thùy

Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng trẻ em, người già, người suy dinh dưỡng, người bị suy giảm miễn dịch thì tỉ lệ cao hơn, bệnh thường xảy ra vào mùa đông - xuân và có khi gây thành dịch, hoặc xảy ra sau các trường hợp nhiễm virus ở đường hô hấp trên như cúm, sởi, herpes, hay ở người bệnh hôn mê, nằm lâu, suy kiệt...

1.4.1. Giai đoạn khởi phát

Bệnh thường khởi đầu đột ngột với sốt cao, rét run, sốt dao động trong ngày, có đau tức ở ngực, khó thở nhẹ, mạch nhanh, ho khan, toàn trạng mệt mỏi, gầy sút, chán ăn, ở môi miệng có herpes, nhưng các triệu chứng thực thể còn nghèo nàn.

1.4.2. Giai đoạn toàn phát

Thường từ ngày thứ 3 trở đi, các triệu chứng lâm sàng đầy đủ hơn, tình trạng nhiễm trùng nặng lên với sốt cao liên tục, mệt mỏi, gầy sút, biếng ăn, khát nước, đau ngực tăng lên, khó thở nặng hơn, ho nhiều, đờm đặc có màu gỉ sắt hay có máu, nước tiểu ít và sẫm máu.

Khám phổi có hội chứng đông đặc phổi điển hình (hoặc không điển hình) với rung thanh tăng, ấn các khoảng gian sườn đau, gõ đục, nghe âm phế bào giảm, âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc. Nếu thương tổn nhiều thì có dấu suy hô hấp cấp, có gan lớn và đau, có khi có vàng da và xuất huyết dưới da, ở trẻ em có rối loạn tiêu hóa như buồn nôn, nôn, bụng chướng.

Cận lâm sàng: xét nghiệm máu có lượng bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng, tốc độ máu lắng cao, soi tươi và cấy đờm có thể tìm thấy phế cầu, có

khi cấy máu có phế cầu. Chụp phim phổi thấy có một đám mờ bờ rõ hay không rõ, chiếm một thùy hay phân thùy và thường gặp là thùy dưới phổi phải.

1.4.3. Giai đoạn lui bệnh

- Nếu sức đề kháng tốt, điều trị sớm và đúng thì bệnh sẽ thoái lui sau 7-10 ngày, nhiệt độ giảm dần, toàn trạng khỏe hơn, ăn cảm thấy ngon, nước tiểu tăng dần, ho nhiều và đờm loãng, trong, đau ngực và khó thở giảm dần. Khám phổi thấy âm thổi ống biến mất, ran nổ giảm đi thay vào là ran ẩm. Thường triệu chứng cơ năng giảm sớm hơn triệu chứng thực thể. Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu trở về bình thường, lắng máu bình thường, thương tổn phổi trên X quang mờ dần. Bệnh khỏi hẳn sau 10-15 ngày điều trị và chăm sóc.
- Nếu không điều trị hay điều trị không đúng, sức đề kháng quá kém thì bệnh sẽ nặng dần và đe dọa tử vong:
 - + Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng lên.
 - + Suy hô hấp.
 - + Nhiễm trùng huyết.
 - + Áp xe phổi, tràn dịch, tràn mủ màng phổi, màng tim...

1.5. Chẩn đoán viêm phổi thùy

1.5.1. Chẩn đoán xác định

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Hội chứng đặc phổi điển hình, hoặc không điển hình.
- Hội chứng suy hô hấp cấp (có thể có).

1.5.2. Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào

- Diễn tiến lâm sàng.
- Yếu tố dịch tễ.
- Kết quả xét nghiệm đàm.
- Đáp ứng điều trị.

1.5.3. Chẩn đoán phân biệt

- Phế viêm lao: bệnh cảnh kéo dài, hội chứng nhiễm trùng không rầm rộ, cần làm các xét nghiệm về lao để phân biệt.
- Nhồi máu phổi: cơ địa có bệnh tim mạch, nằm lâu, có cơn đau ngực đột ngột, dữ dội, khái huyết nhiều, choáng.
- Ung thư phế quản phổi bội nhiễm: thương tổn phổi hay lặp đi lặp lại ở một vùng và càng về sau càng nặng dần.

- Áp xe phổi giai đoạn đầu.
- Viêm màng phổi dựa vào X quang và lâm sàng.
- Xẹp phổi: không có hội chứng nhiễm trùng, âm phế bào mất, không có ran nổ. X quang có hình ảnh xẹp phổi.

1.6. Điều trị viêm phổi thùy

1.6.1. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn bệnh tiến triển.
- Chế độ ăn dễ tiêu, đảm bảo đủ calo, thêm đạm và các loại vitamin nhóm B,C.
- Bù nước và điện giải vì sốt cao, ăn uống kém, nôn, tiêu chảy...

1.6.2. Điều trị triệu chứng

- Thuốc hạ sốt: thuốc hạ sốt thường có tác dụng giảm đau. Có thể dùng aspirin hay paracetamol 0,5g x 3-4 lần /ngày. Hoặc là acetaminophen (Tylenol), Diantalvic...
- Đảm bảo thông khí, nếu có suy hô hấp thì dùng oxy qua sonde mũi 3-5 lít /phút tùy mức độ (lưu ý nếu có suy hô hấp mạn thì giảm liều còn 1-2 lít /phút và ngắt quãng).
- Các thuốc giãn phế quản: nếu có dấu co thắt phế quản có thể cho thêm theophyllin 100-200mg x 3 lần /ngày.
- Các loại thuốc ho và long đờm:
 - + Codein (Acodin, Neocodeon...) 100mg x 3 lần /ngày.
 - + Nếu đờm đặc và khó khạc có thể dùng Terpin, benzoat natri hoặc Acemuc, Exocemuc, Mucosolvon, Rhinathiol... 2-3 gói /ngày hoặc 3-4 viên /ngày.

1.6.3. Điều trị nguyên nhân

Dùng kháng sinh sớm, đúng loại, đủ liều, dựa vào kháng sinh đồ, khi chưa có kháng sinh đồ thì dựa vào yếu tố dịch tễ, diễn tiến lâm sàng của bệnh, kinh nghiệm của thầy thuốc, thể trạng bệnh nhân và phải theo dõi đáp ứng điều trị để có hướng xử trí kịp thời.

- Do phế cầu, liên cầu:
 - + Kháng sinh chính hiện nay vẫn là: penicillin G. 500.000-1.000.000 đv x 4 lần /ngày tiêm bắp. Nếu nặng có thể tăng liều và truyền tĩnh mạch. Có thể dùng cefapirin (Cefaloject) 0,5g-1g mỗi 8-12 giờ.
 - + Nếu bị dị ứng với penicillin thì dùng loại macrolid như erythromycin tiêm hay uống 2g/ngày chia 4 lần hay roxythromycin 150mg x 2 lần/ngày.

- Do tụ cầu vàng:
 - + Tụ cầu vàng nhạy cảm với methicillin: có thể dùng cefapirin hay nhóm aminosid như Amikacine 15mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc nhóm fluoroquinolon như Ofloxacin truyền tĩnh mạch hay uống 400mg/ngày chia 2 lần.
 - + Tụ cầu vàng đề kháng methicillin: có thể dùng cefalosporin thế hệ III như cefotaxim (Claforan, Cefomic) 3g/ngày chia 3 lần hay vancomycin 30-50mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 3 lần. Nếu nặng có thể phối hợp với amikacin.
- Do *Hemophilus influenzae*: có thể dùng:
 - + Ampicillin 2-3g/ngày uống chia 3 lần hay tiêm bắp hoặc ofloxacin hoặc cefapirin.
 - + Gentamicin 3-4mg/kg/ngày tiêm bắp chia 2-3 lần.
- Do *Klebsiella pneumoniae*: thường điều trị phối hợp cefalosporin thế hệ III với amikacin.
- Do vi khuẩn kỵ khí: penicillin G hay metronidazol 1-2g/24 giờ hoặc cefalosporin thế hệ II, III.
- Do hóa chất: kháng sinh thường dùng là penicillin G phối hợp với prednison 5mg x 6-8 viên /ngày.

Các trường hợp viêm phổi có biến chứng phải điều trị kéo dài cho đến khi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trở về bình thường (xét nghiệm nhiều lần) để tránh biến chứng và tái phát.

1.7. Phòng bệnh

Viêm phổi là một trong những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất, ngày nay nhờ vào nhiều loại kháng sinh mới, mạnh nên tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm nhiều. Tuy nhiên vẫn có trường hợp xảy ra thành những vụ dịch nhất là do virus. Để phòng bệnh, giảm biến chứng phải nâng cao thể trạng, giữ ấm trong mùa lạnh, loại bỏ những yếu tố thúc đẩy như môi trường không trong sạch, không hút thuốc lá, phòng ngừa và điều trị sớm, tận gốc các nhiễm trùng ở đường hô hấp trên, các đợt cấp của bệnh phổi mạn tính, điều trị sớm và theo dõi sát giai đoạn sớm của nhiễm trùng đường hô hấp, tránh lây lan. Ngày nay đã có một số vaccin của nhiều loại virus đã được sử dụng và cả một số thuốc chống virus.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THUỖ

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Đặc điểm của cơn khởi phát như thế nào?
- Bệnh lý hiện tại của bệnh nhân được biểu hiện như thế nào:
 - + Bệnh nhân có sốt không?
 - + Bệnh nhân có chán ăn, buồn nôn, nôn, bụng trướng không?
 - + Cơn rét run: tính chất, thời gian kéo dài của cơn rét run.
 - + Mức độ sốt, khó thở, ho, tính chất ho.
 - + Đàm: số lượng đờm, tính chất.
 - + Đau ngực, tính chất đau.
 - + Trạng thái toàn thân: mức độ mệt mỏi, khả năng ăn uống, những vấn đề gây khó chịu khác.
- Tiền sử bệnh: các bệnh về đường hô hấp, có nghiện rượu và hút thuốc không?
- Các thuốc đã sử dụng và hiệu quả của các loại thuốc?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Tình trạng toàn thân: thể trạng chung, tình trạng tinh thần.
- Có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, mệt nhọc, hốc hác không?
- Da, niêm mạc có tím tái không? Quan sát tình trạng hô hấp: hình thể, di động của lồng ngực, xem bệnh nhân có khó thở không và mức độ khó thở.
- Quan sát tính chất của đờm về số lượng và màu sắc.

2.1.3. Thăm khám

- Đo nhiệt độ, bắt mạch xem nhiệt độ có tăng và mạch có nhanh không?
- Tần số thở có nhanh không?
- Ấn các khoảng gian sườn có đau không?
- Khám phổi có hội chứng đông đặc phổi: rung thanh tăng, gõ đục, âm phế bào giảm.
- Nghe phổi có âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc không?
- Xem xét các xét nghiệm cận lâm sàng:
 - + Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng.

- + Soi tươi và cấy đờm, cấy máu có thể tìm thấy phế cầu.
- + Chụp phim phổi thấy có một đám mờ bờ rõ hay không rõ, chiếm một thùy hay phân thùy.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Qua hồ sơ bệnh án đã điều trị và chăm sóc.
- Qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân viêm phổi thùy:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Chán ăn do nhiễm trùng.
- Đau ngực do tổn thương nhu mô phổi.
- Ho do kích thích các tiểu phế quản.
- Nguy cơ nhiễm trùng huyết do điều trị không hiệu quả.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Giải quyết những khó khăn của bệnh nhân: thở và ho...
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, màu sắc da, tình trạng hô hấp.
- Theo dõi đề phòng biến chứng.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn gây bệnh.
- Giáo dục về cách phòng bệnh.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn sốt. Động viên và giải thích để bệnh nhân yên tâm. Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày và giám sát chế độ ăn uống của bệnh nhân.
- Tăng cường lượng dịch vào cơ thể trong giới hạn cho phép. Lượng dịch đủ sẽ có tác dụng làm loãng đờm.
- Làm ẩm không khí thở để làm loãng và long đờm, dịch xuất tiết và cải thiện, nâng cao sự thông khí.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu và tập ho, khuyến khích bệnh nhân ho và khạc đờm, phải tránh gây ức chế, làm suy giảm phản xạ ho đặc biệt đối với những bệnh nhân nghe phổi có nhiều ran bọt.
- Áp dụng kết hợp vật lý trị liệu vỗ ngực, rung lắc để làm long đờm, dịch xuất tiết ra ngoài dễ.
- Thức ăn giàu chất dinh dưỡng đủ lượng calo /ngày. Tránh kiêng khem, chế biến thức ăn sao cho phù hợp với khẩu vị của bệnh nhân. Thức ăn lỏng, ấm, dễ tiêu, nếu bệnh nhân mệt mỗi không muốn ăn, phải chia nhỏ nhiều bữa ăn để đảm bảo đủ lượng trong ngày.
- Thường xuyên vệ sinh và chăm sóc môi, miệng và mũi. Không để bệnh nhân bị rét run, bị gió lùa, khi vệ sinh da phải dùng nước ấm.
- Cho thở oxy để chống thiếu oxy máu, đặc biệt đối với bệnh nhân bị bệnh tim kèm theo hoặc có rối loạn về tim mạch.

2.4.2. Thực hiện theo y lệnh của thầy thuốc

- Hô hấp hỗ trợ cho bệnh nhân (thông khí cơ học, bóp bóng, thở máy) nếu có chỉ định.
- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản vì sự ứ đọng dịch sẽ gây cản trở sự trao đổi khí và có thể làm chậm quá trình lành bệnh.
- Thực hiện thuốc theo chỉ định của bác sĩ: thuốc kháng sinh tiêm hoặc uống, thuốc điều trị co thắt phế quản, thuốc bổ và thuốc giảm ho nếu bệnh nhân chỉ ho khan (dùng codein liều nhẹ), nhất là khi bệnh nhân có cơn ho dữ dội gây thiếu oxy máu.
- Phải xem xét ý thức và cảm giác của bệnh nhân trước khi sử dụng thuốc an thần để đánh giá dấu hiệu và triệu chứng gợi ý của viêm màng não.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, cấy máu, cấy đờm, soi tươi, chụp X quang...

2.4.3. Theo dõi và đề phòng biến chứng

- Theo dõi sát tình trạng hô hấp của bệnh nhân (theo dõi tần số thở, tính chất hô hấp và nghe phổi) báo cáo lại cho bác sĩ khi có những biểu hiện bất thường.
- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn vào những khoảng thời gian nhất định tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân để đánh giá sự đáp ứng của bệnh nhân với tiến trình điều trị.
- Tiếp tục theo dõi dị ứng thuốc.
- Tiếp tục theo dõi đáp ứng với điều trị.
- Tiếp tục theo dõi dẫn lưu phổi (còn ứ đọng nhiều đờm dịch).

- Cho bệnh nhân chụp X quang phổi theo y lệnh để theo dõi tiến triển của bệnh.
- Thực hiện sự giám sát chăm sóc đặc biệt đối với những bệnh nhân ở trong tình trạng sau:
 - + Nghiện rượu hoặc bị bệnh viêm phổi mạn tính. Những bệnh nhân này cũng như những bệnh nhân cao tuổi có thể chỉ sốt nhẹ hoặc không sốt.
 - + Viêm phế quản mạn tính: rất khó thấy những thay đổi vì những bệnh nhân này có thể đã có sẵn sự suy giảm trầm trọng chức năng hô hấp.
 - + Động kinh: viêm phổi có thể là hậu quả do sặc trong cơn động kinh.
 - + Mê sảng: có thể do thiếu oxy máu, viêm màng não, say rượu nặng. Khi bệnh nhân mê sảng cần phải:
 - * Phụ giúp bác sĩ chọc dò tủy sống: viêm màng não có thể gây tử vong.
 - * Đảm bảo cung cấp đủ dịch cho bệnh nhân và dùng thuốc an thần nhẹ.
 - * Đảm bảo sự thông khí và cho bệnh nhân thở oxy.
 - * Kiểm soát chặt chẽ tình trạng mê sảng để tránh kiệt sức và suy tim.
- Thường xuyên đánh giá những bệnh nhân này về: thái độ, cử chỉ, sự thay đổi về tình trạng tinh thần, trạng thái sống sờ và suy tim.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn gây bệnh:
 - + Tăng cường sự thông thoáng khí các buồng bệnh
 - + Hạn chế sự tiếp xúc: không xếp nhiều bệnh nhân trong phòng. Hạn chế khách, nhân viên y tế ra vào buồng bệnh. Hướng dẫn bệnh nhân dùng khăn hoặc giấy vệ sinh để che mũi miệng khi ho, hắt hơi và quay mặt sang một bên khi nói với người khác.
 - + Nhân viên y tế rửa tay trước và sau khi khám làm thủ thuật trên bệnh nhân. Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật...
 - + Xử lý chất thải bỏ, dụng cụ cho người bệnh theo quy định.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Giải thích cho bệnh nhân vận động luyện tập theo mức độ tăng dần.
- Khuyến khích bệnh nhân tập thở sâu, tập ho, tập làm giãn nở phổi, làm sạch phổi và phục hồi chức năng hô hấp.
- Khuyến khích bệnh nhân nên đến khám lại sau 4-6 tuần kể từ khi ra viện.
- Giải thích tác hại của việc hút thuốc, khuyên bệnh nhân bỏ thuốc.
- Khuyến bệnh nhân duy trì sự đề kháng tự nhiên của cơ thể bằng: ăn uống tốt, nghỉ ngơi đầy đủ, hợp lý vì sau khi bị viêm phổi bệnh nhân rất dễ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trở lại.

- Hướng dẫn bệnh nhân để tránh quá bị kiệt sức, bị ảnh hưởng do lạnh quá đột ngột, tránh uống rượu vì những tình trạng này làm giảm sức đề kháng của cơ thể.
- Khuyến bệnh nhân tiêm phòng cúm, vì cúm làm tăng khả năng bị viêm phổi.

2.5. Đánh giá

Bệnh nhân bị viêm phổi thùy được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân được ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi thích hợp được đảm bảo.
- Hằng ngày bệnh nhân phải được vệ sinh thân thể, răng miệng sạch sẽ.
- Các y lệnh thuốc men được thực hiện đầy đủ, nghiêm túc.
- Tình trạng nhiễm trùng cải thiện.
- Tình trạng hô hấp được cải thiện tốt.
- Đau ngực giảm.
- Bệnh nhân được theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra và xử trí kịp thời.
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được hướng dẫn cách phòng bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các nguyên nhân của viêm phổi thùy.
2. Trình bày các triệu chứng viêm phổi thùy giai đoạn khởi phát.
3. Trong chăm sóc bệnh nhân viêm phổi thùy cần có những hành động chăm sóc và hỗ trợ, ngoại trừ:
 - a. Thực hiện lấy máu để làm xét nghiệm
 - b. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
 - c. Theo dõi các dấu hiệu khó thở
 - d. Thuốc điều trị cơ thắt phế quản
 - e. Hỗ trợ cho bệnh nhân (thông khí cơ học, bóp bóng, thở máy) nếu có chỉ định.
4. Giáo dục cho bệnh nhân viêm phổi thùy, **ngoại trừ**:
 - a. Vận động, luyện tập gắng sức.

- b. Tập thở sâu, tập ho, tập làm giãn nở phổi, làm sạch phổi và phục hồi chức năng phổi.
- c. Khuyên bệnh nhân bỏ thuốc lá.
- d. Khuyên bệnh nhân đến khám sau 4-6 tuần kể từ khi ra viện.
- e. Ăn uống đầy đủ dinh dưỡng để tăng sức đề kháng.

5. Xử lý tình huống:

Ông B 45 tuổi, thường ăn uống thoải mái với các món ăn sang, rượu, bia, rau sống, thuốc lá.... Vài ngày gần đây ông cảm thấy mệt mỏi, sốt cao, rét run, ho và đau ngực. Ông được người nhà đưa vào Bệnh viện X:

- Khám phổi phát hiện hội chứng đông đặc.
- Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng, máu lắng tăng.

Hãy giải thích các triệu chứng trên và đề xuất thêm các xét nghiệm.

Hãy nêu quy trình chăm sóc bệnh nhân B.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng của viêm phế quản cấp và mạn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm phế quản cấp và mạn.
3. Thực hiện được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm phế quản cấp và mạn.

1. BỆNH HỌC

1.1. Viêm phế quản cấp

Viêm phế quản cấp là một tình trạng viêm nhiễm niêm mạc của phế quản lớn và trung bình. Bệnh có thể xảy ra bất cứ lứa tuổi nào, nhưng thường gặp ở trẻ em và người già. Bệnh hay gặp lúc mùa lạnh hay lúc giao mùa. Biểu hiện lâm sàng là ho, khạc đờm. Bệnh có thể tự lành hay nhờ điều trị mà không để lại di chứng khi lành bệnh.

1.1.1. Nguyên nhân

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp do vi khuẩn và virus như: viêm mũi, viêm VA, viêm họng, viêm xoang, viêm amidan. Vi khuẩn thường gặp là: phế cầu, liên cầu khuẩn.
- Bệnh truyền nhiễm: cúm, sởi, ho gà, sốt phát ban, thương hàn.
- Hít phải hơi độc: clo, amoniac, acid, dung môi công nghiệp, chất độc hoá học.
- Yếu tố dị ứng: viêm phế quản cấp xảy ra ở người hen, mày, phù Quinck.
- Điều kiện thuận lợi:
 - + Thay đổi thời tiết, nhiễm lạnh đột ngột.
 - + Cơ thể suy mòn, còi xương, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.
 - + Ú đọng phổi do suy tim.
 - + Môi trường ẩm thấp nhiều khói bụi...

1.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh bắt đầu bằng viêm long đường hô hấp trên với biểu hiện như: sổ mũi, hắt hơi, rát họng, ho khan. Tiến triển gồm hai giai đoạn:

1.1.2.1. Giai đoạn khô

- Cơ năng:
 - + Sốt, có khi sốt cao trên 39°C.
 - + Ho khan, ho từng cơn.
 - + Nhức đầu, mệt mỏi cơ thể.
 - + Cảm giác rát bỏng và đau xương ức, cảm giác này tăng lên khi ho.
- Thực thể:
 - + Phổi có nhiều ran rít, ran ngáy rải rác cả hai phế trường.
 - + Giai đoạn này kéo dài từ 3-4 ngày thì chuyển sang giai đoạn ướt.

1.1.2.2. Giai đoạn ướt

- Cơ năng:
 - + Ho kèm đàm xanh.
 - + Khó thở nhẹ.
 - + Cảm giác đau rát bỏng sau xương ức giảm dần rồi mất hẳn.
- Thực thể:
 - + Khám phổi có nhiều ran ngáy, ran ẩm.
 - + Giai đoạn này kéo dài 4-5 ngày, sang ngày thứ 10 thì khỏi hẳn.
 - + Nếu ho khan kéo dài vài ba tuần, kèm đáp ứng với điều trị và xảy ra ở người nghiện thuốc lá cần phải chú ý đến ung thư phế quản.

1.1.3. Cận lâm sàng

- X quang phổi: chỉ thấy hai vùng rốn phổi đậm.
- Công thức máu: bạch cầu tăng, chủ yếu đa nhân trung tính, VSS tăng vừa phải.
- Xét nghiệm đờm: thấy nhiều loại vi khuẩn khi soi tươi hay cấy đờm.

1.1.4. Tiên lượng

- Phần lớn bệnh khỏi hoàn toàn không để lại di chứng.
- Một số trường hợp bệnh tái phát.
- Ở trẻ em có thể biến chứng phế quản phế viêm.

- Viêm phế quản cấp có thể làm khởi phát cơn hen phế quản nhất là loại hen phế quản nhiễm khuẩn.

1.1.5. Điều trị

1.1.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh là chủ yếu: muốn diệt khuẩn tốt thì cần làm kháng sinh đồ.
- Điều trị nguyên nhân đồng thời với điều trị triệu chứng: phải làm thông thoáng đường hô hấp bằng cách làm giảm tiết dịch, chống phù nề, sử dụng các thuốc long đờm, corticoid.

1.1.5.2. Điều trị

- Thể nhẹ:
 - + Nghỉ ngơi tại giường, giữ ấm, tránh lạnh đột ngột, tránh gió lùa.
 - + Cho uống đủ lượng nước.
 - + Thuốc long đờm: Exomuc người lớn và trẻ em > 7 tuổi uống 3 gói chia 3 lần.
 - + Cho xi rô codein hoặc viên giảm ho: Oropivalon 2-4 viên /ngày, ngậm mỗi lần 1 viên.
 - + Dùng kháng sinh khi có hiện tượng nhiễm khuẩn: ampicillin 500mg ngày uống 2-4 viên chia 2, sáng và chiều.
- Thể nặng (viêm phế quản cấp trên bệnh nhân có viêm amidan, viêm VA, viêm tai giữa...)
 - + Đảm bảo chế độ ăn uống nghỉ ngơi hợp lý, giữ gìn và nâng cao sức khỏe.
 - + Tránh bị nhiễm lạnh, tránh môi trường bụi khói, ô nhiễm.
 - + Điều trị tích cực và triệt để các ổ nhiễm khuẩn ở tai, mũi, họng và các bệnh mạn tính đường hô hấp, kết hợp với tập thở và tập thể dục thường xuyên.
 - + Sốt: paracetamol 0,5g x 1-2 viên /ngày.
 - + Ho: dùng Tecpin codein 0,1g x 2-4 viên /ngày.
 - + Kháng sinh: cần phải làm kháng sinh đồ. Có thể dùng ampicillin, amoxicillin, erythromycin, gentamicin cho đến khi không còn dấu hiệu nhiễm trùng, thông thường từ 7 đến 10 ngày. Cephalixin 500mg x 2-4 viên /ngày hoặc Klacid 500mg x 2 viên /ngày, sáng và chiều, uống trước ăn khoảng 45 phút.
 - + Dùng corticoid để chống phù nề niêm mạc phế quản: prednisolon 5mg x 4 viên /ngày chia 2, uống sau ăn.

- + Sử dụng các thuốc giãn phế quản để chống co thắt cơ trơn phế quản: theophyllin 0,1g x 4 viên chia 2 lần, sử dụng khi khó thở.

1.2. Viêm phế quản mạn

Viêm phế quản mạn tính là tình trạng tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt khoảng 3 tuần lễ ít nhất là 3 tháng trong 1 năm và ít nhất là 2 năm liên. Viêm phế quản mạn còn gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhưng thường có đợt cấp tính làm bệnh nặng lên. Bệnh rất phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tâm phế mạn.

1.2.1. Nguyên nhân

Những nguyên nhân trực tiếp góp phần làm cho bệnh khởi phát là:

- Hút thuốc lá: theo Oswald thì 88% số người nghiện thuốc lá bị mắc bệnh viêm phế quản mạn tính.
- Bụi trong khí quyển: ở những vùng công nghiệp thì tỉ lệ mắc bệnh cao hơn. Bụi SO₂ dẫn đến những đợt cấp của bệnh.
- Nghề nghiệp: những người có nghề tiếp xúc với bụi vô cơ hoặc bụi hữu cơ như công nhân mỏ than, uranium... công nhân luyện kim, thợ cán bông, cán nhựa rất dễ bị viêm phế quản mạn tính.
- Nhiễm khuẩn: bệnh có liên quan với virus và vi khuẩn như *Hemophilus influenza*, *Streptococcus pneumonia*.
- Yếu tố dị ứng: cơ địa dị ứng là yếu tố thuận lợi cho bệnh phát triển.
- Yếu tố tuổi và giới: tuổi cao hay mắc, nam nhiều hơn nữ.
- Yếu tố di truyền: một số tác giả cho rằng người có nhóm máu O dễ bị bệnh phổi mạn tính.
- Yếu tố xã hội: những người nghèo mắc bệnh nhiều hơn.
- Yếu tố thời tiết, khí hậu: khí hậu ẩm ướt nhiều sương mù cũng là yếu tố thuận lợi.

1.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Viêm phế quản mạn thường xảy ra ở người lớn trên 50 tuổi. Bệnh tiến triển âm ỉ trong nhiều năm. Khi bệnh đã rõ có những dấu hiệu và các triệu chứng sau:

- Ho khạc đờm: thường ho và khạc đờm vào buổi sáng. àm nhầy, trong, dính hoặc đờm có màu xanh, vàng đặc như mủ. Lượng đờm trong 24 giờ thường khoảng 200ml. Mỗi đợt ho và khạc đờm thường kéo dài khoảng 3 tuần, nhất là những tháng mùa đông, đầu mùa thu.

- Đợt cấp của viêm phế quản mạn tính: thỉnh thoảng xuất hiện một đợt cấp, nhất là ở những người già, sau bội nhiễm. Trong đợt cấp có những biểu hiện sau:
 - + Ho, khạc đàm có mủ.
 - + Khó thở như cơn hen, thở phì phò.
 - + Dấu hiệu nhiễm khuẩn (thường kín đáo).
 - + Khám phổi: nghe ran rít, ran ngáy và ran ẩm, rì rào phế nang giảm.

Càng về giai đoạn cuối của viêm phế quản mạn mức độ khó thở càng tăng lên, chức năng hô hấp càng suy giảm trầm trọng. Bệnh nhân có thể tử vong trong giai đoạn suy hô hấp cấp.

1.2.3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi: hình ảnh viêm phế quản trên phim không có gì đặc hiệu, thường thấy đậm hai rốn phổi và những đường đậm chạy xuống cơ hoành, nhưng rất cần làm để loại trừ các bệnh có ho và khạc đờm kéo dài như ung thư phế quản, lao phổi, giãn phế quản. Trong giai đoạn muộn, chụp X quang thấy hình ảnh của giãn phế nang.
- Chụp phế quản có chất cản quang.
- Soi phế quản.
- Chụp động mạch phế quản.
- Làm các xét nghiệm thăm dò chức năng hô hấp, phân tích khí trong máu.
- Cấy đờm để lấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ (lưu ý xét nghiệm tìm BK trong đờm, có thể phải làm nhiều lần mới có thể khẳng định được).
- Xét nghiệm máu: trong đợt cấp số lượng bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng. Ở giai đoạn muộn số lượng hồng cầu và hematocrit tăng.

1.2.4. Tiến triển và biến chứng

Bệnh bắt đầu rất nhẹ, bệnh nhân không để ý vì không ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt. Bệnh tiến triển từ từ trong 5-20 năm. Trong quá trình tiến triển có những đợt kịch phát. Cứ sau những đợt suy hô hấp cấp thì bệnh lại tiến triển trầm trọng hơn. Trong quá trình tiến triển có những biến chứng:

- Bội nhiễm phổi: viêm phổi thùy, áp xe phổi, lao phổi.
- Giãn phế nang.
- Suy hô hấp cấp.
- Suy tim phải là biến chứng cuối cùng.

1.2.5. Điều trị

1.2.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân kết hợp với điều trị triệu chứng.
- Điều trị theo thể bệnh.
- Điều trị biến chứng.
- Giải quyết tắc nghẽn phế quản do đàm, phù nề niêm mạc phế quản, co thắt cơ trơn phế quản.

1.2.5.2. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân:
 - + Bỏ hút thuốc lá, thuốc lào.
 - + Điều trị các ổ nhiễm khuẩn ở mũi, họng, xoang bằng kháng sinh.
- Điều trị triệu chứng:
 - + Bệnh nhân sốt: paracetamol 0,5g x 1-2 viên /ngày.
 - + Ho: dùng Tecpin codein 0,1g x 2-4 viên /ngày. Tuy nhiên không dùng cho những bệnh nhân có suy hô hấp và những bệnh nhân viêm phế quản có biểu hiện tâm phế mạn.
 - + Đau ngực: dùng Efferalgan codein 500mg x 2 viên /ngày x 5 ngày.
- Đối với viêm phế quản mạn đơn thuần (chưa có tắc nghẽn phế quản), chỉ cần điều trị dự phòng:
 - + Thể dục liệu pháp, tập thở sâu (thở cơ hoành).
 - + Vận động trị liệu: tập bơi, đi bộ.
 - + Giữ ấm cổ, ngực khi trời lạnh, tránh lạnh đột ngột.
 - + Tiêm vaccin phòng cúm vào mùa thu, đông.
 - + Điều trị ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Điều trị đợt cấp (khi đã có tắc nghẽn).
- Cho thở oxy khi có biểu hiện suy hô hấp (cho thở ngắt quãng, nhiều lần trong ngày, liều thấp).
- Dẫn lưu theo tư thế kết hợp với vật lý trị liệu (gỗ, vỗ, rung lắc) lồng ngực để làm long đờm và dẫn lưu đàm ra ngoài. Vỗ nhẹ nhàng vào lồng ngực ít nhất 30 phút một ngày.
- Sử dụng các thuốc làm loãng đờm, long đờm: Bilsovon 8mg x 2viên/ngày x 5 ngày hoặc Exomuc 200mg/gói x 2 gói /ngày x 5 ngày.

- Dùng corticoid liều nhẹ để chống phù nề niêm mạc phế quản: prednisolon 5mg x 4 viên /ngày x 5 ngày, sau đó prednisolon 5mg x 2 viên /ngày x 5 ngày rồi ngừng.
- Sử dụng các thuốc giãn phế quản để chống co thắt cơ trơn phế quản:
 - + Theophyllin 0, 10 x 4 viên/ngày x 7 ngày hoặc
 - + Diaphyllin 4,8% x 2 ống, mỗi ống hòa với 10ml glucose 5% tiêm tĩnh mạch chậm 5-10 phút, sáng và chiều.
- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, có thể dùng penicillin, ampicillin hoặc erythromycin, bactrim. Nếu chưa có kháng sinh đồ thì dùng những loại kháng sinh không dị ứng niêm mạc phế quản như ofloxacin 200mg x 2 viên /ngày x 5 ngày.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHẾ QUẢN

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Có bị nhiễm lạnh đột ngột không?
- Bệnh nhân có sốt, nhức đầu, đau mình, mệt mỏi, khàn tiếng không?
- Bệnh nhân có ho và khạc đờm không? tính chất của đờm như thế nào?
- Bệnh nhân có đau ngực không?
- Tiền sử bệnh:
 - + Làm nghề gì? Có hay tiếp xúc với các hoá chất không?
 - + Có bị mắc bệnh mạn tính đường hô hấp không?
 - + Có mắc bệnh ở xoang, tai mũi họng không?
 - + Môi trường làm việc và môi trường sống như thế nào?
 - + Có hút thuốc lá không?
 - + Có xảy ra theo mùa không?
- Các thuốc đã sử dụng và hiệu quả của các thuốc?
- Tiến triển của bệnh như thế nào?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Tình trạng toàn thân: thể trạng chung, tình trạng tinh thần.
- Có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, mệt nhọc, hốc hác không?
- Có khó thở không và mức độ khó thở?
- Da, niêm mạc có tím tái không?
- Quan sát tính chất của đờm về số lượng và màu sắc.

2.1.3. Thăm khám

- Lấy dấu hiệu sống để xem có hội chứng nhiễm trùng không?
- Nghe phổi có ran rít, ran ngáy và ran ẩm không? rì rào phế nang có giảm không?
- Xem xét các xét nghiệm cận lâm sàng:
 - + X quang phổi: hai vùng rốn phổi có đậm không?
 - + Công thức máu: bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, tốc độ lắng máu có tăng không?
 - + Xét nghiệm đờm: để tìm xem có vi khuẩn khi soi tươi hay cấy đờm không?

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Qua hồ sơ bệnh án đã điều trị và chăm sóc.
- Qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua khai thác các giai đoạn trên giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng có thể có đối với bệnh nhân viêm phế quản:

- Tăng thân nhiệt do viêm phế quản.
- Khạc đàm do tăng tiết phế quản.
- Ho do kích thích phế quản.
- Nguy cơ thất bại điều trị do bệnh nhân không tuân thủ chế độ điều trị và chăm sóc.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng cần phải phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau tùy từng trường hợp bệnh nhân cụ thể.

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Giải quyết những khó khăn của bệnh nhân: thở và ho không hữu hiệu
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, màu sắc da, tình trạng hô hấp.
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc.
- Theo dõi đề phòng biến chứng.
- Giáo dục cho bệnh nhân.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Bệnh có thể lành và không để lại di chứng nếu được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc một cách đúng mức. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh hoặc do tai biến điều trị.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế nằm ngửa, đầu cao, đảm bảo thông thương đường hô hấp.
- Phòng nghỉ phải thoáng mát, yên tĩnh.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân, tránh gió lùa.
- Hướng dẫn cách ho, khạc đờm cho bệnh nhân.
- Ăn uống đủ năng lượng, nhiều sinh tố và cho uống nhiều nước ấm để bệnh nhân dễ khạc đờm.
- Vệ sinh sạch sẽ: hằng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. Áo quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.
- Nếu bệnh nhân ho nhiều phải hướng dẫn cho bệnh nhân: nằm đầu cao, nghiêng về một bên, cho bệnh nhân uống nhiều nước ấm, làm ẩm và ẩm không khí để bệnh nhân dễ thở, các biện pháp trên có tác dụng làm long đàm và bệnh nhân dễ khạc ra. Nếu ho nhiều hơn cần báo bác sĩ và cho bệnh nhân sử dụng các loại thuốc theo chỉ định.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc như: các thuốc tiêm, thuốc uống.
- Thực hiện các xét nghiệm lâm sàng:
 - + Xét nghiệm máu: VSS, công thức máu, xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn gây bệnh.
 - + Các xét nghiệm khác: chụp X quang phổi, điện tim.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi tính chất ho, số lượng và tính chất của đờm.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc, nếu có bất thường phải báo ngay cho bác sĩ.

- Theo dõi các đáp ứng điều trị.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, tốc độ lắng máu, soi tươi, cấy đờm và chụp X quang tim phổi.
- Tình trạng công tác chăm sóc điều dưỡng đối với bệnh nhân.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.
- Luyện tập, tăng cường nâng cao sức khoẻ.
- Giữ ấm khi trời lạnh.
- Loại trừ hoặc hạn chế những yếu tố kích thích.
- Kiểm tra định kỳ các bệnh phổi mạn tính, các ổ viêm nhiễm, ổ xoang, tai mũi họng để điều trị kịp thời.
- Tiêm phòng sởi, ho gà, cúm.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh để đánh giá tình hình bệnh tật:

- Đánh giá tình trạng ho và khạc đờm có được cải thiện không?
- Đánh giá tình trạng bệnh và mức độ bệnh.
- Đánh giá tình trạng bệnh nhân: tinh thần, hiểu biết bệnh tật và các biến chứng.
- Đánh giá kết quả đáp ứng điều trị đối với bệnh nhân.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không và những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc cũng như điều trị để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu những nguyên nhân hay gặp của viêm phế quản cấp.
2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng của viêm phế quản.
3. Yếu tố thuận lợi gây viêm phế quản, **ngoại trừ:**
 - a. Hít phải hơi độc: clo, amoniac.

- b. Thay đổi thời tiết, nhiễm lạnh đột ngột.
 - c. Cơ thể suy mòn, còi xương, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.
 - d. Ứ đọng phổi do suy tim.
 - e. Môi trường ẩm thấp nhiều khói bụi.
4. Triệu chứng cơ năng của viêm phế quản, ngoại trừ:
- a. Nhức đầu.
 - b. Ho khan.
 - c. Mệt mỏi cơ thể.
 - d. Cảm giác rát bỏng và đau xương ức.
 - e. Phổi có nhiều ran rít, ran ngáy.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi.*
2. *Trình bày được triệu chứng và tiến triển của tràn dịch màng phổi.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi.*

1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Tràn dịch màng phổi là bệnh thường gặp trong các bệnh lý của bộ máy hô hấp. Tràn dịch màng phổi là tình trạng tích tụ dịch trong màng phổi, rất hiếm khi tiên phát mà thường thứ phát sau một bệnh khác. Chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi thường không khó lắm, nhưng tìm nguyên nhân gây bệnh rất khó, khoảng 30% tràn dịch màng phổi không tìm được nguyên nhân.

Tùy thuộc vào nguyên nhân và diễn tiến bệnh mà dịch màng phổi có nhiều tính chất khác nhau về màu sắc: trong, vàng chanh, đục, mủ, đỏ máu, trắng đục...; về sinh hóa: dịch thấm, dịch tiết, máu...; về tế bào: bạch cầu đa nhân, bạch cầu lympho, hồng cầu, tế bào nội mô; về vi trùng và các tính chất khác.

Tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ khá cao so với các bệnh đường hô hấp, điều trị nội khoa nhiều lúc không hiệu quả, để lại nhiều biến chứng và di chứng lâu dài, ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Ngày nay nhờ có nhiều loại kháng sinh tốt và mạnh nên hạn chế phần nào tỉ lệ tử vong và giảm nhẹ biến chứng.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân tại phổi và màng phổi:
 - + Nhiễm trùng: thường thứ phát sau các thương tổn phổi (viêm phổi, viêm màng phổi, áp xe phổi vỡ vào xoang màng phổi, ung thư phổi hoại tử hoặc bội nhiễm...) hoặc từ các cơ quan lân cận (gan, màng tim, trung thất).
 - + Virus: nguyên phát hay thứ phát
 - + Ung thư: phế quản, phổi, màng phổi tiên phát hay do di căn.

- + Ký sinh trùng: thường gặp do amíp (do áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành vỡ vào xoang màng phổi), sán lá gan.
- + Thương tổn ống ngực vỡ vào màng phổi gây tràn dịch màng phổi dưỡng trấp.
- + Di ứng, bệnh Hodgkin giai đoạn nặng, bệnh tạo keo.
- + Chấn thương ngực, phẫu thuật lồng ngực, tai biến chọc dò màng phổi...
- + Không rõ nguyên nhân.
- Nguyên nhân ngoài phổi và màng phổi:
 - + Thường gặp là dịch thấm do các bệnh lý ở tim (suy tim), gan (xơ gan), thận (hội chứng thận hư, suy thận), suy dinh dưỡng; hoặc u nang buồng trứng (hội chứng Demons Meigs), bệnh tự miễn, bệnh tạo keo, viêm tụy cấp. Tràn dịch màng phổi ở đây chỉ nhấn mạnh đến nguyên nhân do vi khuẩn sinh mủ, thường gặp là phế cầu, liên cầu, tụ cầu vàng, *E.coli*, *Klebsilla pneumoniae*, *Actinomyces*, trực khuẩn mủ xanh, nếu có mùi thối là do hoặc phối hợp với các loại yếm khí.
 - + Các thương tổn có thể nguyên phát tại màng phổi nhưng thường là thứ phát sau các thương tổn phổi, màng tim, hoặc từ các cơ quan khác như gan, trung thất, áp xe dưới cơ hoành... hoặc từ đường máu đến (nhiễm trùng huyết) hoặc trên một cơ địa thương tổn phổi có sẵn (lao, ung thư...) rồi bội nhiễm hoặc tràn dịch sau tràn khí màng phổi.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Bình thường giữa hai lá màng phổi có một lớp dịch rất mỏng để hai lá màng phổi trượt lên nhau. Tràn dịch màng phổi xảy ra khi có tăng tính thấm mao mạch, giảm áp lực keo trong máu, thay đổi áp lực thủy tĩnh, giảm tuần hoàn bạch mạch, xuất huyết... trong đó có vai trò của viêm là quan trọng nhất, gây dày màng phổi và chèn ép nhu mô phổi, nhưng lượng dịch này có thể được thấm trở lại vào gian bào, máu sau khi được điều trị.

Người ta chia ra dịch thấm và dịch tiết dựa vào lượng protein, men, tế bào, bạch cầu... Sự phân chia này có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân và hướng điều trị.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Có 2 thể tràn dịch màng phổi sau

1.3.1. Thể tự do

Hội chứng nhiễm trùng cấp:

- Với sốt cao dao động, thể trạng gầy sút, biếng ăn, vẻ mặt hốc hác, lưỡi bẩn, nước tiểu ít và sẫm màu.

- Số lượng bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng, VS tăng.

Hội chứng tràn dịch màng phổi:

- Cơ năng:
 - + Đau xóc ngực dữ dội, tăng lên khi ho hay thở sâu hoặc thay đổi tư thế. Nếu tràn dịch từ từ thì ít đau hơn.
 - + Ho: thường là ho khan, nếu kèm thương tổn phổi thì đôi khi có đờm trong hoặc đờm có mủ, ho khi thay đổi tư thế.
 - + Khó thở: tùy theo số lượng dịch, tốc độ tràn dịch, có khó thở nhanh. Ngoài tràn dịch màng phổi gây khó thở còn có thể phổi hợp do sốt cao và đau.
- Thực thể:
 - + Nhìn thấy lồng ngực bên thương tổn gồ cao, gian sườn giãn rộng, lồng ngực kém di động theo nhịp thở.
 - + Da vùng thương tổn có thể sưng đỏ, phù nề và có thể có tuần hoàn bàng hệ.
 - + Sờ thấy rung thanh giảm, ấn kê liên sườn rất đau, gõ đục và âm phế bào giảm hay mất, nếu dịch ít có thể nghe được tiếng cọ màng phổi.
 - + Nếu tràn dịch quá nhiều, nhất là tràn dịch bên trái đẩy tim qua phải có thể gây suy hô hấp cấp, biểu hiện: khó thở nhiều, vã mồ hôi, tím môi và đầu chi, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm.

1.3.2. Thể khu trú

Thường gặp tràn dịch màng phổi ở cạnh vùng phổi bị thương tổn, bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng cấp, nhưng tràn dịch thì khó xác định bằng lâm sàng, mà chỉ dựa vào X quang, siêu âm và chọc dò.

Có thể gặp các thể sau:

- Tràn dịch thể trung thất.
- Tràn dịch thể hoành.
- Tràn dịch thể nách.
- Tràn dịch thể rãnh liên thùy.
- Tràn dịch thể có vách ngăn...

1.3.3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi ở tư thế thẳng và nghiêng để tìm hình ảnh tràn dịch và xác định thể tràn dịch. X quang thường cho thấy đường cong Damoiseau, nếu có kèm tràn khí thì mức dịch nằm ngang, nếu dịch ít thì chỉ có từ góc sườn hoành.

- Chọc dò màng phổi: để xác định nguyên nhân loại tràn dịch (dựa vào màu sắc) và làm các xét nghiệm sinh hóa, tế bào, nuôi cấy tìm vi khuẩn.
- Các xét nghiệm khác:
 - + Xét nghiệm máu: công thức bạch cầu, VSS.
 - + Xét nghiệm phân tích khí máu.
 - + Xét nghiệm điện tâm đồ...

1.4. Chẩn đoán

1.4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán tràn dịch màng phổi thường không khó đối với thể tự do, dựa vào lâm sàng, X quang và quyết định chẩn đoán là chọc dò có dịch. Với thể khu trú, X quang và siêu âm là quan trọng vì lâm sàng khó xác định.

1.4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Dựa vào màu sắc, sinh hóa, tế bào học và mùi hôi của dịch màng phổi và quan trọng nhất là cấy dịch màng phổi và làm kháng sinh đồ.

1.4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi không điển hình: dựa vào lâm sàng, X quang và chọc dò màng phổi không có dịch.
- Dày dính màng phổi: khoảng gian sườn hẹp, X quang có dấu dày dính.
- Xẹp phổi: khoảng gian sườn hẹp, X quang phổi có mờ hình tam giác, đáy quay ra ngoài, chọc dò không có dịch.
- Áp xe dưới cơ hoành: đẩy cơ hoành lên cao, phải dựa vào X quang và siêu âm.

1.5. Tiến triển và biến chứng

1.5.1. Tiến triển bệnh tùy theo nguyên nhân

- Do vi khuẩn thường khởi hẳn.
- Do lao tiến triển chậm, dễ để lại di chứng dày dính màng phổi.
- Tràn dịch màng phổi mủ tiến triển chậm và dễ để lại di chứng dày dính màng phổi.
- Tràn dịch dưỡng chấp tiến triển nhanh, bệnh nhân chóng suy kiệt.
- Tràn dịch màng phổi do ung thư tiến triển rất nhanh, nếu do ung thư màng phổi tiên phát thì tiến triển chậm hơn.

1.5.2. Biến chứng

- Suy hô hấp cấp.

- Suy tuần hoàn cấp.
- Tai biến do các thủ thuật chọc hút dịch màng phổi.
- Bệnh nhân bị choáng, trụy tim mạch, bội nhiễm phổi và phù phổi cấp.

1.6. Nguyên tắc điều trị

1.6.1. Điều trị nội khoa

1.6.1.1. Điều trị triệu chứng

- Chọc tháo dịch màng phổi nếu tràn dịch nhiều dù là bất cứ nguyên nhân gì (mỗi lần chọc tháo không nên lấy quá 1000 ml).
 - + Tràn dịch do ung thư dịch tái phát nhanh nên có thể đặt ống dẫn lưu nhưng phải đảm bảo vô khuẩn.
 - + Tràn dịch dưỡng trấp: chỉ nên rút ít một.
 - + Tràn dịch mủ: chọc hút nhiều lần kết hợp với bơm rửa màng phổi bằng dung dịch nước muối 0,9% hoặc có thể đặt ống dẫn lưu nhưng phải đảm bảo vô khuẩn.
- Bơm thuốc vào khoang màng phổi để điều trị tại chỗ:
 - + Thuốc methylprednisolon hoặc hydrocortison để chống dày dính màng phổi.
 - + Bơm thuốc alfa chymotrypsin để làm loãng mủ.

Ở các cơ sở có điều kiện và bệnh nhân có chỉ định nên áp dụng hút kín để hút liên tục giúp cho sự giãn nở phổi được hồi phục nhanh.

1.6.1.2. Điều trị nguyên nhân

- Tùy theo từng nguyên nhân có thể dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc penicillin liều cao kết hợp với gentamicin để điều trị nguyên nhân do nhiễm khuẩn.
- Dùng thuốc đặc hiệu để điều trị lao.
- Dùng thuốc chống ung thư.
- Dùng thuốc nội tiết nếu nguyên nhân do nội tiết.

1.6.2. Điều trị ngoại khoa

- Trường hợp viêm mủ màng phổi đã khu trú sau 1 tháng điều trị nội khoa tích cực không giải quyết được thì phải phẫu thuật bóc ổ màng phổi.
- Các trường hợp tràn dịch dưỡng trấp màng phổi do vỡ hoặc tắc ống ngực thì phải phẫu thuật phục hồi lại ống ngực.
- Trường hợp do u nang buồng trứng thì phải phẫu thuật cắt bỏ u nang.

1.6.3. Phục hồi chức năng

- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu, tập làm giãn nở phổi (thổi chai, thổi bóng...).
- Nâng cao thể trạng cho người bệnh bằng chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi và luyện tập vận động hợp lý.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh nhân

- Hỏi về tiền sử bệnh, chú ý đến những bệnh có thể dẫn đến tràn dịch màng phổi.
- Tình trạng hiện tại:
 - + Có đau ngực không? vị trí, tính chất đau, đau ngực có thay đổi theo tư thế của bệnh nhân không?
 - + Sốt tăng dần, liên tục hay thành cơn, sốt và đau ngực có liên quan không?
 - + Có khó thở không? mức độ khó thở.
 - + Bệnh nhân có ho không? tính chất, liên quan giữa ho với sự thay đổi tư thế.
- Các biểu hiện khác hay những vấn đề khó khăn khác mà bệnh nhân cảm nhận thấy: phù, đái ít, rối loạn tim mạch..., nhận thức của bệnh nhân về bệnh tật.
- Thuốc đã sử dụng và hiệu quả của các thuốc

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng toàn thân: thể trạng, tình trạng tinh thần, các tổn thương ngoài da.
- Tình trạng nhiễm trùng.
- Màu sắc da, mức độ tím tái.
- Tình trạng phù ngoại biên.
- Biểu hiện của đau ngực.
- Biểu hiện của ho.
- Biểu hiện khó thở và mức độ khó thở, kiểu thở, tư thế bệnh nhân khi thở.
- Hình thể lồng ngực, so sánh hai bên, đánh giá các khoảng gian sườn có giãn rộng không?
- Sự di động của lồng ngực và các cơ hô hấp.
- Đờm và tính chất của đờm.

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Đo nhiệt độ xem bệnh nhân có sốt không?
- Đếm tần số mạch, tính chất mạch, nhịp tim, tình trạng huyết áp.
- Vị trí của mỏm tim.
- Các khoảng gian sườn có giãn rộng không, ấn có đau không?
- Rung thanh có giảm không?
- Gõ phổi có đục không? đục toàn thể hay khu trú, xác định mức độ tràn dịch?
- Nghe phổi xem rì rào phế nang có giảm hay mất không?
- Tình trạng bụng, chú ý gan mật.
- Xem xét kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng:
 - + Chụp X quang để tìm hình ảnh tràn dịch và xác định mức độ, thể tràn dịch.
 - + Công thức máu: xem bạch cầu, tốc độ lắng máu có tăng không?

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Qua hồ sơ bệnh án, các phiếu xét nghiệm và điều trị trước đây.
- Qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có đối với bệnh nhân tràn dịch màng phổi:

- Khó thở do giảm trao đổi khí.
- Ho do kích thích màng phổi.
- Nguy cơ suy hô hấp do lượng dịch quá nhiều.
- Nguy cơ dày dính màng phổi do lao màng phổi.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Trấn an bệnh nhân: giảm lo lắng bệnh tật.
- Chế độ ăn uống, dinh dưỡng...
- Giải quyết những nhu cầu của bệnh nhân: khó thở, ho, đau ngực, lo lắng....
- Đảm bảo thông thoáng đường hô hấp tránh suy giảm sự trao đổi khí.
- Chăm sóc và dinh dưỡng cho bệnh nhân.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

- Cho bệnh nhân uống thuốc.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc, các xét nghiệm.
- Chuẩn bị các dụng cụ cần thiết để tiến hành chọc hút màng phổi.

2.3.3. Theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu khác có liên quan đến gây bệnh.
- Theo dõi bệnh nhân về tình trạng tinh thần.
- Tình trạng hô hấp.
- Tình trạng tinh thần.
- Các biến chứng và tiến triển.

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục bệnh nhân về nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây bệnh, tiến triển, biến chứng có thể có của bệnh.
- Cách phát hiện sớm các triệu chứng khi bị tràn dịch màng phổi.
- Quá trình điều trị và các biến chứng có thể xảy ra.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Cần nâng cao thể trạng vì khi bị bệnh thể trạng quá suy sụp do vậy chế độ ăn phải giàu protein, giàu vitamin, ăn nhiều hoa quả tươi, đảm bảo đủ năng lượng.
- Giữ buồng bệnh yên tĩnh, thoải mái để bệnh nhân nghỉ ngơi được nhiều.
- Làm giảm sự đau đớn khó chịu của bệnh nhân:
 - + Đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái nhất, thông thường đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao 20-40 độ, nằm nghiêng về phía tràn dịch.
 - + Phải hết sức nhẹ nhàng khi di chuyển hoặc thay đổi tư thế cho người bệnh, đặc biệt đối với bệnh nhân có ống dẫn lưu.
 - + Tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân không phải gắng sức: để các đồ dùng ở vị trí trong tầm tay của bệnh nhân. Giúp bệnh nhân những công việc mà họ không tự làm được hoặc họ phải gắng sức.
- Làm giảm sự lo lắng của bệnh nhân:
 - + Thiết lập mối quan hệ tin tưởng, gần gũi và an ủi động viên người bệnh.

- + Cung cấp những thông tin cần thiết về bệnh tật, quá trình diễn biến, giải thích cho bệnh nhân hiểu về những thủ thuật cần can thiệp để điều trị.
- + Khuyến khích bệnh nhân đặt những câu hỏi và bày tỏ sự sợ hãi, lo lắng của họ về bệnh tật. Giải thích cho bệnh nhân hiểu hoặc cùng với bác sĩ hay nhân viên y tế khác giải thích cho bệnh nhân.

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện thuốc giảm đau hoặc phòng ngừa đau theo y lệnh (không dùng thuốc ngủ vì thuốc ngủ làm ức chế hô hấp).
- Cho bệnh nhân thở oxy nếu cần thiết.
- Chăm sóc và thực hiện các y lệnh khi bệnh nhân sốt cao.
- Thực hiện những phương pháp hô hấp đặc biệt.
- Giúp bệnh nhân làm sạch đường hô hấp để chống xẹp phổi, viêm phổi (khuyến khích bệnh nhân tập thở sâu, ho mạnh).
- Chuẩn bị dụng cụ phụ giúp bác sĩ chọc tháo dịch màng phổi (nếu có chỉ định) giúp bệnh nhân dễ thở hoặc để lấy dịch làm xét nghiệm...
- Chuẩn bị bệnh nhân và thực hiện các xét nghiệm: X quang, công thức máu, dịch màng phổi...

2.4.3. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Theo dõi biểu hiện suy hô hấp cấp: khó thở dữ dội, tím tái, kích thích vật vã.
- Theo dõi biểu hiện đau ngực của bệnh nhân.
- Theo dõi cách ho và các dấu chứng kèm theo ho.
- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn và đề phòng nhiễm khuẩn.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm khuẩn tại chỗ (vết chọc dò, chân ống dẫn lưu nếu bệnh nhân có đặt ống dẫn lưu).
- Theo dõi ống dẫn lưu xem có bị tắc hay bị kẹt ở vị trí nào không.
- Theo dõi dịch dẫn lưu về: số lượng, màu sắc, tính chất...
- Thường xuyên đánh giá hiệu quả điều trị và chăm sóc. Nếu có những dấu hiệu bất thường phải báo ngay để bác sĩ biết.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu về tình trạng bệnh lý, những kết quả mong chờ và phương pháp điều trị tiếp.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về tầm quan trọng của luyện tập thở sâu, tập làm giãn nở phổi. Cùng với bệnh nhân xây dựng một chương trình về luyện tập hô hấp để phục hồi và tăng cường chức năng hô hấp, phòng tránh biến chứng (đính màng phổi, xẹp phổi...).

Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu, tập ho. Hướng dẫn, giải thích, động viên và khuyến khích họ vì bệnh nhân đau không dám thở sẽ làm giảm sự trao đổi khí.

- Hướng dẫn và khuyến khích bệnh nhân thực hiện chương trình hồi phục nâng cao sức khỏe bằng chế độ ăn uống tốt, nghỉ ngơi và vận động hợp lý.
- Hướng dẫn bệnh nhân những biện pháp phòng ngừa để không bị mắc lại hoặc không bị mắc phải bệnh gây nên tràn dịch màng phổi hoặc những bệnh có thể đưa đến tràn dịch màng phổi.
- Khuyến bệnh nhân đi khám bệnh nếu thấy có dấu hiệu bất thường về hô hấp.
- Nếu bệnh nhân cần tiếp tục điều trị tiếp sau khi ra viện thì phải hướng dẫn bệnh nhân về cách sử dụng thuốc.
- Hãy dành thời gian nhất định để bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đặt những câu hỏi, bày tỏ những mối quan tâm của họ. Sau đó phải giải thích và cung cấp những thông tin cần thiết đáp ứng nhu cầu của họ.

2.5. Đánh giá kết quả chăm sóc

Bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi đáp ứng với điều trị và chăm sóc khi:

- Bệnh nhân giảm bớt lo lắng.
- Bệnh nhân đỡ đau đớn và khó chịu.
- Bệnh nhân hết hoặc đỡ khó thở.
- Trạng thái tinh thần ổn định bình thường.
- Bệnh nhân ăn uống ngon miệng và ngủ được.
- Kết quả xét nghiệm và phân tích khí máu động mạch, sự thăng bằng kiềm-toan ở giới hạn bình thường.
- Tình trạng nhiễm khuẩn thuyên giảm dần rồi hết sốt, không có dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm khuẩn toàn thân hay tại chỗ.
- Không xuất hiện các biến chứng.
- Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân hiểu và thực hiện được những lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được nguyên nhân của tràn dịch màng phổi.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của tràn dịch màng phổi.
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng:
 - A. Sốt là một biểu hiện bắt buộc có trong tràn dịch màng phổi
 - B. Chẩn đoán tràn dịch màng phổi thể tự do dễ hơn tràn dịch màng phổi khu trú
 - C. Tràn dịch màng phổi có thể dẫn đến dày dính màng phổi
 - D. Nếu điều trị tốt thì tràn dịch màng phổi do vi khuẩn thường khỏi hẳn
 - E. Tràn dịch màng phổi do lao thường gây di chứng dày dính màng phổi
 - F. Chọc dò dịch màng phổi thường chọc ở khoảng gian sườn 2 trên đường trung đòn
4. Chọn câu trả lời đúng đúng nhất
 - 4.1. Biến chứng hay gặp nhất trong tràn dịch màng phổi
 - a. Suy hô hấp cấp.
 - b. Suy tuần hoàn cấp.
 - c. Tai biến do các thủ thuật chọc hút dịch màng phổi.
 - d. Choáng, trụy tim mạch.
 - e. Phù phổi cấp.
 - 4.2. Chẩn đoán điều dưỡng nào sau đây là đúng trong tràn dịch màng phổi do nhiễm khuẩn
 - a. Tràn dịch màng phổi do tăng tính thấm mao mạch
 - b. Tràn dịch màng phổi do giảm áp lực keo
 - c. Tràn dịch màng phổi do giữ nước và muối
 - d. Tràn dịch màng phổi do xuất huyết
 - e. Tràn dịch màng phổi do viêm màng phổi

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của hen phế quản
2. Thực hiện được công tác chăm sóc bệnh nhân hen phế quản.

1. BỆNH HỌC

1.1. Định nghĩa

Theo GINA (Global Initiative for Asthma) 2002 thì hen phế quản là một bệnh lý viêm mạn tính của phế quản trong đó có sự tham gia của nhiều tế bào và nhiều thành phần tế bào. Viêm mạn tính gây nên một sự gia tăng phối hợp đáp ứng phế quản dẫn đến những đợt tái diễn với biểu hiện: khó thở, ran rít và ho đặc biệt xảy ra ban đêm hay vào sáng sớm. Những đợt này thường phối hợp với tắc nghẽn phế quản lan rộng, sự tắc nghẽn này thường có tính chất hồi phục tự nhiên hay do điều trị.

1.2. Dịch tễ học

Hen phế quản là một bệnh thường gặp, xuất hiện ở mọi lứa tuổi, trẻ em chiếm đa số so với người lớn, tỉ lệ 2/1. Những nghiên cứu dịch tễ học trong những năm gần đây cho thấy tần suất trung bình khoảng 5%, trẻ em dưới 5 tuổi 10%. Rất nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tần suất này gia tăng gấp 3-4 lần trong những thập niên qua.

Độ lưu hành hen phế quản tại Pháp trong lứa tuổi 18-65 tuổi là 3,9% (Charpin và CS 1987, Maladies respiratoires 1993, tr 335), tại Ý trong lứa tuổi 5-64 tuổi là 5% (Paolette và CS 1989, Maladies respiratoires 1993, tr.335). Tại Việt Nam, ở Hà Nội, trong năm 1991 là 3,3%, năm 1995 tăng lên 4,3% (Vương Thị Tâm và CS trong báo cáo của hội nghị tổng kết 5 năm 1991-1995 của Viện chống lao và bệnh phổi); ở thành phố Hồ Chí Minh, độ lưu hành hen phế quản là $3,2 \pm 1,39\%$ (Phạm Duy Linh và CS báo cáo trong Hội thảo Y dược học lần thứ 5 tại thành phố Hồ Chí Minh, 1996), ở thành phố Huế, độ lưu hành hen phế quản năm 2000 là $4,58 \pm 1,12\%$ (Lê Văn Bằng).

1.3. Nguyên nhân

1.3.1. Hen phế quản dị ứng

1.3.1.1. Hen phế quản dị ứng không nhiễm khuẩn

- Dị ứng nguyên hô hấp: là bụi nhà, các loại bọ nhà như *Dermatophagoides pteronyssimus*, bụi chăn đệm, lông móng các loài gia súc như chó, mèo, chuột, thỏ..., phấn hoa, cây cỏ, hay nghề nghiệp trong các xưởng dệt.
- Dị ứng nguyên thực phẩm: thường gặp là tôm, cua, sò, hến, cà chua, trứng...
- Dị ứng nguyên là thuốc: aspirin, kháng viêm không steroid, penicillin; một số phẩm nhuộm màu và chất giữ thực phẩm.

1.3.1.2. Hen phế quản dị ứng nhiễm khuẩn

- Vi khuẩn thường gặp là *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*...
- Virus: thường gặp là virus hợp bào hô hấp, para influenza, cúm.
- Nấm: nấm *Cladosporium* hay *Alternaria*, các nấm mốc.

1.3.2. Hen phế quản không do dị ứng

- Di truyền: tiền sử gia đình, liên quan đến kháng nguyên hoà hợp tổ chức HLA.
- Gắng sức.
- Không khí lạnh.
- Rối loạn nội tiết: trong thời kỳ trưởng thành, thời kỳ trước kinh nguyệt, lúc mang thai, thời kỳ mãn kinh.
- Yếu tố tâm lý: tâm trạng lo âu, mâu thuẫn cảm xúc, chấn thương tình cảm.

1.4. Cơ chế bệnh sinh

1.4.1. Viêm phế quản

Là quá trình cơ bản trong cơ chế hen phế quản, bắt đầu từ khi dị ứng nguyên lọt vào cơ thể tạo ra phản ứng dị ứng thông qua vai trò của kháng thể IgE. Những tế bào gây viêm phế quản bao gồm tế bào mast, bạch cầu đa nhân (ái toan, ái kiềm, trung tính), đại thực bào phế nang, bạch cầu đơn nhân, lympho bào và tiểu cầu phóng thích các chất trung gian hoá học gây viêm như histamin, serotonin, bradykinin, thromboxan, prostaglandin, leucotrien, PAF và một số interleukin.

1.4.2. Co thắt phế quản

Do tác động của các chất trung gian hoá học gây viêm và vai trò của hệ thần kinh tự động: hệ cholinergic, hệ adrenergic và hệ không cholinergic - không adrenergic.

1.4.3. Tăng phản ứng phế quản

Xảy ra sau khi dị ứng nguyên vào cơ thể, qua tác động của các tế bào gây viêm. Đây là một trạng thái bệnh lý không đặc hiệu cho hen phế quản.

1.5. Triệu chứng lâm sàng cơn hen phế quản điển hình

1.5.1. Giai đoạn khởi phát

Cơn hen phế quản thường xuất hiện đột ngột vào ban đêm, nhất là nửa đêm về sáng, thời gian xuất hiện tùy thuộc vào nhiều yếu tố như tiếp xúc dị ứng nguyên hô hấp, thức ăn, gắng sức, không khí lạnh, nhiễm virus đường hô hấp trên... Các tiền triệu như ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi, nước mắt, ho từng cơn, bồn chồn... nhưng không phải lúc nào cũng có.

1.5.2. Giai đoạn lên cơn

Sau đó, cơn khó thở xảy ra, khó thở chậm, khó thở kỳ thở ra xuất hiện nhanh, trong cơn hen lồng ngực bệnh nhân căng ra, các cơ hô hấp phụ nổi rõ, có thể có tím ở đầu tay chân sau đó lan ra mặt và toàn thân. Nhịp thở chậm, tiếng thở rít kéo dài. Ứng xa có thể nghe tiếng rít hay sò sè của bệnh nhân. Nghe phổi có nhiều ran rít và ran ngáy. Cơn khó thở dài hay ngắn tùy theo từng bệnh nhân.

1.5.3. Giai đoạn lui cơn

Sau vài phút hay vài giờ, cơn hen giảm dần, bệnh nhân ho khạc đờm rất khó khăn, đờm đặc quánh, có nhiều hạt nhỏ như hạt trai. Lúc này nghe phổi phát hiện được nhiều ran ẩm, một ít ran ngáy. Khạc đờm nhiều báo hiệu cơn hen đã hết.

1.5.4. Giai đoạn giữa các cơn

Giữa các cơn, các triệu chứng trên không còn. Lúc này khám lâm sàng bình thường. Tuy nhiên nếu làm một số trắc nghiệm như gắng sức, dùng acetylcholin, thì vẫn phát hiện được tình trạng tăng phản ứng phế quản.

1.6. Triệu chứng cận lâm sàng

1.6.1. Thăm dò chức năng hô hấp

- Rối loạn thông khí
 - + Đo FEV1 (thể tích thở ra tối đa trong giây đầu) và FEV1/FVC (tỉ số Tiffeneau): trong cơn giảm dưới 80% so với lý thuyết.
 - + Đo PEF (lưu lượng thở ra đỉnh): trong cơn giảm dưới 80%.
- Khí máu: đo PaO₂, PaCO₂, SaO₂, và pH máu, đây là xét nghiệm bổ sung để đánh giá mức độ suy hô hấp.

1.6.2. Các xét nghiệm về dị ứng

- Test da: dùng phương pháp lấy da, da đỏ là dương tính.
- Test tìm kháng thể: như kháng thể ngưng kết, kháng thể kết tủa, thường là IgG, IgM.
- Định lượng IgE toàn phần và IgE đặc hiệu.

1.6.3. Phim lồng ngực

Trong cơn hen, lồng ngực căng phồng, các khoảng gian sườn giãn rộng, cơ hoành hạ thấp, phổi tăng sáng, rốn phổi đậm.

1.7. Chẩn đoán

1.7.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Tiền sử cá nhân về dị ứng: như chàm, mày đay, có tiếp xúc với dị ứng nguyên trước đó, tiền sử gia đình về hen, dị ứng hoặc các yếu tố khác như gắng sức, lạnh...
- Hội chứng hẹp tiểu phế quản do co thắt: khó thở chậm, chủ yếu kỳ thở ra, phổi nghe nhiều ran rít, ran ngáy, phim phổi cho thấy hình ảnh khí phế thũng.
- Cơn khó thở có tính chất hồi qui, đáp ứng tốt với thuốc giãn phế quản, test phục hồi phế quản với đồng vận beta 2 dương tính tức sau khi dùng đồng vận beta 2 thì FEV1 > 200 ml và FEV1/FVC > 15%.

1.7.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen tim: bệnh nhân có tiền sử các bệnh van tim như hẹp van hai lá, hở van động mạch chủ, cao huyết áp, khó thở nhanh, cả 2 kỳ, phổi nghe nhiều ran ứ dịch, rất ít ran ngáy, phim phổi cho thấy hình ảnh ứ dịch, làm điện tim để xác minh thêm nguyên nhân.
- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thường do thuốc lá, có hội chứng nhiễm trùng, khó thở nhanh, không có tiền sử cá nhân và gia đình về dị ứng hay hen, phổi nghe ran ẩm to hạt kèm ran rít và ran ngáy.

1.8. Biến chứng

1.8.1. Biến chứng cấp

1.8.1.1. Hen phế quản cấp nặng

Có thể xuất phát từ hội chứng đe dọa hen phế quản cấp nặng, hội chứng này có thể tương ứng với tình trạng cơn hen cấp không đáp ứng với điều trị thông thường và nặng dần; hoặc xảy ra rất cấp đôi khi trong vòng vài phút. Đó

là tình trạng nguy cấp có tiên lượng sinh tử trong thời gian ngắn. Chẩn đoán phải được thực hiện sớm.

- Những dấu chứng hô hấp:
 - + Tím, vã mồ hôi, khó thở nhanh nông, tần số thở trên 30 lần /phút kèm dấu co kéo các cơ hô hấp.
 - + Rối loạn tri giác: lơ âu, vật vã hay ngược lại lơ mơ có thể đi dần vào hôn mê.
 - + Có thể thở chậm chứng tỏ suy kiệt cơ hô hấp và báo trước sự ngừng hô hấp.
 - + Nghe phổi: im lặng cả hai bên phổi.
 - + Lưu lượng thở ra đỉnh dưới 150 lít /phút.
 - + $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$.
 - + pH máu $< 7,38$.
- Những dấu chứng tim mạch:
 - + Mạch nhanh thường trên 120 lần /phút, mạch chậm là dấu chứng rất nặng báo hiệu ngừng tuần hoàn.
 - + Mạch nghịch lý làm mạch giảm biên độ trong kỳ thở vào, có thể xác định bằng cách đo hiệu áp tâm thu giữa kỳ thở ra và kỳ thở vào, thường trên 20 mmHg.
 - + Tâm phế cấp với dấu chứng suy tim phải.
 - + Huyết áp có thể tăng liên quan đến sự tăng PaCO_2 , huyết áp hạ trong những trường hợp quá nặng.

1.8.1.2. Tràn khí màng phổi

Do vỡ bóng khí phế thũng.

1.8.1.3. Nhiễm khuẩn phế quản - phổi

Thường do *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*.

1.8.2. Biến chứng mạn tính

- Khí phế thũng đa tiêu thụ:
 - + Thường có khó thở khi gắng sức, khi làm việc nặng, tím môi và đầu chi, lồng ngực biến dạng hình ức gà hay hình thùng, gõ vang, âm phế bào giảm.
 - + Thể tích cặn và dung tích cặn chức năng tăng, có rối loạn thông khí phổi hợp, PaO_2 chỉ giảm ở giai đoạn sau và PaCO_2 chỉ tăng ở giai đoạn sau.
- Suy hô hấp mạn:
 - + Tím và khó thở: thở nhanh nông, thở ra môi khép chặt, dấu hiệu HOOVER.

- + Suy hô hấp mạn nghẽn có giảm rõ các thể tích cận, các lưu lượng trung bình và lưu lượng đỉnh.
- Tâm phế mạn
 - + Khó thở ngày càng tăng dần từ khó thở khi gắng sức, đến khó thở khi leo lên dốc hay lên cầu thang, đến khó thở khi đi nhanh trên đường phẳng, đến khó thở khi đi chậm trên đường phẳng, cuối cùng khó thở khi làm việc nhẹ như vệ sinh cá nhân, cởi áo quần, về sau khó thở khi nghỉ ngơi. Tím môi, đầu chi, mặt, nếu nặng tím toàn thân.
 - + Triệu chứng suy tim phải: trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.
 - + PaO₂ giảm đến 70 mmHg, PaO₂ tăng đến 50-80 mmHg, SaO₂ < 75 %, pH máu có thể giảm < 7,2.

1.9. Điều trị

1.9.1. Điều trị cơn hen phế quản cấp

Điều trị bằng thuốc

- Điều trị tại tuyến y tế cơ sở:
 - + Cơn hen phế quản nhẹ và trung bình: dùng theophyllin 10-15mg/kg/ngày, có thể phối hợp với salbutamol 0,15-0,25mg/kg/ngày và prednison 5mg x 4 viên /ngày chia 2 lần (sáng 3 viên, chiều 1 viên).
 - + Cơn hen phế quản nặng: tiêm tĩnh mạch chậm 1 ống diaphyllin 4,8%, có thể sau đó thêm 1 ống diaphyllin bỏ vào 500 ml glucose 5 %, truyền tĩnh mạch khoảng 20 giọt/phút, phối hợp với depersolon 30 mg tiêm tĩnh mạch chậm.
- Điều trị tại tuyến trung ương:
 - + Hen phế quản nhẹ: khí dung kích thích beta 2 tác dụng ngắn khi cần thiết như salbutamol (Ventolin), chai 20 mg chứa 200 liều, liều lượng trung bình khoảng 100-200µg, có thể lập lại 1-2 lần sau vài phút.
 - + Hen phế quản trung bình: khí dung kích thích beta 2 tác dụng ngắn khi cần phối hợp với khí dung corticosteroid như budenosid (Pulmicort, Inflammide) chai 20 mg chứa 200 liều, liều lượng trung bình khoảng 400-800µg/ngày chia 2-4 lần, hay beclometason dipropionat (Becotide) chai 5 mg chứa 100 liều và chai 20 mg chứa 80 liều, liều lượng trung bình 500-1000µg/ngày chia 2-4 lần, hay fluticason propionat (Flixotide), liều lượng trung bình 100-200µg /ngày chia 2-4 lần.
 - + Hen phế quản nặng: khí dung kích thích beta 2 tác dụng ngắn 4 lần /ngày và khi cần phối hợp với khí dung corticosteroid tăng liều lên; có thể có hay không phối hợp với prednison, liều lượng trung bình 0,5-1 mg/kg/ngày chia 2 lần, buổi sáng nhiều hơn buổi chiều; có hay không

phối hợp với khí dung ipratropium bromid (Atrovent) chai 4 mg chứa 200 liều, liều lượng trung bình 20-40 μ g, 3-4 lần /ngày.

- + Hen phế quản xảy ra ban đêm: khí dung kích thích beta 2 tác dụng ngắn, khi cần phối hợp với khí dung kích thích beta 2 tác dụng kéo dài như salmeterol (Serevent) 50-100 μ g phối hợp với khí dung corticosteroid; hiện nay GINA khuyến cáo nên dùng Seretide (phối hợp salmeterol + fluticason propionat). Những thuốc trên có hay không phối hợp với theophyllin tác dụng chậm.

Điều trị hỗ trợ

- Liệu pháp oxy: khi cần thở oxy khoảng 2l/phút.
- Kháng sinh: chỉ dùng khi có bội nhiễm phế quản -phổi. Ofloxacin 200mg x 2 viên /ngày x 5 ngày.

1.9.2. Điều trị cơn hen phế quản cấp nặng

- Liệu pháp oxy: phải thực hiện liên tục không cần chờ kết quả khí máu, cung lượng cao 6l/phút nếu không có suy hô hấp mạn, nếu có suy hô hấp mạn cung lượng thấp 2l/phút.
- Thuốc giãn phế quản:
 - + Thuốc kích thích beta 2: tiêm dưới da terbutalin (Bricanyl) 1 ống 0,5 mg là biện pháp cấp cứu ban đầu ngay tại nhà bệnh nhân. Khi nhập viện thì dùng khí dung salbutamol, 1 ml chứa 5 mg hòa 4 ml dung dịch sinh lý qua máy khí dung cho hít trong 10-15 phút, có thể lập lại tùy diễn tiến lâm sàng, 30 phút một lần. Có thể dùng salbutamol tiêm tĩnh mạch liên tục bằng ống tiêm tự động, liều lượng ban đầu thường là 0,1-0,2 μ g/kg/phút, tăng liều từng 1 mg /giờ theo diễn tiến lâm sàng.
 - + Adrenalin: chỉ định khi các thuốc kích thích beta 2 bị thất bại; liều lượng khởi đầu thường là 0,5-1 mg/giờ tiêm tĩnh mạch bằng ống tiêm tự động.
 - + Aminophyllin: có thể kết hợp, dùng bằng đường truyền tĩnh mạch với dung dịch glucose 5% liên tục với liều lượng 0,5-0,6 mg/kg/giờ.
- Corticosteroid: methylprednisolon (Solumédrol) 60-80 mg mỗi 6 giờ.
- Thở máy: được chỉ định trong thể ngạt cấp hay trong thể mà điều trị bằng thuốc bị thất bại gây suy kiệt cơ hô hấp.

1.10. Phòng ngừa cơn hen phế quản tái phát

Sự xuất hiện các cơn hen phế quản cấp cho thấy việc quản lý bệnh hen hiện nay chưa tốt. Cần quan tâm đến sự dự phòng bằng cách sử dụng hợp lý và đúng đắn các thuốc kháng viêm và giãn phế quản. Những nghiên cứu gần đây cho thấy đến nay vẫn chưa đưa ra một mô hình dự phòng hiệu quả nhất vì chưa biết rõ độ lưu hành của sự tái phát, nên khoảng thời gian và sự cần thiết của sự điều trị kéo dài có tính phỏng đoán.

Nhiều tác giả đề nghị điều trị khởi đầu cơn hen với liều thường dùng khí dung corticosteroid nếu bệnh nhân chưa dùng thuốc này; nếu bệnh nhân đã dùng, thì tăng liều gấp đôi. Nếu cơn hen xảy ra là do sự kiểm soát không tốt thể hiện bằng các cơn hen về đêm hay ban ngày thì dùng prednisolon 0,2-0,6 mg/kg/ngày để ổn định chức năng phổi. Một liệu trình prednison trong 2 tuần có thể làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát trong 2 ngày đầu sau khi được điều trị cấp cứu.

Hiện nay theo GINA khuyến cáo nên dùng Seretide trong điều trị duy trì kiểm soát cơn hen phế quản và người ta nhận thấy những bệnh nhân hen phế quản được điều trị bằng Seretide rất ít bị xảy ra cơn hen phế quản nặng.

1.11. Phòng tránh các yếu tố bất lợi của môi trường

- Tránh các hoạt động thể lực không cần thiết.
- Tránh tiếp xúc bụi, khói nhất là khói thuốc lá và các chất kích thích khác.
- Tránh tiếp xúc với những người bị nhiễm trùng hô hấp.
- Giữ môi trường trong nhà trong lành.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

2.1. Nhận định tình trạng bệnh nhân

2.1.1. Hỏi bệnh nhân

- Hỏi bệnh nhân tiền sử về chàm, dị ứng thức ăn.
- Tiền sử gia đình về dị ứng.
- Tiền sử về những đợt ho, sò sè hay khó thở.
- Tiền sử gần đây về nhiễm khuẩn.
- Điều kiện hoàn cảnh sinh sống và làm việc.
- Hỏi bệnh nhân về tình trạng bệnh hiện tại:
 - + Bệnh nhân có sốt không?
 - + Bệnh nhân có khó thở không? Khó thở có thành cơn không? Cơn khó thở thường xuất hiện vào khi nào? Kéo dài bao lâu? Có thường xuyên không?
 - + Khi khó thở có âm sắc gì bất thường không?
 - + Khó thở khi nằm hay ngồi.
 - + Bệnh nhân có ho không và ho khan hay ho có đờm.
 - + Thuốc đã sử dụng và hiệu quả của thuốc.

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng toàn thân, tình trạng tinh thần (mệt mỏi, lo lắng, bồn chồn...).
- Quan sát xem bệnh nhân vật vã, hốt hoảng hay lơ mơ.
- Tình trạng hô hấp: xem bệnh nhân có khó thở không, sự co kéo các cơ hô hấp, cánh mũi.
- Tư thế bệnh nhân khi thở.
- Đàm và tính chất của đờm
- Tình trạng da và niêm mạc.
- Các dấu hiệu khác (mồ hôi, lượng nước tiểu... sự đáp ứng với điều trị bằng thuốc hiện tại...).
- Xem xét kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng.

2.1.3. Thăm khám

- Đo nhiệt độ xem bệnh nhân có sốt không?
- Bắt mạch tần số, tính chất của mạch.
- Nghe phổi phát hiện các tiếng bất thường: tiếng rít, ngáy...

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân hen phế quản:

- Khó thở do co thắt tiểu phế quản.
- Kích thích, vật vã do thiếu khí.
- Nguy cơ tái phát do tiếp xúc lại với dị nguyên.
- Nguy cơ suy hô hấp mạn do tiến triển của bệnh.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, hạn chế thăm khám.
- Trấn an cho bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế đầu cao (Fowler).
- Chế độ ăn uống loãng, nhiều sinh tố.
- Thực hiện y lệnh: dùng thuốc và xét nghiệm.
- Giáo dục bệnh nhân về các nguyên nhân gây hen.
- Giáo dục bệnh nhân về tiến triển và biến chứng của bệnh.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm buồng riêng, yên tĩnh, hạn chế tiếng động, sự gây ồn và những kích thích về cảm giác do khách thăm, nhân viên chăm sóc và các nhân viên y tế khác. Thiết lập mối quan hệ tin tưởng với người bệnh.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái, dễ thở.
- Động viên an ủi bệnh nhân, luôn có mặt trong cơn hen.
- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về bệnh tật.
- Áp dụng những động tác làm bệnh nhân dễ ngủ: xoa bóp, trấn an.
- Hạn chế hay loại trừ những yếu tố gây căng thẳng (stress) cho người bệnh.
- Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước.
- Chườm ướt và các biện pháp hạ thân nhiệt khác khi sốt cao.
- Thực hiện các hành động chăm sóc:
 - + Vỗ rung phổi.
 - + Dẫn lưu theo tư thế.
 - + Tập thở.
 - + Hút đờm dãi và các chăm sóc khác khi bệnh nhân thở oxy.
 - + Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp để tạo thuận lợi cho sự hô hấp và loại bỏ dịch xuất tiết.
 - + Tăng cường lượng dịch vào cơ thể để làm loãng dịch xuất tiết.

2.4.2. Thực hiện y lệnh điều trị

- Dùng thuốc giãn phế quản, thuốc co mạch, thuốc corticosteroid, cho thở oxy.
- Hô hấp hỗ trợ.
- Thực hiện y lệnh: truyền dịch và điện giải theo chỉ định.
- Dùng thuốc hạ thân nhiệt theo chỉ định.
- Đo nồng độ các khí và độ pH trong máu động mạch.

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân

- Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày, ghi chép chính xác.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi: tình trạng hô hấp.
- Tình trạng mất nước, da, niêm mạc, dấu hiệu khát nước, mắt nước, thái độ của bệnh nhân, tỷ trọng nước tiểu, số lượng nước tiểu. Các chỉ số thể tích tuần hoàn: mạch, huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung ương. Các kết quả xét nghiệm: điện giải đồ, hematocrit.
- Theo dõi: sự tăng thân nhiệt, sự thay đổi màu sắc của đờm, các kết quả xét nghiệm. Số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu, cấy đờm và máu, chụp phim phổi.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Kiểm soát chặt chẽ môi trường để giảm càng nhiều yếu tố gây dị ứng càng tốt. Đặc biệt trong phòng ngủ và trong nhà: không dùng đồ len dạ, lông, hạn chế bụi khói. Không nuôi những con vật ưa thích như; mèo, chim, chó cảnh, không trồng cây có phấn hoa, nấm mốc...
- Hạn chế yếu tố gây stress làm bệnh nhân căng thẳng, lo lắng, cáu giận.
- Tăng cường rèn luyện nâng cao sức khoẻ, duy trì dinh dưỡng, uống đủ nước, chế độ ngủ nghỉ ngơi, vận động hợp lý.
- Tránh ra khỏi nhà khi độ ẩm ngoài trời quá cao hoặc khi môi trường ở bên ngoài quá ô nhiễm.
- Tích cực thực hành tập thở, tập làm giãn nở phổi, tập ho...
- Không hút thuốc.
- Không dùng quá liều, không lạm dụng thuốc giãn phế quản và thuốc co mạch.
- Không dùng các loại thuốc hay gây dị ứng như penicillin, vitamin B...
- Đi khám bệnh ngay nếu có bất thường về hô hấp hoặc các nhiễm khuẩn khác.

2.5. Đánh giá chăm sóc

- Chức năng hoạt động hô hấp trong giới hạn bình thường.
- Thăng bằng kiềm - toan được duy trì (độ pH trong máu ở giới hạn bình thường).
- Dịch và điện giải được duy trì thăng bằng trong cơ thể.
- Không bị nhiễm khuẩn, không bị các biến chứng.
- Bệnh nhân nghỉ và ngủ đủ.
- Giảm mức độ lo lắng, sợ hãi biểu hiện qua thái độ của người bệnh.
- Hiểu và thực hiện được những hành động hồi phục sức khoẻ.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các nguyên nhân gây hen phế quản do dị ứng
2. Hãy nêu các triệu chứng để chẩn đoán xác định hen phế quản
3. Thực hiện các hành động chăm sóc, **ngoại trừ**:
 - a. Đặt dẫn lưu tư thế
 - b. Tập thở từng phân thụỳ

- c. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.
 - d. Tăng cường lượng dịch vào cơ thể.
 - e. Hút đờm nhầy và chăm sóc khác khi bệnh nhân thở oxy
4. Chăm sóc sự lo lắng của bệnh nhân về bệnh tật, **ngoại trừ:**
- a. Thiết lập mối quan hệ tư tưởng với bệnh nhân
 - b. Động viên an ủi bệnh nhân và luôn có mặt trong cơn hen
 - c. Động viên an ủi bệnh nhân và dùng thuốc an thần
 - d. Giải thích cho bệnh nhân hiểu biết về bệnh tật
 - e. Lập kế hoạch cho bệnh nhân tập thở, nghỉ ngơi
5. Đánh giá sự tiến triển tốt của bệnh nhân hen phế quản, **ngoại trừ:**
- a. Chức năng hoạt động hô hấp trong giới hạn bình thường
 - b. Dịch và điện giải được thăng bằng trong cơ thể
 - c. Không bị nhiễm khuẩn, không bị các biến chứng
 - d. Bệnh nhân nghỉ và ngủ được
 - e. Lòng ngực căng phồng, khối tăng sáng, rốn phổi đậm

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ÁP XE PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của áp xe phổi.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi.
3. Thực hiện được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi.

1. BỆNH HỌC CỦA ÁP XE PHỔI

1.1. Đại cương

Áp xe phổi là một tình trạng nung mủ do hoại tử nhu mô phổi sau một quá trình viêm cấp, mà nguyên nhân chủ yếu là vi khuẩn mủ, ký sinh trùng. Áp xe phổi có thể xảy ra trên một phổi trước đó chưa có tổn thương gọi là nung mủ phổi tiên phát hoặc xảy ra trên một phổi đã có tổn thương trước đó gọi là nung mủ phổi thứ phát.

Tỷ lệ áp xe phổi khá cao, khoảng 3-5% các bệnh phổi nói chung. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tuổi trung niên có tỷ lệ cao hơn. Bệnh thường dễ khởi phát sau yếu tố thuận lợi như thay đổi mùa, cơ thể suy kiệt, uống rượu, thuốc lá, đái tháo đường, ở các bệnh phổi mạn tính hoặc mắc một số bệnh khác làm giảm sức đề kháng.

Tiên lượng của bệnh khả quan hơn kể từ khi có các phương tiện chẩn đoán sớm.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Nguyên nhân do vi khuẩn gây bệnh

- Vi khuẩn kỵ khí: đây là những vi khuẩn thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ từ 60-80%, đó là: Bacteroides, Fragilis, Peptococcus, Peptostreptococcus...
- Tụ cầu vàng.
- *Klebsiella pneumoniae*.
- Các vi khuẩn khác như: phế cầu, liên cầu, vi khuẩn gram âm cũng có thể gây bệnh nhưng ít gặp hơn.
- Ký sinh trùng: thường gặp nhất là amíp, có thể nguyên phát, nhưng hầu hết là thứ phát.

1.2.2. Các yếu tố thuận lợi

- Do các vật lạ lọt vào đường hô hấp.
- Các nguyên nhân làm tắc nghẽn đường hô hấp.
- Các khối u ở phổi, các bệnh phổi có trước.
- Bệnh về tim mạch.
- Các chấn thương lồng ngực hở, đặt nội khí quản.
- Những cơ địa xấu.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.3.1. Giai đoạn khởi đầu (nung mủ kín)

- Sốt cao, rét run, vẻ mặt nhiễm trùng và nhiễm độc.
- Ho khan và đau ngực, đau ngực tăng lên khi ho hay thở sâu.
- Có thể khó thở nhẹ.
- Khám phổi có thể phát hiện được hội chứng đông đặc phổi.
- Xét nghiệm máu: thấy bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân tăng, máu lắng tăng.
- Chụp phim phổi: thấy hình mờ tròn hay bầu dục, thường gặp ở đáy phổi phải.

1.3.2. Giai đoạn khạc mủ

Sau khoảng 5-7 ngày bệnh nhân ho và đau ngực tăng lên, tình trạng nhiễm độc ngày càng nặng, hơi thở hôi, bệnh nhân ọc ra mủ sau một cơn ho mạnh hay gắng sức, số lượng nhiều từ 300-500 ml/ngày. Mủ nhầy, thối, có thể lẫn máu và sau khi ọc ra mủ bệnh nhân cảm giác dễ chịu hơn, sốt giảm, đau ngực giảm dần.

1.3.3. Giai đoạn nung mủ hở

- Sau thời gian ọc mủ khoảng 3-5 ngày, các triệu chứng cơ năng giảm hay mất dần, nếu được điều trị tốt bệnh nhân khỏe hơn, ăn uống có cảm giác ngon miệng.
- Khám phổi giai đoạn này có thể phát hiện hội chứng hang với ran ẩm to hạt.
- Chụp phim phổi thấy có một hình hang tròn, bờ dày có mức hơi nước.
- Cấy đờm phát hiện nguyên nhân gây bệnh.

1.4. Tiến triển và điều trị

1.4.1. Tiến triển

- Trước thời kỳ chưa có kháng sinh đặc hiệu thì áp xe phổi là một bệnh nặng, tỷ lệ tử vong tương đối cao, nhất là trẻ em và người già.

- Hiện nay áp xe phổi nhờ có kháng sinh đặc hiệu nên bệnh tiến triển tốt, tỷ lệ khỏi bệnh cao và thường ít để lại di chứng.

1.4.2. Một số biến chứng của áp xe phổi

- Trần dịch tương, dịch sợi hay tràn mủ màng phổi để lại di chứng dày dính màng phổi, gây suy hô hấp mạn.
- Ho ra máu nặng.
- Nhiễm trùng huyết.
- Viêm màng tim, viêm trung thất.
- Giãn phế quản, xơ phổi.
- Áp xe phổi mạn tính.

1.4.3. Điều trị

1.4.3.1. Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi hoàn toàn trong giai đoạn tiến triển.
- Bù nước và điện giải đầy đủ.
- Tiết thực nhiều protid và vitamin nhóm B, C.
- Dẫn lưu tư thế hoặc có thể hút mủ qua đường phế quản bằng ống hút mềm.
- Thuốc hạ sốt và giảm đau như paracetamol.
- Thuốc long đờm và thở oxy nếu cần.
- Sử dụng kháng sinh dựa vào cấy đờm hoặc kháng sinh đồ, điều trị kháng sinh phối hợp ít nhất 2 loại kháng sinh khác nhóm bằng đường toàn thân. Tuy nhiên phải dùng kháng sinh càng sớm càng tốt nên trước khi làm kháng sinh đồ có thể dựa vào tần suất hay gặp của các vi khuẩn, đặc điểm lâm sàng, tính chất của đờm để có thể sử dụng kháng sinh thích hợp.
 - + Đối với tụ cầu vàng dùng kháng sinh mạnh, vì tụ cầu vàng thường kháng penicillin: cefalosporin thế hệ III phối hợp với aminosid: claforan hay Rocephin 3-6 g/ngày TB hoặc TM phối hợp với gentamicin hay amikacin hoặc vancomycin 30mg/kg/ngày tiêm TM hay truyền TM chia 3-4 lần, phối hợp với cefalospin thế hệ III.
 - + Đối với vi khuẩn kỵ khí: penicillin G liều 4-20 triệu đơn vị /ngày TB hay TM phối hợp với metronidazol 250mg x 4-6 viên/ngày. Có thể phối hợp thêm với gentamicin 3-4 mg/kg/ngày chia 3 lần.
 - + Đối với *Pseudomonas aeruginosa*: cefotaxim 3-6 g/ngày phối hợp với kanamycin hay amikacin 1-2 g/ngày.

- + Đối với amip: metronidazol 250 mg x 4-6 viên /ngày chia 2-3 lần kết hợp với hydroemetin 1 mg /kg/ngày, điều trị trong 10 đến 15 ngày. Phối hợp thêm một kháng sinh như penicillin hay gentamicin.

1.4.3.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định ngoại khoa khi có các biểu hiện sau:

- Tổ chức xơ đông đặc không đáp ứng kháng sinh.
- Áp xe phổi mạn tính.
- Áp xe vỡ mủ vào màng phổi.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ÁP XE PHỔI

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh nhân

- Bệnh nhân có hít phải vật lạ vào phổi trong thời gian gần đây không?
- Bệnh nhân có mắc bệnh về đường hô hấp trong thời gian gần đây không?
- Thời gian gần đây có mắc bệnh gì không?
- Tình trạng mệt mỏi, đau đầu, sốt sệt cân... như thế nào?
- Ho khó thở như thế nào?
- Số lượng và tính chất của đờm?
- Tình trạng và tính chất của đau ngực?
- Trước đây đã bị như vậy lần nào chưa?
- Tiến triển của bệnh có nặng lên không?
- Tình hình sử dụng kháng sinh và hiệu quả của thuốc?

2.1.2. Quan sát theo dõi

- Tình trạng toàn thân: thể trạng bệnh nhân, tình trạng tinh thần...
- Tình trạng hô hấp: tần số và mức độ khó thở.
- Ho, mức độ và các biểu hiện khác kèm theo ho.
- Số lượng, màu sắc và tính chất đờm.
- Tình trạng đau ngực của bệnh nhân.

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống của bệnh nhân.
- Kiểm tra tình trạng hô hấp: nhịp thở, sự di động của lồng ngực, lưu ý hội chứng đông đặc phổi hay các âm bất thường ở phổi.

- Tình trạng tim mạch: nhịp tim, tiếng tim, các tiếng bất thường ở tim.
- Xem kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng.

2.1.4. Đánh giá bằng thu nhận thông tin

- Thu thập qua gia đình bệnh nhân.
- Các kết quả khác từ hồ sơ bệnh án và các thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua khai thác các giai đoạn trên giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng. Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân áp xe phổi như sau:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Vẻ mặt mệt mỏi do nhiễm trùng và nhiễm độc.
- Đau ngực do tổn thương nhu mô phổi.
- Nguy cơ tràn dịch màng phổi do áp xe vỡ vào khoang màng phổi.
- Nguy cơ nhiễm trùng huyết do điều trị không hiệu quả.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng cần phải phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế dễ chịu nhất.
- Buồng bệnh phải yên tĩnh, thoáng mát sạch sẽ.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Ăn đầy đủ năng lượng, nhiều hoa quả tươi. Thức ăn lỏng, dễ tiêu.
- Hạ sốt bằng cách chườm lạnh hoặc dùng thuốc nếu bệnh nhân sốt cao.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, tốc độ lắng máu, soi tươi và cấy đờm, chụp phim phổi.
- Theo dõi tính chất ho.
- Theo dõi số lượng đờm và tính chất của đờm.
- Theo dõi lượng nước vào ra, cũng như chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân.
- Theo dõi cách sử dụng thuốc và đáp ứng điều trị.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về các nguyên nhân, yếu tố thuận lợi, biểu hiện lâm sàng và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo. Cần phải điều trị và phòng bệnh tốt để tránh tái phát.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân áp xe phổi là tiến triển cấp tính, bệnh có thể lành và không để lại di chứng nếu được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc một đúng cách. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh hoặc do tai biến điều trị.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng về một bên.
- Động viên, an ủi bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Hướng dẫn cách ho và cách khạc đờm cho bệnh nhân.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng, nhiều sinh tố và cho uống nước ấm.
- Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân ho nhiều phải hướng dẫn cho bệnh nhân: nằm đầu cao, nghiêng về một bên, cho bệnh uống nhiều nước ấm, làm ẩm và ẩm không khí để cho bệnh nhân dễ thở, các biện pháp trên có tác dụng làm lỏng đờm và bệnh nhân dễ khạc ra.

2.4.2 Thực hiện y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc như: các thuốc tiêm, các thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường, báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm:
 - + Công thức máu, tốc độ lắng máu.
 - + Đờm để tìm nguyên nhân gây bệnh.
 - + Chụp X quang phổi.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng ho.
- Tình trạng đau ngực.
- Số lượng và tính chất của đờm.
- Tình trạng sử dụng thuốc và biến chứng do thuốc gây ra.
- Tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về các nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi, biểu hiện lâm sàng và tiến triển của áp xe phổi để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo tránh tái phát, cụ thể:

- Phòng ở phải thoáng mát và sạch sẽ.
- Giữ ấm về mùa đông.
- Có chế độ ăn uống và nghỉ ngơi điều độ.
- Điều trị tốt các ổ nhiễm trùng nếu có.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh để đánh giá tình hình bệnh tật:

- Đánh giá tình trạng ho và khạc đàm.
- Đánh giá tình trạng nhiễm trùng.
- Tình trạng đau ngực của bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng bệnh, mức độ bệnh và các biến chứng.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu những nguyên nhân hay gặp của áp xe phổi
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và tiến triển của áp xe phổi.

3. Nêu được các nội dung đánh giá chăm sóc điều dưỡng.
4. Khi nhận định có thể xác định được các yếu tố thuận lợi gây áp xe phổi, **ngoại trừ:**
 - a. Do các vật lạ lọt vào đường hô hấp.
 - b. Do vi khuẩn.
 - c. Các khối u ở phổi.
 - d. Các bệnh phổi có trước.
 - e. Bệnh về tim mạch.
5. Một số biến chứng của áp xe phổi, **ngoại trừ:**
 - a. Tràn mủ màng phổi.
 - b. Ho ra máu nặng.
 - d. Suy thận mạn.
 - d. Viêm màng tim, viêm trung thất.
 - e. Giãn phế quản, xơ phổi.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, chẩn đoán và theo dõi được các biến chứng của bệnh đái tháo đường.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường
3. Điều dưỡng phải thể hiện được thái độ niềm nở, thông cảm khi chăm sóc bệnh nhân.

1. BỆNH HỌC VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1.1. Đại cương

1.1.1. Định nghĩa

Đái tháo đường (ĐTĐ) là tình trạng tăng đường huyết mạn tính, khởi phát do các yếu tố di truyền và ngoại lai phối hợp. Đường huyết gia tăng là hậu quả do thiếu insulin hoặc do đề kháng insulin.

1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo OMS (1980)

Thời gian \ Đường huyết	Đường huyết tĩnh mạch	Đường huyết mao mạch
Khi đói	≥ 7,8 mmol/l (140 mg/dl)	≥ 6,7 mmol/l (120 mg/dl)
Hoặc 2 giờ sau NPDNG*	≥ 11,1 mmol/l (200 mg/dl)	≥ 11,1 mmol/l (200 mg/dl)

1.1.3. Xếp loại

Theo OMS sự xếp loại như sau:

- ĐTĐ typ I: phụ thuộc insulin.
- ĐTĐ typ II: không phụ thuộc insulin
- ĐTĐ liên hệ suy dinh dưỡng:
 - + ĐTĐ tụy thiếu protein.
 - + ĐTĐ tụy xơ sỏi.

- Các typ khác, phối hợp với một số bệnh và hội chứng:
 - + Tổn thương tụy.
 - + Các bệnh nội tiết.
 - + Thương tổn do thuốc hoặc hoá chất.
 - + Bất thường insulin hoặc thụ thể insulin.

1.2. Nguyên nhân của bệnh đái tháo đường

1.2.1. Các nguyên nhân nguyên phát

- Đái tháo đường typ I (đái tháo đường thể phụ thuộc insulin).
- Đái tháo đường typ II (đái tháo đường không phụ thuộc insulin).
- Đái tháo đường typ II béo.
- Đái tháo đường typ II không béo.
- Đái tháo đường khởi phát ở người trẻ (MODY).

1.2.2. Các nguyên nhân thứ phát

- Do bệnh tụy: xơ tụy, viêm tụy mạn...
- Do bất thường về hormon.
- Bệnh nội tiết khác: to đầu chi, bệnh Basedow.
- Do thuốc và một số hoá chất.
- Do bất thường về thụ thể của insulin
- Các hội chứng bất thường về gen.

1.3. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Triệu chứng chủ yếu đồng thời cũng là triệu chứng quan trọng để chẩn đoán ĐTD lâm sàng là tăng glucose máu, có glucose trong nước tiểu. Các triệu chứng thường gặp là ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, khô miệng, khô da, mệt mỏi, gầy sút cân.

1.3.1. Đái tháo đường Typ I

Thường bắt đầu ở trẻ em hoặc ở người lớn dưới 40 tuổi. Khởi phát lâm sàng rầm rộ với dấu chứng đặc hiệu như ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhanh. Biến chứng cấp thường gặp là hôn mê do nhiễm toan ceton, biến chứng mạn tính là biến chứng vi mạch mắt, vi mạch thận; phụ thuộc insulin ngay từ đầu. Đái tháo đường tít I có liên quan đến yếu tố HLA, nhất là có sự hiện diện các kháng thể kháng men khử carboxyl của acid glutamic (GAD/glutamic acid decarboxylase) hay kháng thể kháng tế bào đảo.

ĐTĐ typ I tự miễn tiềm tàng ở người trưởng thành có tiến trình huỷ hoại tế bào đảo tụy do tự miễn chậm, xảy ra ở người lớn tuổi, biểu hiện lâm sàng như typ 2, tiến triển chậm đến lúc phụ thuộc insulin do thiếu hụt tiết insulin gần như tuyệt đối, có kháng thể kháng GAD dương tính. Thường có phối hợp với một số bệnh tự miễn khác.

1.3.2. ĐTĐ Typ II

Thường xảy ra ở người lớn tuổi trên 40 tuổi, có tính gia đình. Bệnh thường gặp ở người béo, sống tĩnh tại. ĐTĐ typ 2 thường không phụ thuộc insulin ngoại sinh (đề kháng insulin).

Bệnh phát triển từ từ trong nhiều năm, khởi đầu thường không rõ ràng, thể trạng béo hay bình thường. Phát hiện bệnh nhờ các biến chứng về mạch máu lớn: bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, tắc mạch chi, tăng huyết áp, hoặc các nhiễm khuẩn lâu lành, hoặc qua các xét nghiệm kiểm tra sức khoẻ định kỳ.

1.4. Chẩn đoán

Để chẩn đoán ĐTĐ, hiện nay người ta dùng tiêu chuẩn chẩn đoán mới của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) năm 1998 và đã được xác định lại 2002. Chẩn đoán xác định ĐTĐ nếu có một trong ba tiêu chuẩn dưới đây và phải có ít nhất hai lần xét nghiệm ở hai thời điểm khác nhau:

1. Glucose huyết tương bất kỳ trong ngày ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l), cộng với ba triệu chứng lâm sàng gồm: tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân không giải thích được.
2. Glucose huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l) (đói có nghĩa là trong vòng 8 giờ không được cung cấp đường).
3. Glucose huyết tương hai giờ sau uống 75g đường là ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống.

1.5. Test dung nạp glucose

Bệnh nhân nhịn đói qua đêm rồi lấy máu làm xét nghiệm. Tiếp sau đó cho bệnh uống 75 g glucose pha trong 250 ml nước uống một lần.

Test dung nạp glucose bằng đường uống được xác định như sau:

- 2 giờ sau uống glucose, nếu:
 - + < 140 mg/dl (7,8 mmol/l) = dung nạp glucose bình thường.
 - + ≥ 140 mg/dl và < 200 mg/dl (11,1 mmol/l) = tổn thương dung nạp glucose.
 - + ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) = chẩn đoán ĐTĐ

Test dung nạp glucose chịu ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố:

- Chế độ ăn uống, hoạt động nghỉ ngơi, bệnh tật, thuốc men.... Vì vậy người điều dưỡng phải bảo đảm bệnh nhân được nghỉ ngơi, không dùng các loại thuốc như thuốc lợi tiểu, glucocorticoid, estrogen tổng hợp, phenytoin, rượu, acid nicotinic, salicylat... cũng ảnh hưởng đến đường máu.
- Các yếu tố sinh lý ảnh hưởng đến test dung nạp glucose: có thai, tuổi già, mỡ cất dạ dày. Ở những người này làm test dung nạp qua đường tĩnh mạch.
- Ở người có tuổi glucose máu thường cao liên quan đến nhiều yếu tố: tuổi, chế độ ăn, ít hoạt động, thiếu năng tiết insulin của tụy và kháng insulin.

1.6. Xét nghiệm nước tiểu

Không nên dùng để làm chẩn đoán vì có nhiều trường hợp kết quả dương tính, âm tính giả, không phản ánh bản chất của đường máu. Ở người trẻ có thể có đái tháo đường do ngưỡng thận thấp hoặc ngược lại ở người già ngưỡng của thận lại cao nên ít xuất hiện đường niệu.

1.7. Xử trí

- Mục tiêu chính của điều trị là nhằm bình thường hoá hoạt động của insulin và nồng độ đường máu để làm giảm các biến chứng mạch và không ảnh hưởng đến hoạt động của bệnh nhân.
- Phương pháp điều trị thay đổi trong suốt quá trình bệnh lý, do những thay đổi về sinh hoạt và điều trị. Bệnh nhân cũng đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện các biện pháp điều trị, điều dưỡng cũng vì thế mà rất quan trọng trong việc hướng dẫn bệnh nhân.
- Trong điều trị tăng đường huyết có 3 vấn đề: chế độ ăn, tập luyện và thuốc.

1.8. Biến chứng của đái tháo đường

Biến chứng hay gặp là hạ đường máu. Gọi là hạ đường máu khi đường máu hạ xuống dưới 50 mg% (dưới 3 mmol/l). Thường xảy ra do dùng quá nhiều insulin, dùng không đúng chỉ định, ăn quá ít hoặc lao động quá nhiều. Xuất hiện 1-3 giờ sau dùng insulin thường, 4-18 giờ sau dùng insulin chậm và 18-30 giờ sau dùng protamin zinc insulin (PZI).

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1. Nhận định tình hình

Khi bệnh nhân vào viện, người điều dưỡng phải nhận định bệnh nhân đái tháo đường thuộc typ I hay typ II để có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh nhân

Để có được những thông tin cần thiết cho việc chẩn đoán điều dưỡng một cách chính xác và lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân chu đáo, người điều

đường phải ân cần với bệnh nhân, thông cảm chia sẻ và tế nhị khi phỏng vấn người bệnh.

- Bệnh nhân được phát hiện bệnh đái tháo đường từ bao giờ?
- Triệu chứng xuất hiện đầu tiên là gì?
- Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sút cân?
- Cảm giác mệt mỏi, khô miệng, khô da?

Trong thực tế, người bệnh đến bệnh viện thường chậm khi đã có biến chứng. Do vậy cần hỏi thêm:

- Bệnh nhân có cảm giác rát bỏng, kiến bò, kim châm ở phần xa của chi và các ngón tay chân không?
- Mắt có mờ không?
- Răng đau, lung lay dễ rụng, lợi có hay bị viêm?
- Các vết sây sước da thường lâu khỏi và dễ bị nhiễm trùng?
- Có đau vùng trước tim?
- Rối loạn tiêu hóa: thường đại tiện phân lỏng về ban đêm
- Các bệnh đã mắc và cách thức điều trị như thế nào?

2.1.2. Nhận định qua quan sát bệnh nhân

- Tổng trạng chung: gầy hay mập.
- Khả năng vận động của bệnh nhân.
- Tinh thần: mệt mỏi, chậm chạp hay hôn mê.
- Da: ngứa, mụn nhọt, lở loét, có thể thấy dấu viêm tắc các vi mạch ở chi dưới.
- Khi bệnh nhân quá nặng có thể quan sát được dấu hiệu của giai đoạn tiền hôn mê do đái tháo đường.

2.1.3. Nhận định qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra dấu hiệu sống.
- Tìm dấu xơ vữa động mạch.
- Đánh giá tình trạng phù.
- Khám mắt: khả năng nhìn, có đục thủy tinh thể không?
- Khám răng: viêm mủ chân răng, răng lung lay, rụng sớm.
- Tình trạng hô hấp: khó thở, viêm phổi, lao phổi...
- Tình trạng tiêu hoá: tiêu chảy do viêm dạ dày - ruột.
- Tình trạng tim mạch.

2.1.4. Nhận định qua thu thập các dữ liệu

- Qua gia đình bệnh nhân.
- Qua hồ sơ bệnh án, đặc biệt là xem các xét nghiệm và các thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua phỏng vấn, quan sát, thăm khám và thu thập các dữ liệu, một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân đái tháo đường như sau:

- Ăn nhiều do đái tháo đường.
- Uống nhiều, tiểu nhiều do tăng áp lực thẩm thấu.
- Tê tay chân và cảm giác kiến bò do viêm thần kinh ngoại biên.
- Nguy cơ hạ đường máu do sử dụng insulin.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng thu thập được các thông tin cần thiết để có được các chẩn đoán về điều dưỡng. Từ đó, xác định các nhu cầu thiết của bệnh nhân đái tháo đường và lập ra kế hoạch chăm sóc.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế dễ chịu nhất.
- Buồng bệnh phải yên tĩnh, thoáng mát, sạch sẽ.
- Giải thích và trấn an cho bệnh nhân và gia đình.
- Có kế hoạch hàng ngày ăn uống, dùng thuốc.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.
- Theo dõi tình trạng hạ đường máu và các dấu hiệu sinh tồn.

2.3.2. Thực hiện y lệnh

- Tiêm insulin dưới da đúng liều, đúng giờ và luôn phải đổi vùng tiêm.
- Sử dụng thuốc uống sulfamid chống đái tháo đường.
- Làm các xét nghiệm cơ bản: đường máu, đường niệu, chuyển hoá cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng hạ đường huyết.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra.
- Các biến chứng của đái tháo đường.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần biết được các nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng và biến chứng, các yếu tố thuận lợi, cụ thể:

- Phòng phải thoáng mát và sạch sẽ.
- Giữ ấm về mùa đông.
- Có chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, tập thể dục điều độ.
- Sử dụng các thuốc hạ đường huyết theo hướng dẫn.
- Theo dõi, ngăn ngừa các biến chứng.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh đái tháo đường là có rất nhiều biến chứng, chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm đường máu và đường niệu. Bệnh nhân đến bệnh viện phần lớn khi đã có biến chứng. Vì vậy, công tác chăm sóc hạn chế các biến chứng là vấn đề hết sức quan trọng giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục.

2.4.1. Thực hiện các chăm sóc cơ bản

- Để nằm nghỉ ngơi thoải mái, tránh suy nghĩ, lo lắng. Đặc biệt ở bệnh nhân có đường máu 300 mg % (16,5 mmol/l) hoặc ceton niệu.
- Đạt được cân nặng lý tưởng, chống béo. Sụt cân là dấu hiệu duy nhất của việc điều trị kết quả đái tháo đường typ II, duy trì tình trạng cân lý tưởng cũng là vấn đề quan trọng.
- Chế độ ăn: đảm bảo chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường để kiểm soát tốt đường máu và duy trì cân nặng của người bệnh.
 - + Glucid: phải giảm số lượng, thay đổi tùy từng bệnh nhân do thể trạng gầy, béo, hoặc tính chất làm việc. Tổng số calo trong ngày khoảng 2240 calo.
 - + Chế độ ăn: phụ thuộc vào tuổi, cân nặng bệnh nhân.
 - * Tuổi trẻ < 40 tuổi: 42 Kcalo/kg.
 - * Tuổi > 40 tuổi: 32 Kcalo/kg.
 - + Thành phần: glucid 50%; lipid: 33% và protid: 17%.
 - + Bữa ăn nên chia như sau:
 - * Bữa sáng: 33%;
 - * Bữa trưa: 35%;
 - * Bữa tối: 17%;
 - * Bữa nửa đêm: 15%.

Với bệnh nhân đái tháo đường typ I (kinh điển) tránh bị tăng glucid, nên cho bệnh nhân ăn miến dong và các chất xơ để bệnh nhân đỡ đói, tránh táo bón. Thức ăn sống và cứng ít gây tăng đường máu hơn thức ăn nghiền, loãng, nấu chín.

Bảng 17.1. Thành phần của một số thức ăn

Thứ tự	Năng lượng (calo)	Glucid (g)	Protid (g)	Lipid (g)
Sữa tươi	340	24	16	20
Rau xanh các loại		Không hạn chế		
Hoa quả	280	70		
Bánh mì, cơm	840	180		
Protein	600		24	40
Dầu	180		56	20
Tổng số /ngày	2.240	274 (50 %)	96 (17 %)	80 (33 %)

Bảng 17.2. Bảng chuyển đổi hàm lượng calo ở một số thực phẩm hay gặp

Thực phẩm	Số lượng (g)	Calo	Glucid (g)	Protid (g)	Lipid (g)
Gạo	200	700	150	15	2,6
Miến	100	340	82	0,5	0,1
Đậu đen	100	334	53	24,2	1,7
Thịt nạc	100	143	53	19,0	7,0
Đậu phụ	200	196	1,9	21,0	10,8
Cam	200	86	16,8	1,8	10,8
Bánh mì	150	340	82	0,6	0,1
Bánh phở	250	340	82	0,6	0,1
Bánh bao	150	340	82	0,6	0,1

- Vệ sinh hàng ngày: người bị mắc bệnh đái tháo đường luôn bị đe dọa bởi những biến chứng khó tránh trong cuộc sống hàng ngày, rất dễ nhiễm khuẩn nên người điều dưỡng hàng ngày phải giúp bệnh nhân (nếu bệnh quá nặng) làm những công việc: đánh răng miệng, rửa mặt, bệnh nhân phải được vệ sinh da sạch sẽ, tắm gội bằng xà phòng và nước sạch, những chỗ sây sước phải luôn được giữ vệ sinh sạch sẽ. Mụn nhọt, lở loét hàng ngày phải được thay băng sạch sẽ, khô ráo và tránh bị nhiễm trùng, thay quần áo hàng ngày (quần áo, ra giường phải được sấy hấp...) và thay ra trải giường hàng ngày để phòng tránh nhiễm khuẩn da.

Người điều dưỡng cần chăm sóc theo dõi không những trong thời gian bệnh nhân nằm viện mà ngay cả khi bệnh nhân đã ra viện.

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thuốc tiêm, thuốc uống (điều quan trọng là phải đúng theo thời gian và liều lượng đã quy định).
 - + Thuốc tiêm insulin, liều đầu tiên 0,6-0,7 đơn vị/kg/ngày.
 - + Các liều sau dựa vào đường máu. Trung bình 5-10 đơn vị /ngày, tăng dần cho đến khi kiểm soát được đường máu 140 mg %.
 - + Phân chia liều và thời gian cho đúng.
 - + Khi tiêm insulin dưới da cần phải luôn thay đổi vùng tiêm (vì tổ chức vùng tiêm dễ bị thoái hoá mỡ làm cho vùng tiêm không ngấm thuốc).
 - + Mỗi mũi tiêm cách nhau 5 cm, không tiêm một chỗ quá 3 lần. Kéo da lên 1 cm và tiêm thẳng góc vào nếp da thuốc uống sulfamid chống tăng đường huyết (biguanid, glibenclamid, glycazid); thuốc kháng sinh, các vitamin, các thuốc điều trị biến chứng.
- Thực hiện các xét nghiệm: đường máu, nghiệm pháp tăng đường máu, đường niệu, protein niệu, bilan lipid...
- Soi đáy mắt, điện tâm đồ...

2.4.3. Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở ngày 2 lần, bệnh nhân nặng có thể đo theo giờ và kẻ biểu đồ vào bảng theo dõi.
- Theo dõi phát hiện sớm các biểu hiện của biến chứng như nhiễm khuẩn, dù nhẹ như viêm răng lợi, vết xước ở da, tay, chân, vùng tỳ đè nhiều dễ gây ra loét (khi bệnh nặng phải trở mình 1-2 giờ một lần, xoa bóp vùng đó để máu nuôi dưỡng).
- Theo dõi các triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, chán ăn, tiêu chảy, tri giác... để kịp thời đề phòng hôn mê do glucose huyết. Lưu ý một số triệu chứng của hạ đường máu có thể xảy ra cần theo dõi để xử trí cho bệnh nhân:
 - + Khi đường máu hạ nhanh thì hệ thống thần kinh giao cảm bị kích thích sản xuất ra adrenalin gây ra các triệu chứng: vã mồ hôi, run tay chân, mạch nhanh, trống ngực và bứt rứt.
 - + Nếu đường máu hạ chậm thì thần kinh trung ương bị ức chế gây: nhúc nhàu, lẫn lộn, thay đổi cảm xúc, mất trí nhớ, tê lưỡi và môi, líu lưỡi, đi lảo đảo, nhìn đôi, chóng mặt, co giật hôn mê, tế bào não có thể có những vùng tổn thương vĩnh viễn.
- Theo dõi tình trạng nhiễm toan ceton để xử trí kịp thời. Một số triệu chứng của nhiễm toan ceton như sau:
 - + Bệnh nhân mất nước nặng như: da, niêm mạc khô.

- + Sốt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- + Dấu hiệu thần kinh như mất cảm giác, co giật, liệt nhẹ nửa người.
- + Xét nghiệm có natri máu tăng, đường máu tăng.
- Theo dõi cân nặng hàng tháng.
- Theo dõi, giám sát bệnh nhân thực hiện chế độ ăn và uống đúng theo y lệnh (đảm bảo sao cho lượng glucid giảm đúng liều lượng). Dựa vào xét nghiệm để có thể điều chỉnh chế độ ăn, uống.
- Theo dõi đường máu, đường niệu.
- Theo dõi các vùng tiêm có bị thoái hoá mỡ không vì vậy luôn phải thay đổi vùng tiêm.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân và gia đình

- Phát hiện bệnh khi còn ở giai đoạn tiền lâm sàng bằng cách xét nghiệm đường huyết và đường niệu trong cộng đồng để có thể giúp cho bệnh nhân điều chỉnh chế độ ăn khi có rối loạn về các xét nghiệm trên, không cần dùng thuốc mà vẫn lao động và công tác bình thường.
- Khi bệnh nhân đã nằm viện nên tuyên truyền cho họ hiểu được tầm quan trọng của chế độ ăn và cách sử dụng bảng chuyển đổi thức ăn.
- Giáo dục cho bệnh nhân thể dục, lao động, luyện tập rất cần thiết trong điều trị tăng đường huyết vì làm giảm béo và làm giảm acid béo tự do, tăng tuần hoàn và cơ lực, làm giảm biến chứng xơ vữa, tăng lipoprotein có tỷ trọng cao (HDL), làm giảm triglycerid và cholesterol.
Tuy nhiên cần lưu ý khi bệnh nhân có đường máu 300 mg % hoặc ceton niệu, không được tập thể dục hoặc lao động nặng mà phải nghỉ ngơi.
- Những người béo phì nên ăn một chế độ ăn ít calo so với những người bình thường và cũng được theo dõi kỹ hơn về các xét nghiệm đường máu và đường niệu. Tránh làm việc quá sức, xúc cảm mạnh khi bệnh nhân còn biểu hiện nhẹ.
- Giáo dục cho bệnh nhân biết được các biến chứng dễ xảy ra và nhất là biến chứng nhiễm khuẩn, đề cao vấn đề vệ sinh cá nhân, vệ sinh da để tránh biến chứng.
- Những người trong gia đình cần được theo dõi bằng xét nghiệm để phát hiện bệnh sớm.
- Vấn đề hôn nhân: 2 người đều mắc bệnh đái tháo đường không nên kết hôn.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

- Tình trạng bệnh nhân sau một thời gian điều trị, thực hiện các kế hoạch chăm sóc và so sánh với nhận định ban đầu khi bệnh nhân vào viện để đánh giá tình hình hiện tại.

- Các kết quả xét nghiệm: đường máu, đường niệu để đánh giá tiến triển của bệnh, điều chỉnh liều lượng thuốc và có kế hoạch chăm sóc thích hợp.
- Các dấu hiệu sinh tồn đã được theo dõi và ghi chép đầy đủ.
- Các biến chứng của bệnh có giảm đi hay nặng lên.
- Vấn đề thực hiện chế độ ăn uống.
- Đánh giá lượng nước vào ra hàng ngày.
- Việc chăm sóc điều dưỡng có được thực hiện đầy đủ, đáp ứng yêu cầu của một bệnh nhân đái tháo đường hay không?
- Cần bổ sung những điều còn thiếu vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các nguyên nhân của bệnh đái tháo đường.
2. Nêu tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường.
3. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường.
4. Các nguyên nhân của bệnh đái tháo đường thứ phát, **ngoại trừ**:
 - a. Đái tháo đường khởi phát ở người trẻ (MODY).
 - b. Do bệnh tụy: xơ tụy, viêm tụy mạn...
 - c. Do bất thường về hormon.
 - d. Bệnh nội tiết khác: to đầu chi, bệnh Basedow.
 - e. Do thuốc và một số hoá chất.
5. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD của Tổ chức Y tế Thế giới khi glucose huyết tương bất kỳ trong ngày:
 - a. $\geq 10,1$ mmol/l
 - b. $\geq 11,1$ mmol/l
 - c. $\geq 12,1$ mmol/l
 - d. $\geq 13,1$ mmol/l
 - e. $\geq 14,1$ mmol/l
6. Triệu chứng tăng glucose máu kinh điển thường gặp là:
 - a. Uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều và mờ mắt
 - b. Ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều và mờ mắt

- c. Ăn nhiều, uống nhiều, gầy nhiều và mờ mắt
- d. Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, và mờ mắt
- e. Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều và mờ mắt

7. Theo dõi bệnh nhân bị nhiễm toan ceton gồm các triệu chứng sau, **ngoại trừ:**

- a. Da và niêm mạc khô
- b. Hạ thân nhiệt
- c. Mạch nhanh, huyết áp hạ
- d. Co giật, liệt nhẹ nửa người
- e. Xét nghiệm có natri máu tăng

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH BASEDOW

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được các dấu chứng thần kinh dễ kích thích và phân độ tổn thương mắt ở bệnh nhân bị bệnh Basedow.*
2. *Trình bày được cách sử dụng thuốc kháng giáp và I^{131} .*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị bệnh Basedow.*

1. BỆNH HỌC CỦA BỆNH BASEDOW

1.1. Định nghĩa

Basedow là một trong những bệnh lý cường giáp thường gặp trên lâm sàng với các biểu hiện chính: nhiễm độc giáp kèm bướu giáp lớn lan tỏa, lồi mắt và tổn thương ở ngoại biên. Bệnh Basedow mang nhiều tên gọi khác nhau: bệnh Graves, bệnh Parry, bướu giáp độc lan tỏa hay bệnh cường giáp tự miễn. Nhờ sự tiến bộ của miễn dịch học, ngày càng nhiều kháng thể hiện diện trong huyết tương người bệnh được phát hiện, vì thế hiện nay bệnh được xếp vào nhóm bệnh liên quan tự miễn.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây ra chưa rõ, nhưng sự tăng tiết hormon tuyến giáp T3 và T4 được cho là do rối loạn miễn dịch gây kích thích bất thường tuyến giáp.

Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhất là độ tuổi 20-40, ở phụ nữ chiếm ưu thế. Tỷ lệ nam/nữ từ 1/5 đến 1/7 ở vùng không bị bướu cổ địa phương. Tuy nhiên, ở vùng dịch tễ tỷ lệ này thấp hơn. Theo Volpé có lẽ liên quan đến sự khiếm khuyết của tế bào lympho T ức chế, là yếu tố cơ bản trong bệnh lý tự miễn ở tuyến giáp. Một vài yếu tố ghi nhận có thể gây đáp ứng miễn dịch trong bệnh Basedow như:

- Thai nghén nhất là giai đoạn chu sinh.
- Dùng nhiều iod, đặc biệt dân cư sống trong vùng thiếu iod, có thể iod làm khởi phát bệnh Basedow tiềm tàng.
- Dùng lithium làm thay đổi đáp ứng miễn dịch.

- Nhiễm trùng và nhiễm virus.
 - Ngừng corticoid đột ngột.
 - Người có HLA B8-DR3, HLA BW 46-B5 (Trung Quốc) và HLA-B17 (da đen).
 - Vai trò stress: những stress tinh thần, chấn động thể chất, nhiễm khuẩn.
 - Liên quan di truyền với 15% bệnh nhân có người thân mắc bệnh tương tự và khoảng chừng 50% người thân của bệnh nhân có tự kháng thể kháng giáp trong máu.
- Yếu tố thuận lợi là những stress tinh thần, chấn động thể chất, nhiễm khuẩn.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Trong bệnh Basedow người ta thấy có sự khiếm khuyết của tế bào lympho T ức chế (Ts, T8), cho phép tế bào lympho T hỗ trợ, kích thích tế bào lympho B tổng hợp các kháng thể chống lại tuyến giáp. Globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp (TSI: Thyroid stimulating immunoglobulin hoặc TSH. R Ab: kháng thể kích thích thụ thể TSH) gây tình trạng nhiễm độc giáp. Ngoài ra còn tìm thấy nhiều loại kháng thể kháng thyroglobulin, kháng thể kháng enzym peroxydase giáp hoặc kháng thể kháng tiêu thể. Ngoài ra tiến trình viêm nhiễm cơ hóc mắt do sự nhạy cảm của các tế bào lympho T độc tế bào (cytotoxic T lymphocyte) hoặc các tế bào diệt (killer cell) đối với kháng nguyên hóc mắt trong sự kết hợp với các kháng thể độc tế bào. Tuyến giáp và mắt có thể có liên quan bởi một kháng nguyên chung giữa tuyến giáp và nguyên bào hóc mắt. Tuy nhiên vẫn chưa rõ là làm sao gây ra dòng miễn dịch này.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Thể điển hình có đủ 3 biểu hiện lâm sàng chính: bướu giáp, hội chứng cường giáp và lồi mắt, nhưng độ trầm trọng của mỗi biểu hiện khác nhau tùy từng bệnh nhân.

Bệnh có khi xảy ra rất nhanh chỉ trong vòng vài tuần hay ít hơn nữa, nhưng thường tăng dần trong nhiều tháng thậm chí nhiều năm trước khi bệnh nhân thấy.

1.3.1. Bướu giáp

Tuyến giáp thường lan toả tương đối đều, mềm hoặc chắc. Nghe tại bướu có thể phát hiện được tiếng thổi liên tục hay trội hơn ở thì tâm thu. Bướu giáp lớn đôi khi gây chèn ép các cơ quan lân cận. Khoảng 7,4 % trường hợp không có bướu.

1.3.2. Hội chứng cường giáp

1.3.2.1. Dấu dễ kích thích thần kinh

- Bệnh nhân dễ nóng giận, dễ xúc cảm, nói nhiều, vận động nhiều nhưng mau mệt, dễ lo âu sợ sệt đôi khi không tập trung được tư tưởng, mất ngủ, phản xạ gân xương đôi khi tăng.

- Run tay, yếu cơ và teo cơ là những dấu chứng thuộc thần kinh cơ do nhiễm độc giáp, run thường ưu thế ở đầu ngón tay. Run thường xuyên, gia tăng khi xúc động hoặc lúc ít hoạt động, thường kết hợp với vụng về. Teo cơ thường gặp ở cơ gốc, kết hợp với yếu cơ.

1.3.2.2. Rối loạn thân kinh thực vật

- Mặt phù nề, da nóng và ẩm, có cơn tiết mồ hôi thường xảy ra, rối loạn nhiệt về mùa đông và khát nước bất thường.
- Dấu hiệu tiêu hoá:
 - + Ăn nhiều, ăn ngon miệng hoặc đôi lúc chán ăn.
 - + Buồn nôn hay nôn.
 - + Tăng nhu động ruột gây tiêu chảy hay đại tiện nhiều lần.
- Dấu tăng chuyển hoá:
 - + Gầy, khó chịu nóng và dễ chịu lạnh.
 - + Chuyển hoá cơ bản tăng.
- Dấu hiệu tim mạch:
 - + Thường mạch nhanh, tăng hơn khi gắng sức hoặc xúc động mạnh.
 - + Có khi loạn nhịp.
 - + Suy tim có thể xuất hiện: hồi hộp, mệt ngực...
- Rối loạn sinh dục:
 - + Phụ nữ có thể rối loạn kinh nguyệt.
 - + Đàn ông có thể liệt dương.
- Dấu da, lông, tóc, móng:
 - + Da mỏng mịn và hồng, nóng ẩm; có hồng ban.
 - + Lông tóc mảnh, khô, dễ gãy.
 - + Móng tay dễ gãy.
 - + Phù niêm trước xương chày.

1.3.3. Dấu chứng về mắt

Có thể giả lồi mắt do cường giáp. Lồi mắt thật sự còn gọi là bệnh mắt tằm nhuận nội tiết có khi trở thành ác tính làm hỏng mắt, mắt lồi không khép kín dễ nhiễm khuẩn, loét giác mạc, đôi khi mắt lồi hẳn ra ngoài hốc mắt. Lồi mắt không liên quan đến cường giáp, đôi lúc xảy ra sau quá trình điều trị nhất là phẫu thuật hoặc điều trị phóng xạ. Cần phân biệt biểu hiện mắt trong bệnh Basedow liên quan:

- Tổn thương không thâm nhiễm liên quan đến bất thường về chức năng do tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm.

- Tổn thương thâm nhiễm liên quan đến các thành phần hốc mắt gây bệnh mắt nội tiết trong bối cảnh tự miễn trong bệnh Basedow gây thương tổn cơ vận nhãn và tổ chức sau hốc mắt. Bệnh lý mắt thường phối hợp gia tăng nồng độ kháng thể kháng thụ thể TSH (kích thích). Theo phân loại của Hội giáp trạng Mỹ (American Thyroid Association) các biểu hiện ở mắt được phân độ như sau:

- + Độ 0: không có dấu hiệu và triệu chứng.
- + Độ I: không có triệu chứng, có dấu co kéo mi trên, mất đồng vận giữa nhãn cầu và trán, giữa nhãn cầu và mi trên.
- + Độ II: ngoài các dấu hiệu của độ I, còn có cảm giác dị vật ở trong mắt, sợ ánh sáng (photophobia), chảy nước mắt, phù mí mắt, sung huyết và sưng kết mạc... (thâm nhiễm cơ và tổ chức hốc mắt, nhất là tổ chức quanh hốc mắt).
- + Độ III: lồi mắt thật sự, dựa vào độ lồi nhãn cầu của mắt mà chia ra:
 - * Lồi nhẹ từ: 3-4 mm.
 - * Lồi vừa từ: 5-7 mm.
 - * Lồi nặng: ≥ 8 mm.

Cần lưu ý về phương diện lâm sàng nên dựa vào yếu tố chủng tộc để đánh giá vì độ lồi nhãn cầu bình thường đánh giá qua thước Hertel của người da vàng là 16-18mm, da trắng 18-20mm và da đen 20-22mm.

- + Độ IV: thương tổn cơ vận nhãn.
- + Độ V: thương tổn giác mạc.
- + Độ VI: giảm hoặc mất thị lực do thương tổn thần kinh thị.
- + Để đánh giá một cách tương đối trung thực về sự tẩm nhuận sau hốc mắt cũng như đánh giá điều trị cần siêu âm nhãn cầu.

1.3.4. Phù niêm

Tỉ lệ gặp 2-3%, thường định vị ở mặt trước cẳng chân, dưới đầu gối, có tính chất đối xứng. Da vùng thương tổn hồng, bóng, thâm nhiễm cứng (da heo), lõ chân lông nổi lên, lông mọc thưa và dựng đứng, bài tiết nhiều mồ hôi. Đôi khi thương tổn lan tỏa từ chi dưới đến bàn chân.

1.3.5. Biểu hiện ngoại biên

Đầu các ngón tay và các ngón chân biến dạng hình dùi trống, liên quan đến màng xương, có thể có phản ứng tổ chức mềm. Ngoài ra có dấu chứng tiêu móng tay.

Ngoài các biểu hiện trên còn tìm thấy một số dấu hiệu của các bệnh lý tự miễn phối hợp khác đi kèm như suy vỏ thượng thận, suy phó giáp, tiểu đường, nhược cơ nặng, trong bối cảnh bệnh đa nội tiết tự miễn.

1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: nồng độ T3, T4 tăng và TSH giảm
 - + T3: (95-190 ng/dl = 1,5-2,9 nmol/l): tăng.
 - + T4: (5-12 µg/dl = 64-154 nmol/l): tăng.
 - + Tỷ T3 (ng %)/T4 (microgam %): trên 20 (đánh giá bệnh đang tiến triển).
 - + TSH siêu nhạy (0,5-4,5 µU/ml): giảm.
 - + Độ tập trung I¹³¹ tại tuyến giáp sau 24 giờ tăng cao hơn bình thường, giai đoạn bệnh toàn phát có góc thoát (góc chạy). Lưu ý một số thuốc kháng giáp cũng gây hiện tượng này (nhóm carbimazol). Nên đánh giá vào các thời điểm 4, 6 và 24 giờ.
- Độ tập trung I¹³¹ tăng.
- Siêu âm tuyến giáp: tuyến giáp phì đại, eo tuyến dày, cấu trúc không đồng nhất, giảm âm. Siêu âm Doppler năng lượng có thể thấy hình ảnh cấu trúc tuyến giáp hỗn loạn như hình ảnh đám cháy trong thời kỳ tâm thu và tâm trương với các mạch máu giãn trong tuyến giáp, động mạch cảnh nhất là động mạch cảnh ngoài nảy mạnh. Trong nhiều trường hợp không điển hình (khởi đầu hoặc điều trị) khó phân biệt với hình ảnh của Hashimoto.
- Giải phẫu bệnh: tuyến giáp lớn đều cả hai thùy, tính chất lan tỏa, mềm và tân sinh nhiều mạch máu. Nhu mô giáp phì đại và tăng sản, gia tăng chiều cao của tế bào thượng bì và vách nang tuyến, tạo ra các nếp gấp dạng nhú phản ánh tế bào tăng hoạt động. Sự loạn sản như trên thường kèm thâm nhiễm tế bào lympho, điều này phản ánh bản chất miễn dịch của bệnh và liên quan đến nồng độ kháng thể kháng giáp trong máu.
- Một số các xét nghiệm khác: xạ hình, chụp phim xương chày, ST scan, MRI...

2. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BASEDOW

2.1. Nhận định tình trạng bệnh nhân

2.1.1. Nhận định tình trạng bệnh nhân qua hỏi bệnh

- Những triệu chứng đặc hiệu của bệnh Basedow, đặc biệt là dấu hiệu cường giáp:
 - + Bệnh nhân dễ nóng giận, dễ xúc cảm, nói nhiều, vận động nhiều nhưng mau mệt.
 - + Lo âu sợ sệt, mất ngủ.
 - + Run tay, yếu cơ và teo cơ.
 - + Tăng tiết mồ hôi tay.

- Dấu hiệu tiêu hoá: ăn nhiều, hoặc chán ăn, buồn nôn hay nôn, tiêu chảy hay đại tiện nhiều lần?
- Bệnh nhân có hồi hộp, tức ngực không?
- Gầy, khó chịu nóng và dễ chịu lạnh?
- Rối loạn sinh dục: phụ nữ có thể rối loạn kinh nguyệt, đàn ông có thể liệt dương?
- Tiến triển của bệnh nhân bị bệnh Basedow.
- Hỏi tiền sử bản thân và gia đình:
 - + Tiền sử gia đình về bướu giáp, cường giáp và suy giáp.
 - + Các bệnh tự miễn miễn khác.
- Các san chấn về tình cảm và thể chất.
- Các thuốc đã sử dụng có liên quan đến mắc bệnh.

2.1.2. Nhận định bằng cách quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân: hay kích thích, hay vận động.
- Quan sát tuyến giáp: thường tuyến giáp lớn.
- Quan sát tuyến mắt: thường mắt lồi.
- Tình trạng phù chân.
- Có dấu nổi ở móng tay.

2.1.3. Nhận định bằng cách thăm khám

- Đo dấu hiệu sống, chú ý mạch và huyết áp bệnh nhân. Thường mạch nhanh, tăng hơn khi gắng sức hoặc xúc động mạnh.
- Khám tuyến giáp: tuyến giáp lớn cả 2 thùy, chắc và mật độ đều, có thể nghe được tiếng thổi.
- Khám dấu hiệu run tay, bàn tay ẩm và ướt.
- Khám tim: tim nhanh, đều có thể có loạn nhịp.
- Da mỏng mịn và hồng, nóng ẩm, có hồng ban.
- Lòng tóc mảnh, khô, dễ gãy.
- Phù niêm trước xương chày.
- Móng tay dễ gãy.
- Khám dấu hiệu lồi mắt do cường giáp: mắt nhắm không khít, song thị hoặc sa mi mắt và bệnh nhân phàn nàn vì yếu cơ mắt hoặc khô, ngứa mắt ...
- Thăm khám bằng các xét nghiệm: T3, T4, TSH, siêu âm tuyến giáp...

2.1.4. Nhận định bằng cách thu thập các dữ kiện khác

- Thu thập qua gia đình bệnh nhân.
- Qua hồ sơ bệnh án và các thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân Basedow như sau:

- Bệnh nhân dễ nóng giận, dễ xúc cảm do nhiễm độc giáp.
- Tăng thân nhiệt do tăng chuyển hoá.
- Run tay, yếu cơ do nhiễm độc giáp.
- Mặt phồng đỏ, da nóng và ẩm do rối loạn thần kinh thực vật.
- Nguy cơ xuất hiện cơn bão giáp do điều trị không hiệu quả.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bệnh nhân cần nghỉ ngơi thích hợp và ngủ đầy đủ.
- Cho ăn uống thức ăn đủ chất dinh dưỡng, dễ tiêu để đạt được hoặc duy trì trọng lượng cơ thể theo yêu cầu.
- Chăm sóc về rối loạn tiêu hoá nếu có bất thường.
- Biết cách chăm sóc và bảo vệ mắt tránh tổn thương giác mạc.
- Thực hiện các y lệnh đầy đủ và chính xác.
- Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân cần biết được các yếu tố thuận lợi có thể gây bệnh.
 - + Biết được diễn tiến và biến chứng của bệnh.
 - + Biết được các phương pháp điều trị và phương pháp nào là điều trị thích hợp.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

Không có biện pháp điều trị nào lành bệnh ngay lập tức, mà sự điều trị thành công có lẽ cần đến việc điều chỉnh chế độ điều trị theo thời gian.

- Người điều dưỡng hợp tác với bệnh nhân và gia đình trong việc lập kế hoạch chăm sóc. Những can thiệp nói chung liên quan đến việc tăng cảm giác thoải mái cho bệnh nhân trong đời sống hàng ngày. Môi trường yên tĩnh, thuận tiện và mát mẻ là lý tưởng. Đối với những bệnh nhân nằm viện thì thích hợp hơn là dùng phòng tách biệt.
- Bệnh nhân nhập viện nên được tắm rửa thường xuyên, thay ra và được giúp đỡ khi cần thiết để giữ trạng thái thoải mái và mát mẻ. Giúp bệnh

nhân trong những hoạt động tự chăm sóc, đi lại và giặt giũ sẽ giúp bệnh nhân tiết kiệm được năng lượng. Những biện pháp làm bệnh nhân thoải mái cũng giúp bệnh nhân ngủ ngon hơn mặc dù thuốc giảm đau hoặc an thần cũng cần thiết giúp cho bệnh nhân nghỉ ngơi.

- Bệnh nhân nên ăn chế độ ăn giàu năng lượng, protein, carbohydrat và nên uống nhiều nước, nên cung cấp thêm vitamin và chất khoáng đặc biệt vitamin tan trong nước do khả năng hấp thu bình thường các vitamin này giảm.
- Nếu tiêu chảy, co thắt hoặc tăng nhu động ruột thì nên ăn nhiều bữa với lượng ít thức ăn. Bệnh nhân tránh ăn thức ăn có nhiều chất xơ và chất tạo hơi. Nên theo dõi trọng lượng cơ thể đều đặn.
- Những hoạt động giải trí thích hợp là cần thiết để giúp bệnh nhân giảm lo lắng và nổi chán chường vì bị buộc hạn chế hoạt động. Đọc sách, xem ti vi, nghe nhạc và chơi game sẽ tránh được tình trạng mỏi cơ. Viết thư, may vá và những công việc tỉ mỉ khác có thể rất khó hoặc làm chán nản nếu bệnh nhân đang gặp những chấn động chưa ổn định.
- Nên làm cho bệnh nhân và gia đình yên tâm rằng những triệu chứng về tâm lý liên quan đến bệnh và mất đi khi bệnh giảm. Quá kích thích và cãi vã nên được tránh. Cần giới hạn người đến thăm cũng như thời gian đến thăm. Thông cảm với cách cư xử của bệnh nhân có thể giúp bệnh nhân tự kiểm soát mình.
- Hạn chế muối trong chế độ ăn và nằm đầu cao khi ngủ có thể giúp giảm tình trạng phù quanh mắt. Sử dụng dịch nhỏ mắt sinh lý để tránh bị khô mắt, dùng thuốc mỡ vào ban đêm, dùng kính màu tránh tình trạng sợ ánh sáng và dùng kính Wraparound để phòng tổn thương do gió và bụi.
- Luyện tập những cơ ngoài mắt có thể phòng được chứng song thị.
- Đánh giá xem tình trạng nhắm mắt có khít không, nếu cần thì khuyên bệnh nhân dùng những miếng che mắt ít dị ứng khi ngủ. Nên khám mắt thường xuyên để phát hiện tình trạng tấy đỏ hoặc loét giác mạc.

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện các xét nghiệm và thuốc uống theo đúng y lệnh, tuy nhiên khi sử dụng các thuốc kháng giáp, điều dưỡng cần có kiến thức thích hợp.
- Người điều dưỡng chịu trách nhiệm giảng giải cho bệnh nhân hiểu về thuốc và theo dõi những phản ứng phụ.
- Khi thời gian nằm viện ngắn, phải chú trọng đến kiến thức cho việc tự chăm sóc.
- Bệnh nhân nên nhận được những lời chỉ dẫn bằng lời nói và bằng giấy về tất cả các loại thuốc và phản ứng phụ liên quan.

- Hầu hết thuốc bị phá hủy nhanh chóng hơn trong tình trạng cường giáp, nên nếu bệnh nhân phải sử dụng những thuốc khác thì phải điều chỉnh liều lượng phù hợp. Có thể gặp phải tình trạng rối loạn đông máu vì vậy cần phải đánh giá và theo dõi.

Sử dụng thuốc kháng giáp

Bảng 18.1. Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc kháng giáp

<p>➤ Propylthiouracil và methimazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dùng thuốc cùng thời gian hoặc số lần mỗi ngày. - Có thể tự sử dụng thuốc kháng histamin khi bị ngứa và nổi ban nhẹ trên da. - Báo cáo ngay nếu có đau họng hoặc sốt đột ngột. - Theo dõi trọng lượng và những triệu chứng khác một cách điều đặn. - Không tự tăng hoặc giảm liều lượng thuốc. <p>➤ Sử dụng dung dịch của lugol</p> <p>Uống thuốc sau bữa ăn với nhiều nước hoặc nước trái cây hoặc sữa.</p> <p>➤ Propranolol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uống thuốc trước bữa ăn. - Theo dõi mạch hàng ngày nếu mạch chậm hơn bình thường hoặc không đều phải báo cáo lại. - Không bao giờ ngừng uống thuốc đột ngột. - Theo dõi trọng lượng cơ thể đều đặn và báo lại nếu có phù. - Nếu có đái tháo đường thì phải theo dõi tình trạng hạ glucose máu.
--

Liệu pháp dùng sodium I¹³¹

Trách nhiệm chính của người điều dưỡng trong liệu pháp điều trị bằng sodium I¹³¹ là hướng dẫn cho bệnh nhân về liệu pháp điều trị và làm cho bệnh nhân an tâm về sự an toàn của liệu pháp điều trị (bảng 18.2).

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân Basedow

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là sự trở về bình thường của tần số mạch.
- Theo dõi hội chứng nhiễm độc giáp.
- Theo dõi tình trạng mắt, bướu giáp.
- Theo dõi việc sử dụng thuốc.
- Theo dõi các biến chứng của bệnh Basedow và biến chứng của thuốc gây ra.
- Theo dõi chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi của bệnh nhân.

Bảng 18.2. Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng I^{131} trong điều trị ngoại trú

- Lượng tia mà cơ thể tiếp xúc sẽ tương đương với khi chụp UIV hoặc chụp đại tràng có barium.
- Bệnh nhân nên nhịn đói vào ban đêm trước khi dùng chất đồng vị phóng xạ để làm tăng khả năng hấp thu.
- Thuốc kháng giáp nên ngừng ít nhất 5 ngày trước khi sử dụng chất đồng vị phóng xạ.
- Chất đồng vị phóng xạ dùng bằng đường uống là dung dịch không màu, không mùi. Dùng liều duy nhất trong ngày.
- Bệnh nhân lưu lại bệnh viện 2 giờ để theo dõi tình trạng nôn, chỉ những liệu pháp liều cao mới cần nhập viện.
- Nguy cơ nhiễm tia thấp, tuy nhiên bệnh nhân nên tránh tiếp xúc với trẻ em và trẻ nhỏ, phụ nữ mang thai trong suốt 24 giờ đầu sau điều trị.
- Bệnh nhân nên uống nhiều nước ít nhất 2-3 lít trong ngày, trong 2-3 ngày sau điều trị, rửa toilet nhiều lần sau khi đi vệ sinh xong, để làm giảm nguy cơ cho gia đình tiếp xúc với chất đồng vị phóng xạ.
- Sự kích thích ở cổ là phản ứng phụ có thể gặp, những triệu chứng cấp tính nên báo cáo ngay với bác sĩ.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân

- Bệnh nhân cần biết được các yếu tố thuận lợi có thể gây nên bệnh.
- Biết được diễn tiến và biến chứng của bệnh.
- Biết được các phương pháp điều trị và phương pháp nào là điều trị thích hợp.
- Tránh những sang chấn về thể chất và tinh thần.
- Tích cực điều trị khi phát hiện bệnh.
- Kiểm tra sức khoẻ định kỳ để phát hiện bệnh.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Cần đánh giá toàn diện sau khi thực hiện kế hoạch điều trị và kế hoạch chăm sóc đối với bệnh nhân bị bệnh Basedow

- Đánh giá các dấu hiệu sống, cần chú ý đến mạch của bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng toàn thân.
- Đánh giá tình trạng tiêu hóa.
- Đánh giá tình trạng mắt.
- Đánh giá việc sử dụng thuốc ở bệnh nhân.
- Đánh giá các biến chứng xảy ra.
- Công tác giáo dục sức khoẻ đối với bệnh nhân.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày phân loại của Hội giáp trạng Mỹ về các biểu hiện ở mắt trong bệnh Basedow.

2. Dấu hiệu nào sau đây không phải là biểu hiện của dấu thần kinh dễ kích thích trong bệnh Basedow:

- a. Dễ nóng giận
- b. Dễ xúc cảm
- c. Hay vận động nhưng nhanh mệt
- d. Buồn nôn hay nôn
- e. Run tay

3. Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc kháng giáp trong bệnh Basedow:

- a. Dùng thuốc cùng thời gian mỗi ngày
- b. Không tự tăng hay giảm liều thuốc
- c. Báo cáo bác sĩ những biểu hiện bất thường khi dùng thuốc
- d. Theo dõi trọng lượng và các dấu hiệu khác hàng ngày
- e. Tất cả các câu trên đều đúng

4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng

- A. Basedow là một bệnh tự miễn
- B. Basedow xảy ra chủ yếu ở nam giới
- C. Bệnh nhân bị Basedow thường thích chịu nóng hơn lạnh

5. Đánh dấu x vào cột trả lời đúng để trả lời các câu sau:

5.1. Dấu hiệu tiêu hoá trong hội chứng cường giáp là: Đúng Sai

- A. Ăn nhiều, ăn ngon miệng
- B. Dễ bị táo bón
- C. Hay nôn và buồn nôn

5.2. Dấu hiệu tim mạch trong hội chứng cường giáp là: Đúng Sai

- A. Mạch thường chậm
- B. Có thể loạn nhịp
- C. Hay hồi hộp
- D. Suy tim nếu không được điều trị
- E. Khó thở thường xuyên

LIỆU PHÁP CORTICOID

MỤC TIÊU

1. Trình bày được được học lâm sàng của liệu pháp corticoid.
2. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định và tác dụng phụ của glucocorticoid.
3. Ứng dụng lâm sàng liệu pháp corticoid.

1. LIỆU PHÁP GLUCOCORTICOID

1.1. Đại cương

Glucocorticoid là một trong những hormon được tổng hợp tại tuyến vỏ thượng thận, trong đó quan trọng nhất đó là cortisol. Đây là hormon chuyển hóa chất đường được thượng thận tiết hàng ngày khoảng 15-30 mg, trong đó 50% số lượng được tiết cao nhất lúc 6-8 giờ sáng. Thời gian nửa đời huyết tương của cortisol khoảng 70-90 phút. Nồng độ cortisol sinh lý như sau:

- Lúc 8 giờ: 3-20 μ g/dl (80-540 nmol/l), trung bình 10-12 μ g/dl (276-331 nmol/l).
- Lúc 16 giờ: còn một nửa so với lúc 8 giờ.
- Lúc 22 giờ đến 2 giờ sáng: dưới 3 μ g /dl (80 nmol/l).
- Trong stress: tăng lên 40-60 μ g /dl (1100-1600 nmol/l).

Liệu pháp corticoid dựa trên tác dụng sinh học của các thành phần glucocorticoid tổng hợp để áp dụng trong lĩnh vực điều trị nhằm mục đích kháng viêm, chống dị ứng và ức chế miễn dịch. Corticoid dạng tổng hợp có tác dụng mạnh hơn so với corticoid nội sinh. Vì thế nếu sử dụng về lâu dài không những gây nên một số tác dụng phụ mà còn có thể gây ức chế trục đồi - yên - thượng thận, gây suy vỏ thượng thận. Liệu pháp corticoid nhằm góp phần hướng dẫn sử dụng các glucocorticoid tổng hợp được hiệu quả.

1.2. Được học lâm sàng của liệu pháp glucocorticoid

Cần phân biệt liệu pháp corticoid toàn thân trực tiếp hay gián tiếp và liệu pháp corticoid tại chỗ.

1.2.1. Liệu pháp glucocorticoid toàn thân trực tiếp

- Glucocorticoid tổng hợp được chia làm 3 nhóm dựa theo thời gian tác dụng sinh học.
 - + Loại tác dụng ngắn, thời gian sinh học nửa đời 8-12 giờ.
 - + Loại trung gian khoảng 18-36 giờ.
 - + Loại kéo dài 36-54 giờ.
- Thường được sử dụng là dẫn xuất của cortisol với tác dụng kháng viêm và tác dụng corticoid khoáng. Thuốc hấp thụ tốt qua đường uống, tác dụng sinh học khoảng 90%. Các tổ chức liên kết, da, chất hoạt dịch đều hấp thu tốt các chất này. Sử dụng dạng ester tan trong nước dùng đường tĩnh mạch hoặc tiêm bắp thịt với tác dụng kéo dài hơn.
- Các phân tử liên kết với protein huyết tương: phụ thuộc vào liều corticoid và mức độ giảm albumin huyết tương là nguyên nhân của tác dụng phụ. Ngay cả thai nghén và sử dụng estrogen có thể ảnh hưởng trên sự liên kết protein.
- Chuyển hóa chủ yếu ở gan và tạo thành dạng ester hoặc glucuronid không hoạt hóa và thải trong nước tiểu. Chuyển hóa chậm trong trường hợp thai nghén, xơ gan, tăng hoạt giáp.
- Thời gian nửa đời trong huyết tương của các dẫn chất tổng hợp thường dài hơn so với cortisol nội sinh nhưng tác dụng sinh học thì không liên quan đến thời gian nửa đời (cơ chế tác dụng nội bào).
 - + Prednisolon có cấu trúc cortisol với cầu nối đôi giữa C-1 và C-2, làm tăng tác dụng glucocorticoid và giảm tác dụng corticoid khoáng. Thêm nhóm alpha -fluoro ở C-9 làm tăng tác dụng cả hai, ngược lại thêm nhóm hydroxyl hoặc methyl ở C-16 làm giảm tác dụng corticoid khoáng.
 - + Dexamethason có nối đôi ở C-1 và C-2, nhóm fluoro ở C-9, và nhóm alpha methyl ở C-16, có tác dụng glucocorticoid gấp 25-50 lần.
 - + Cầu nối đôi ở C-2 và C-3 và methyl hóa ở C-2 và C-16 kéo dài thời gian nửa đời trong huyết tương.

1.2.2. Liệu pháp glucocorticoid toàn thân gián tiếp

- Thường dùng ACTH tổng hợp trong đó thành phần C tận cùng ở 25-39 hoặc 26-39 bị loại bỏ, đã có tác dụng cải thiện dung nạp.
- Các chất ACTH tổng hợp này làm tăng phóng thích các steroid thượng thận, cortisol tăng tối đa trong vòng 30-60 phút đối với loại trung gian và tăng sau 4 giờ và kéo dài 24-36 giờ đối với loại chậm.
- Dạng polypeptidic chỉ dùng bằng đường tiêm.

Bảng 19. 1. Phân loại glucocorticoid tổng hợp

Loại	Đặc tính	Thời gian 1/2 đời sinh học (giờ)	Tương đương (mg)	Tiềm năng glucocorticoid	Tiềm năng corticoid khoáng	Thời gian huyết tương (phút)
<i>Nhóm glucocorticoid</i>						
Tác dụng ngắn						
Cortisol		20	1	2	90	8-12
Cortison		25	0.8	2	80-118	8-12
Tác dụng trung gian						
Prednison		5	4	1	60	18-36
Prednisolon		5	4	1	115-200	18-36
Triamcinolon		4	5	0	30	18-36
Methylprednisolon		4	5	0	180	18-36
Tác dụng kéo dài						
Dexamethason		0.5	25-50	0	200	36-54
Betamethason		0.6	25-50	0	300	36-54
<i>Nhóm corticoid khoáng</i>						
Aldosteron		-	0,3	300	15-20	8-12
Florocortison		2	15	150	200	18-36
Desoxycorticosteron acetat		-	0	20	70	-

1.2.3. Các dạng khác

- Tác dụng tại chỗ: không gây độc nếu dùng ngắn ngày. Nhóm steroid chứa fluorinat (dexamethason, triamcinolon acetonid, betamethason và beclomethason) xuyên qua da tốt hơn nhóm không chứa thành phần này như là hydrocortison.
- Glucocorticoid dùng cho mắt: tổn thương tự miễn hoặc vô căn ở phần trước của mắt, viêm nhiễm sau phẫu thuật hoặc do chấn thương nhằm hạn chế phù nề.
- Glucocorticoid dạng hít: sử dụng trong hen phế quản và bạch hầu thanh quản.
- Glucocorticoid đường mũi: dùng ở dạng khí dung trong viêm mũi dị ứng.
- Glucocorticoid bệnh khớp cần vô trùng tuyệt đối.

1.3. Tác dụng của glucocorticoid

1.3.1. Mức tế bào

- Corticoid dạng tự do tác động lên thụ thể đặc hiệu ở nội bào.
- Phức hợp steroid -thụ thể đặc hiệu được hoạt hóa và di chuyển vào nhân tế bào, kích thích sao chép ARN và tăng tổng hợp protein.

1.3.2. Mức chuyển hóa

Corticoid làm tăng thoái biến và ức chế đồng hóa protein (tại gan tăng tổng hợp protein và RNA). Tăng thoái biến lipid thường xuyên đồng thời biến đổi chuyển hóa protid theo hướng chuyển hóa chất đường (tăng tân sinh đường, tăng đường máu, đề kháng insulin ở ngoại biên).

Corticoid làm bilan phosphat - calci âm tính bằng cách giảm hấp thu calci ở ruột, tăng thải phosphat ở thận bằng cách ức chế hoạt động của tạo cốt bào, có tác dụng kháng vitamin D.

Chuyển hóa muối - nước bị rối loạn nặng nhưng tùy thuộc vào các chất. Thường phối hợp với sự kiềm hóa kèm mất kali và cũng liên quan đến giảm khối lượng cơ (ảnh hưởng của chống đồng hóa và thoái biến protein).

1.3.3. Mức dược động học

1.3.3.1. Tác dụng điều trị

Có là các tác dụng kháng viêm, chống dị ứng và ức chế miễn dịch. Cortisol tác động ở 3 mức cơ bản:

- Thay đổi di chuyển các thành phần tế bào đến vị trí viêm (giảm lympho bào, giảm bạch cầu ưa base, ưa acid, mất sự thâm nhập bạch cầu đa nhân, giảm sự di chuyển các tế bào sản xuất yếu tố hóa hướng động...).
- Thay đổi sản xuất và hoạt hóa các chất vận mạch (ức chế phóng thích histamin, ức chế bradykinine, giảm leucotrien C, giảm sản xuất prostaglandin).
- Thay đổi chức năng thực bào và lympho bào (giảm lympho bào T bởi ức chế interleukin 2, giảm lymphokin, monokin, giảm sản xuất kháng thể...). Chúng ảnh hưởng trên sự tân sinh nguyên bào sợi, sự tổng hợp collagen cũng như làm quá trình xơ hóa và kết sẹo.
- Tác dụng kháng viêm và chống dị ứng thường được dùng liều thấp và tùy loại sản phẩm.
- Tác dụng ức chế miễn dịch thường đòi hỏi liều cao (1-1,5 mg/kg đối với prednisolon).

1.3.3.2. Tác dụng liệu pháp corticoid toàn thân gián tiếp

- Do tác dụng của cortisol:

- + Tác dụng giữ muối và nước.
- + Tác dụng hãm thượng thận không có đối với ACTH tổng hợp, nhưng về lâu dài cũng có thể có ức chế sản xuất ACTH.
- Các peptid này kích thích tạo hắc tố (mélanogenèse) về lâu dài và có thể có tác dụng thoái biến trực tiếp lipid và thần kinh.

1.4. Ứng dụng lâm sàng liệu pháp corticoid

1.4.1. Thiết lập phương thức điều trị lâu dài

Ngoài các chỉ định điều trị triệu chứng kéo dài (điều trị thay thế trong suy thượng thận cấp, mạn, phì đại bẩm sinh thượng thận với liều sinh lý hàng ngày của hydrocortison hay cortison), việc điều trị kéo dài corticoid rất quan trọng cần phải đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh, tuân thủ một số nguyên tắc cơ bản và chọn lựa phương thức phù hợp cho từng trường hợp.

1.4.1.1. Nguyên tắc đầu tiên

Hạn chế chỉ định đối với điều trị, khi mà không có một phương tiện điều trị tích cực và tốt hơn để thay thế. Các chỉ định trên lâm sàng:

- Chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý vỏ thượng thận:
 - + Suy vỏ thượng thận mạn (bệnh Addison), suy vỏ thượng thận cấp.
 - + Tăng hoạt vỏ thượng thận: chứng phì đại bẩm sinh vỏ thượng thận (sử dụng trong thể loại bất thường về tổng hợp cortisol); hội chứng Cushing (sử dụng sau khi cắt bỏ các tuyến yên, thượng thận để điều trị); cường aldosteron (sử dụng trong thể thứ phát).
- Dùng trong mục đích thăm dò chẩn đoán: thường sử dụng trong các test được động học (xem thăm dò tuyến vỏ thượng thận).
- Các chỉ định trên lâm sàng thường gặp là:
 - + Dị ứng: phù do mạch, hen, côn trùng cắn, viêm da tiếp xúc, dị ứng thuốc, viêm mũi dị ứng, nổi mề đay.
 - + Bệnh khớp: thấp khớp cấp, viêm khớp mạn, viêm màng hoạt dịch, viêm gân...
 - + Bệnh collagen: viêm nút quanh động mạch, lupus ban đỏ, viêm đa cơ, viêm đa khớp dạng thấp.
 - + Viêm động mạch thái dương.
 - + Ghép cơ quan (dùng liều cao).
 - + Ức chế miễn dịch (dùng liều cao).
 - + Nhiễm trùng gram (-), choáng (phối hợp với kháng sinh).
 - + Tăng calci máu: tăng calci máu, carcinoma.

- + Mắt: viêm kết mạc dị ứng, viêm thần kinh thị.
- + Hô hấp: hen liên tục, bệnh phế quản phổi tắc nghẽn.
- + Nội tiết: lồi mắt trong bệnh Basedow nặng, Hashimoto.
- + Bệnh máu: bệnh Hodgkin, ung thư máu, thiếu máu huyết tán, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, bệnh bạch cầu đơn nhân nặng.
- + Da: biểu hiện da của bệnh máu, hồng ban đa dạng, bong biểu bì cấp, bệnh lưới nội mô, hồng ban nút.
- + Tiêu hóa: viêm gan mạn, viêm gan hoại tử cấp, viêm đại tràng loét.
- + Bệnh thận: hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp.
- + Thần kinh: xơ cứng rải rác.
- + Hội chứng suy hô hấp cấp tính (SARD) ở người lớn.

1.4.1.2. Nguyên tắc thứ hai

- Nguyên tắc thứ hai là tôn trọng các chống chỉ định kinh điển:
 - + Loét dạ dày - tá tràng (liều prednisolon dưới 15 mg /ngày ít gây tai biến này).
 - + Đái tháo đường (không ổn định đường huyết).
 - + Tăng huyết áp (do tác dụng giữ muối).
 - + Nhiễm trùng tiến triển.
 - + Giảm thị trường rõ.
 - + Tiền sử mắc bệnh tâm thần.
- Cần kiểm tra trước khi sử dụng glucocorticoid với:
 - + Hiện diện lao phổi hay nhiễm trùng mạn tính khác (X quang phổi, IDR).
 - + Có rối loạn dung nạp glucose hoặc tiền sử đái tháo đường thai kỳ.
 - + Có dấu hiệu tiền loãng xương (đậm độ xương ở phụ nữ mãn kinh).
 - + Tiền sử loét tá tràng, viêm dạ dày hoặc viêm thực quản.
 - + Có tăng huyết áp hoặc bệnh tim mạch.
 - + Tiền sử rối loạn tâm thần.

1.4.2. Cách thức sử dụng

1.4.2.1. Chọn loại liệu pháp

Thường ưu tiên là dạng trực tiếp hơn là gián tiếp do nhiều lý do: liều chính xác, thích ứng rõ, ít tác dụng corticoid khoáng, không tác dụng kích thích hắc tố về lâu dài và có thể chuyển dùng đường tiêm thay đường uống.

1.4.2.2. Chọn đường dùng

- Đường uống thường được ưa chuộng nhất.
- Đường tĩnh mạch dùng trong trường hợp cấp cứu và dùng liều tấn công ngay từ đầu khi mà đường uống bị hạn chế.
- Đường tiêm bắp có tác dụng kéo dài thời gian tác dụng.

1.4.2.3. Nhịp sử dụng thuốc

- Nhịp sử dụng nhằm vào cùng lúc đảm bảo hiệu quả điều trị đồng thời phù hợp với nhịp sinh học ngày đêm về điều hòa cortisol ưu tiên duy trì hoạt động tiết của thượng thận.
- Sử dụng một liều buổi sáng loại prednison, triamcinolon và dexamethason. Hoặc hai liều: sáng 2/3 và chiều 1/3 liều còn lại, loại hydrocortison và cortison acetat trong ngày thường được khuyến cáo.
- Sự điều trị không liên tục được đề nghị chuyển sang dùng liều cách nhật nhằm giảm tác dụng phụ và hạn chế sự ức chế trục đồi-yên-thượng thận.
- Hiệu quả điều trị đảm bảo trong các trường hợp thương tổn trung bình, nhưng không đảm bảo đối với vài thể viêm nặng, nhất là ghép cơ quan cần điều trị hàng ngày

1.4.2.4. Chọn lựa thuốc

- Kiểm tra các dẫn chất tổng hợp cortisol chúng ta ghi nhận tác dụng kháng viêm tăng dần trong khi tác dụng giữ muối ít để ý đến. Vì thế sử dụng các dẫn chất kháng viêm càng mạnh thì thời gian tác dụng hãm trục đồi-yên-thượng thận càng dài, về lâu dài đây là yếu tố nguy hại.
- Ưu tiên chọn một trong những dẫn chất có tác dụng hãm yếu (prednison, prednisolon, methylprednisolon) mà tác dụng kháng viêm đảm bảo với liều tương đương và để dành các loại kháng viêm mạnh trong liệu trình ngắn hạn.
- Các loại cortison, cortisol, prednison và prednisolon qua nhau thai ít. Độ chênh nồng độ giữa máu mẹ và nhau thai là 10: 1 đối với cortisol và prednisolon, trong khi 2,5: 1 đối với betamethson và dexamethason.

1.4.2.5. Liều dùng

Liều dùng cần thích ứng với mức độ trầm trọng bệnh lý và vì thế có sự khác biệt giữa một thương tổn cấp nặng với liều tấn công từ 1-3 mg/kg/ngày (prednisolon) hoặc một thương tổn tiến triển mức độ vừa phải vì thế cần chọn liều hiệu quả tối thiểu từng miligram.

1.4.3. Theo dõi điều trị

1.4.3.1. Theo dõi hiệu quả điều trị

- Cần tăng liều và nhịp điều trị trước một kết quả chưa đảm bảo hiệu quả.

- Trường hợp đạt kết quả tốt có thể chuyển đường tiêm sang uống, giảm liều một cách thận trọng theo bậc thang hàng tuần để đạt liều tối thiểu có hiệu quả.
- Liều pháp corticoid về lâu dài nên sử dụng các dẫn chất gây hãm ít ở liều gần bằng liều sinh lý.
- Nhịp sử dụng chủ yếu vào buổi sáng nhằm hạn chế suy vỏ thượng thận về sau.

1.4.3.2. Theo dõi dung nạp

- Theo dõi các tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Các tác dụng phụ này có thể là nguyên nhân của các tai biến đôi khi nguy hiểm và đòi hỏi theo dõi thường xuyên về cân nặng, kích thước, huyết áp, nhiệt độ, da, cơ khớp, tiêu hóa và phổi.
- Theo dõi xét nghiệm sinh học ngay đầu liệu trình và nhất là khi sử dụng liều cao như: glucose máu, kali máu, ure máu, creatinin máu, triglycerid, công thức máu (bạch cầu tăng không hẳn là có nhiễm trùng).
- Cần phát hiện các tai biến do quá liều, các tai biến do nghiện có thể xảy ra dưới liệu pháp corticoid khi có stress hoặc do giảm liều quá nhanh, bệnh nhân cần được báo trước về tình huống này.
- Một số phương tiện cung cấp hàng ngày cần chú ý để hạn chế rối loạn chuyển hóa của glucocorticoid.
 - + Theo dõi năng lượng được sử dụng để dự phòng tăng cân.
 - + Hạn chế muối đưa vào để dự phòng phù, tăng huyết áp và mất kali.
 - + Cung cấp kali nếu cần.
 - + Dùng kháng toan, kháng tiết.
 - + Thiết lập thời gian biểu sử dụng thuốc corticoid nếu được. Bệnh nhân sử dụng thuốc trong thời gian dài cần được bảo vệ trong thời kỳ có stress cấp, bằng cách tăng liều gấp đôi liều hàng ngày.
 - + Hạn chế tối thiểu tình trạng loãng xương bằng cách:
 - * Thêm hormon sinh dục: 0,625-1,25 mg estrogen vào chu kỳ của progesteron trừ khi vẫn còn tử cung, testosterone thay thế cho nam suy sinh dục.
 - * Dùng calci liều cao: có thể đến 1200 mg /ngày.
 - * Dùng vitamin D nếu calciferol hoặc 1,25 (OH)₂ vitamin D giảm.
 - * Dùng calcitonin hoặc diphosphat nếu gãy xương xảy ra ngay cả khi được điều trị như trên.

1.4.4. Ngừng điều trị

- Đây là một chỉ định hết sức thận trọng.
- Chỉ được đưa ra nếu sự đáp ứng về bệnh lý cho phép thực hiện điều đó. Tuy nhiên trong một vài biến chứng nặng có thể hướng đến sớm hơn dự định. Sự ngừng thuốc không nên đột ngột nhằm tránh hiện tượng nghiện thuốc.

1.4.4.1. Cách thức áp dụng

Tránh ngừng thuốc đột ngột vì sẽ tạo cơ hội thuận lợi cho nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương, làm tái phát bệnh cũ (lao phổi) gây hội chứng suy thượng thận.

Nếu thời gian điều trị dưới 3 tuần, có thể không cần giảm liều từ từ, nhất là khi không dùng liều cao.

Nếu thời gian điều trị từ 3 tuần đến 2 tháng thì nên giảm 10 mg cho mỗi 3-5 ngày trong 3-4 tuần.

Nếu thời gian điều trị trên 2 tháng thì nên giảm thành 2 giai đoạn, giai đoạn đầu tương đối nhanh trong 3-4 tuần, giai đoạn sau chậm hơn, hạ dần cho đến khi thôi hẳn. Trước khi ngừng thuốc nên tiêm ACTH hoặc synacten 3-10 mg/ngày trong vài ngày.

1.4.4.2. Theo dõi lâu dài

- Sử dụng glucocorticoid trên liều sinh lý và thời gian trên 2 tuần đều có thể có nguy cơ suy vỏ thượng thận. Tai biến thường ít xảy ra ở các đối tượng sử dụng prednisolon dưới liều sinh lý (12-15 mg/m²da/ngày) và thời gian dưới 2 tuần.
- Theo dõi suy vỏ thượng thận tối thiểu trên 1 năm.
- Trẻ em nhỏ theo dõi mỗi 3 tháng (đến 5 năm), trẻ lớn mỗi 6 tháng.
- Ngừng điều trị, sự theo dõi không được lơ là vì chức năng vỏ thượng thận tái lập bình thường nhiều tháng sau khi ngừng điều trị hoàn toàn.
- Cần báo trước cho bệnh nhân nguy cơ suy thượng thận có thể xảy ra khi gặp stress và đòi hỏi sử dụng hormon trong vài ngày.

1.5. Tai biến do liệu pháp corticoid

1.5.1. Do quá liều

1.5.1.1. Tai biến sớm

- Rối loạn tiêu hóa: mức độ trung bình nhưng cũng có thể nặng lên bởi một đợt bộc phát loét dạ dày hay tá tràng, có thể gây biến chứng xuất huyết hoặc thủng (tăng tiết acid dạ dày, giảm tân sinh chất nhầy và đổi mới tế bào và ức chế prostaglandin).

- Xuất huyết hoặc thủng ruột có thể gặp. Vì thế cần lưu ý trước các đối tượng nghi ngờ bệnh lý dạ dày - tá tràng.
- Rối loạn tâm thần kinh: thường xảy ra ở những cá nhân cơ địa có sẵn với biểu hiện bằng rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, sảng khoái hoặc ăn nhiều, có thể dạng mê sảng, hưng phấn, trầm cảm gần như lú lẫn, có thể gây động kinh (giảm ngưỡng kích thích vỏ não), chứng giả u tiểu não (tăng áp lực nội sọ).
- Nguy cơ nhiễm trùng: nhất là khi điều trị kéo dài có thể làm bộc phát bệnh lý nhiễm trùng tiềm tàng hoặc do nhiễm chéo với vi khuẩn mủ, lao, virus (lưu ý bệnh đậu mùa, herpes, zona, sởi sẽ nặng lên nếu sử dụng corticoid) và ký sinh trùng.

Các tai biến trên rất khó điều trị, tùy theo độ trầm trọng và thời gian sử dụng thuốc. Tùy trường hợp có thể ngừng thuốc. Những đối tượng bị nghiện thuốc cần điều trị thay thế thì phải theo dõi kỹ và có thể tăng liều. Trên thực tế cần theo dõi tại môi trường bệnh viện.

1.5.1.2. Tai biến chậm

- Lắng đọng tổ chức mỡ và rối loạn da - cơ: lắng đọng mỡ (100 mg cortisol/ngày trong 2 tuần) dạng Cushing với quá tải mỡ ở vùng mặt, cổ và thân thường kèm rối loạn ở da như da mỏng, ban xuất huyết, vết rạn da, sẹo giả hình sao, chậm kết sẹo, rụng lông, đặc biệt khi dùng ACTH tổng hợp kéo dài.
Mụn trứng cá thường gặp ở trẻ vị thành niên, phối hợp với bệnh lý cơ do corticoid ưu thế ở gốc chi, dự báo cho suy sinh dục chức năng.
- Rối loạn xương: biểu hiện bởi sự mất khoáng, gây xẹp cột sống và gãy xương dài, nhất là khi dùng liều cao và kéo dài. Có thể dự phòng chứng này bằng cách dùng phối hợp 25 OH Vitamin D hay phối hợp điều trị fluoride Na và 25 OH vitamin D và calci có hiệu quả ở người lớn. Hoại tử xương vô trùng do corticoid thường gặp ở đầu xương đùi với nhiều ổ, cần nghi ngờ biến chứng này trước một đau khớp không giải thích được.
- Chứng chậm phát triển ở trẻ em là biến chứng đáng lo ngại, có thể xảy ra ngay cả liều thấp.
- Bệnh về cơ.
- Hiện tượng giữ muối: tăng cân, phù, tăng huyết áp vì thế cần có chế độ hạn chế muối.
- Rối loạn về mắt: đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp.
- Rối loạn nội tiết và chuyển hóa: cường insulin, kháng insulin, mất kali, giảm kali, kiềm hóa, bộc phát đái tháo đường tiềm tàng hoặc làm nặng đái tháo đường có sẵn. Suy nhược sinh dục (nam), rối loạn kinh nguyệt (nữ), giảm TSH và T3.
- Tăng bạch cầu đa nhân (ngay khi không có nhiễm trùng), giảm bạch cầu ái toan.

- Tăng đông máu.
- Viêm tụy cấp, gan nhiễm mỡ.
- Dạng corticoid bôi tại chỗ có thể gây chứng teo biểu bì da, giảm nhiễm sắc tố, chứng giãn mao mạch, mụn trứng cá, viêm nang lông.

1.5.2. Tai biến do ngừng thuốc

1.5.2.1. Hiện tượng dội

Biểu hiện bằng sự tái xuất hiện triệu chứng của bệnh chính gây nên. Đây là do giảm liều nhanh, cần phân biệt với một đợt tiến triển của bệnh ngay khi đang điều trị.

1.5.2.2. Suy vỏ thượng thận

Thường thấy khi dùng liệu pháp corticoid trực tiếp liên quan đến tác dụng hãm trục đồi-yên-thượng thận do corticoid, nhất là khi sử dụng liều cao kéo dài, liều cao hơn liều sinh lý.

Suy thượng thận dễ bị mắc cảm khi có stress nhiễm trùng, chấn thương, phẫu thuật, biến chứng cấp, ngừng thuốc đột ngột. Vì thế để dự phòng cần phải giảm liều dần, chủ yếu ngang mức sinh lý và nhất là theo dõi trục đồi-yên-thượng thận và điều trị hệ thống khi có stress với cortison hoặc hydrocortison liều gấp 2 lần so với liều hàng ngày.

1.5.2.3. Hội chứng cai (syndrome de sevrage)

Cần phải theo dõi trước một trường hợp suy nhược xuất hiện khi giảm liều thuốc nhưng không đi kèm suy vỏ thượng thận. Nếu điều này không tương ứng tác dụng trên tâm - thần kinh của bệnh nhân đối với corticoid, cần phải để ý đến tình trạng dờ thượng thận.

1.5.3. Tai biến do sử dụng tại chỗ

- Khi sử dụng tại chỗ (khớp, da...) cũng có thể gây tác dụng toàn thân nếu dùng thường xuyên và liều đáng kể, cũng có thể gây cường cortisol và trợ thượng thận.
- Có thể gây nhiễm trùng tại chỗ (hoặc nhiễm trùng trong khớp), teo hoặc hoại tử tổ chức dưới da (nhất là khi tiêm nông), phản ứng viêm tại chỗ.

Corticoid là một thuốc tốt có nhiều đóng góp quan trọng trong điều trị rất nhiều bệnh thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau, nhưng bên cạnh đó cũng có nhiều tác dụng phụ và tai biến. Để phát huy tác dụng tốt của thuốc và hạn chế các tai biến cần tôn trọng một số nguyên tắc liên quan đến chỉ định thuốc corticoid, theo dõi và ngừng sử dụng, báo trước các sự cố xảy ra, các biện pháp dự phòng và điều trị tai biến nhằm hạn chế các tai biến đáng tiếc xảy đến cho người bệnh khi sử dụng liệu pháp corticoid.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được những nét chính về dược học lâm sàng của liệu pháp glucocorticoid.

2. Trình bày tác dụng của glucocorticoid.

3. Tai biến của liệu pháp.

4. Đánh dấu x vào các câu đúng về nguyên tắc sử dụng corticoid:

A. Dị ứng phù do mạch, hen, côn trùng cắn

B. Viêm da tiếp xúc, dị ứng thuốc, viêm mũi dị ứng, nổi mào đay

C. Thấp khớp cấp, viêm khớp mạn, viêm màng hoạt dịch, viêm gân...

D. Ghép cơ quan

E. Tăng calci máu

F. Bệnh phế quản phổi tắc nghẽn

G. Lồi mắt trong bệnh Basedow

5. Chống chỉ định kinh điển sử dụng corticoid, **ngoại trừ**:

a. Loét dạ dày - tá tràng

b. Đái tháo đường

c. Thấp khớp cấp

d. Nhiễm trùng tiến triển

e. Tiền sử mắc bệnh tâm thần

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và các triệu chứng lâm sàng của suy tuyến thượng thận cấp.
2. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân suy tuyến thượng thận cấp.

1. BỆNH HỌC SUY THƯỢNG THẬN CẤP

1.1. Đại cương

Cơn suy thượng thận cấp là một cấp cứu nội khoa, do vỏ thượng thận mất hoặc giảm cung cấp hormon một cách đột ngột. Cơn suy thượng thận cấp hay xảy ra ở người bị bệnh Addison ngừng uống cortison một cách đột ngột.

1.2. Nguyên nhân

Bệnh có thể xảy ra do những nguyên nhân sau:

- Sau stress như chấn thương, phẫu thuật, hoặc stress ở những bệnh nhân có suy thượng thận tiềm tàng, kéo dài.
- Ngừng corticoid một cách đột ngột khi đang điều trị cho bệnh nhân suy thượng thận, hoặc ở những bệnh nhân có tuyến thượng thận bình thường nhưng đang được điều trị trong thời gian dài bằng corticoid.
- Sau mổ cắt bỏ cả hai tuyến thượng thận, hoặc cắt bỏ khối u một tuyến thượng thận có hoạt tính tiết hormon, mà tuyến kia đang bị ức chế.
- Sau suy chức năng tuyến yên cấp (hoại tử tuyến yên) hoặc khi cho thyroxin hoặc insulin cho bệnh nhân suy toàn bộ chức năng tuyến yên.
- Chấn thương cả 2 tuyến thượng thận, chảy máu, tắc mạch, nhiễm khuẩn huyết, chảy máu nặng cả 2 tuyến thượng thận có thể gây cơn suy thượng thận cấp, gọi là hội chứng Frederichen-Warerbouse.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân rất mệt, đau đầu.
- Đau khắp bụng, nôn, tiêu chảy.

- Sốt cao, có khi có ớn lạnh.
- Có thể có triệu chứng cứng gáy, co giật, rối loạn ý thức, dần dần đi vào hôn mê.
- Tím tái da và niêm mạc, trên da xuất hiện những nốt xuất huyết, xuất huyết kết mạc, niêm mạc miệng có thể có xuất huyết lan tràn.
- Nhịp tim nhanh nhỏ, huyết áp tụt, trụy mạch.
- Nhiệt độ từ chỗ rất cao, hạ dần và bệnh nhân tử vong.

1.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu tăng, bạch cầu ái toan có thể bình thường hoặc tăng cao (bạch cầu ái toan tăng có giá trị để chẩn đoán xác định).
- Đường máu hạ.
- Ure, creatinin máu tăng.
- Kali máu tăng, NaCl máu giảm.
- Cấy máu thường có não mô cầu.
- Nồng độ corticoid trong máu và nước tiểu thấp.

1.5. Điều trị

Phải điều trị hết sức khẩn trương sau khi đã xác định suy thượng thận cấp.

1.5.1. *Cơn suy thượng thận cấp nặng*

- Phải tích cực chống sốc. Ngoài những biện pháp chống sốc thông thường phải chú ý 3 biện pháp cơ bản:
 - + Truyền dịch và huyết thanh đầy đủ.
 - + Thuốc nâng huyết áp.
 - + Thở oxy.
- Không được cho các loại thuốc ngủ và an thần.
- Hydrocortison phosphat hoặc hydrocortison sodium succinat 100 mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch ngay lập tức và cứ 6 giờ một lần cho 50 mg trong ngày đầu. Sang ngày thứ 2 cứ 8 giờ một lần cho 50 mg tiêm bắp. Các ngày sau giảm liều dần.
- Có thể dùng cortison acetat 10-25 mg tiêm bắp (tiêm vào 4 vị trí khác nhau), tổng liều 40-100 mg. Sau đó cứ 6 giờ một lần 25-50 mg tiêm bắp. Ngày tiếp theo giảm liều dần, cứ 8 giờ tiêm một lần 25mg.
- Nếu có triệu chứng nhiễm khuẩn (đặc biệt nhiễm não mô cầu) cần phải cho các loại kháng sinh thích hợp.

- Khi bệnh nhân đã tỉnh, có khả năng uống được, cho bệnh nhân uống cortison 12,5-25 mg, cứ 6 giờ uống một lần, sau đó giảm liều dần xuống liều duy trì.

1.5.2. Con suy thượng thận cấp trung bình

Nếu tình trạng chung của bệnh nhân tốt, không biểu hiện thành cơn, không có choáng, cho liều corticoid thấp hơn liều trên, cố gắng điều trị hết các triệu chứng nghi ngờ có cơn trong 24 giờ đầu để đề phòng các tai biến cho bệnh nhân.

1.5.3. Những tai biến có thể xảy ra khi dùng thuốc

Dùng quá nhiều các corticosteroid, truyền quá nhiều nước có thể gây nên sốt cao, mất ý thức, phù toàn thân, tăng huyết áp, liệt mềm do mất kali và những triệu chứng về tâm thần.

- Khi truyền dịch vào quá nhiều có thể gây phù não (mất ý thức hoặc co giật) hoặc phù phổi. Phải ngừng truyền dịch ngay và cho lợi tiểu.
- Hạ kali máu gây liệt mềm, thường xảy ra ở ngày thứ 2-4 sau khi điều trị. Cần cho muối kali để bồi phụ và dự phòng tai biến này.
- Các tai biến khi sử dụng thuốc kéo dài (tham khảo bài liệu pháp corticoid).

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TUYẾN THƯỢNG THẬN CẤP

2.1. Nhận định

Đứng trước một bệnh nhân suy thượng thận cấp người điều dưỡng cần nhận định đây là một cấp cứu nội khoa, để có kế hoạch chăm sóc khẩn trương, kịp thời và thích hợp.

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh nhân

- Bệnh nhân có bị chấn thương trước đó?
- Sau một phẫu thuật nói chung đặc biệt là sau mổ cắt bỏ cả hai tuyến thượng thận, hoặc cắt bỏ khối u một tuyến thượng thận.
- Đang được điều trị trong thời gian dài bằng corticoid hoặc ngừng uống corticoid một cách đột ngột không?
- Bệnh nhân rất mệt, đau đầu, đau bụng?
- Giảm khả năng lao động trí óc, trí tuệ kém phát triển không?
- Cảm giác ớn lạnh.
- Rối loạn chức năng sinh dục, rối loạn kinh nguyệt không?
- Sút cân.

2.1.2. Nhận định qua quan sát bệnh nhân

Người điều dưỡng có thể quan sát thấy bệnh nhân có các triệu chứng:

- Mệt mỏi, sạm da và niêm mạc đặc biệt ở các nếp gấp giữa lòng bàn tay, sọ cũ, niêm mạc miệng, lưỡi, vòm họng.
- Bệnh nhân có tím tái da và niêm mạc.
- Xuất huyết kết mạc, niêm mạc miệng.
- Rối loạn ý thức, hôn mê

2.1.3. Nhận định qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra dấu hiệu sống, thấy huyết áp hạ.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, đau bụng, có triệu chứng của viêm dạ dày - tá tràng mạn tính.
- Triệu chứng cứng gáy, co giật.

2.1.4. Thu thập các thông tin

Qua hỏi bệnh, quan sát và thăm khám. Người điều dưỡng phải biết tập hợp các thông tin cần thiết, theo thứ tự ưu tiên để có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua hỏi bệnh, quan sát và thăm khám ở bệnh nhân suy thượng thận cấp, một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân như sau:

- Bệnh nhân rất mệt mỏi, tiêu chảy do giảm nồng độ hormon.
- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Nguy cơ phù não do truyền dịch vào quá nhiều.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi thích hợp.
- Chế độ ăn đảm bảo năng lượng.
- Lập kế hoạch thực hiện các y lệnh: uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định, làm các xét nghiệm cơ bản.
- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, tiếng tim.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây khởi phát bệnh.
- Hướng dẫn bệnh nhân biết phát hiện các dấu chứng nặng.
- Hướng dẫn cách sử dụng thuốc corticoid.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Phải có kế hoạch và thực hiện kế hoạch hết sức khẩn trương.
- Tích cực chống sốc: bằng dịch truyền và thuốc. Không được sử dụng các loại thuốc ngủ và an thần.
- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi thích hợp.
- Chế độ ăn đảm bảo năng lượng.

2.4.2. Lập kế hoạch thực hiện các y lệnh

- Chuẩn bị các phương tiện cấp cứu.
- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.4.3. Kế hoạch theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, tiếng tim.
- Các dấu hiệu lâm sàng: tình trạng tinh thần, tiêu hoá, thần kinh...
- Theo dõi các xét nghiệm như: ure, creatinin máu, đường máu, điện giải đồ, nồng độ corticoid trong máu và nước tiểu.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Theo dõi thực hiện y lệnh và tiến triển của bệnh.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây khởi phát bệnh.
- Hướng dẫn bệnh nhân biết phát hiện các dấu chứng nặng.
- Bệnh nhân phải được hướng dẫn cách sử dụng corticoid:
 - + Thuốc uống nên chia 2 lần: 2/3 liều dùng vào 8 giờ sáng, 1/3 liều còn lại dùng vào buổi chiều.
 - + Uống thuốc sau khi ăn (khi no). Nếu liều < 20 mg/ngày có thể uống một lần vào buổi sáng sau khi ăn.
- Bệnh nhân và gia đình cần biết các tác dụng phụ có thể xảy ra khi sử dụng corticoid: béo phì, trứng cá, teo da, mệt mỏi, thủng hoặc xuất huyết dạ dày - tá tràng, tăng huyết áp, suy thượng thận, rối loạn cảm giác, rối loạn tâm thần, loãng xương...
- Tránh các stress về tinh thần, chấn thương, phẫu thuật...

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Việc chăm sóc bệnh nhân có hiệu quả khi:

- Bệnh nhân khỏe, ăn ngon miệng, cảm giác thoải mái.
- Cân nặng trở lại bình thường.
- Các triệu chứng lâm sàng giảm hoặc mất.
- Phục hồi lại bình thường các xét nghiệm máu và nước tiểu.
- Duy trì được bình thường nồng độ đường trong máu khi đói.
- Bệnh nhân được yên tâm thoải mái khi nằm viện và có sự hiểu biết nhất định về bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các nguyên nhân suy thượng thận cấp.
2. Nêu triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng suy thượng thận cấp.
3. Trình bày quy trình điều dưỡng trong suy thượng thận cấp.
4. Đánh dấu x vào những câu đúng về các biện pháp chung trong chăm sóc bệnh nhân suy thượng thận cấp:
 - A. Phải có kế hoạch và thực hiện kế hoạch hết sức khẩn trương.
 - B. Tích cực chống sốc.
 - C. Sử dụng các loại thuốc ngủ và an thần.
 - D. Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi thích hợp.
 - E. Chế độ ăn đảm bảo năng lượng.
5. Khi nhận định có thể biết được nguyên nhân gây suy thượng thận cấp, ngoại trừ:
 - a. Sau stress như chấn thương, phẫu thuật
 - b. Ngừng corticoid một cách từ từ
 - c. Sau mổ cắt bỏ cả hai tuyến thượng thận
 - d. Sau suy chức năng tuyến yên cấp
 - e. Nhiễm khuẩn huyết.

Bài 21

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THIẾU MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của bệnh thiếu máu.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thiếu máu.

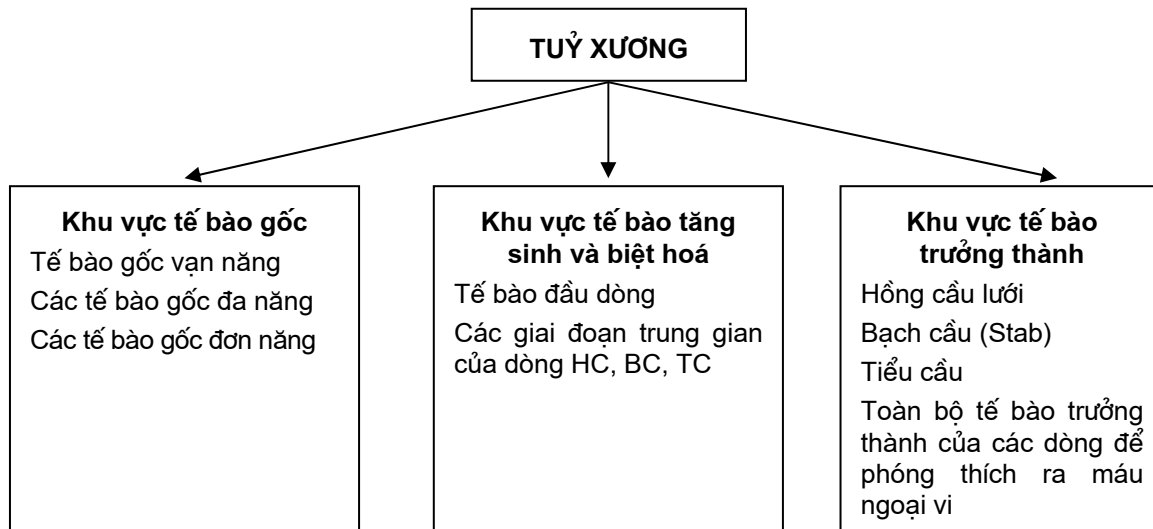
1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương về huyết học

1.1.1. Các dòng tế bào máu

Tủy xương sinh ra máu là nơi duy nhất có đủ các yếu tố thuận lợi để các tế bào gốc tạo máu tăng sinh biệt hoá và trưởng thành. Có 3 khu vực chính là:

- Khu vực tế bào gốc.
- Khu vực tế bào tăng sinh -biệt hoá.
- Khu vực tế bào trưởng thành để ra máu ngoại vi, thực hiện chức năng của nó.



Hình 21.1. Các dòng tế bào máu

1.1.2. Sinh lý máu

Máu là một chất lưu thông khắp cơ thể, chức năng của máu rất quan trọng và cũng rất phức tạp, bao gồm:

- Chức năng hô hấp: huyết cầu tố của hồng cầu chuyên chở oxy (O_2) và carbonic (CO_2) trao đổi giữa các phế nang và các tổ chức tế bào để đảm bảo chức năng hô hấp.
- Chức năng dinh dưỡng: máu vận chuyển các chất dinh dưỡng cơ bản là glucose, các acid béo, các vitamin từ các dung mao của ruột non đến các tổ chức tế bào.
- Chức năng đào thải: máu lưu thông khắp cơ thể, lấy những chất cặn bã của chuyển hoá ở các tế bào đưa đến các cơ quan bài tiết như: thận, phổi, ruột, tuyến mồ hôi...
- Chức năng điều hoà các cơ quan: máu chứa đựng nhiều sản phẩm phức tạp của các loại tế bào, trong đó có những hormon của các tuyến nội tiết có tác dụng làm tăng hoặc giảm hoạt động của nhiều cơ quan.
- Chức năng điều hoà nhiệt độ cơ thể: máu có nhiều khả năng làm tăng hoặc giảm nhiệt độ cơ thể một cách nhanh chóng. Vì máu chứa đựng nhiều nước, mà tỷ nhiệt của nước cao hơn tỷ nhiệt các dịch khác, nước bốc hơi lấy đi nhiều nhiệt, làm giảm nhiệt cho cơ thể lúc chướng nóng. Nước chứa đựng nhiều nhiệt để chuyển đến các cơ quan lúc chướng lạnh. Nước trong máu là chất dẫn nhiệt tốt, rất nhạy có thể đem nhiệt đến những nơi cần thiết rất nhanh chóng. Máu là một lò sưởi lưu động trong cơ thể.
- Chức năng bảo vệ cơ thể: các loại bạch cầu của máu có khả năng thực bào, thôn tính và tiêu diệt vi khuẩn. Ngoài ra trong máu có nhiều chất kháng thể, kháng độc tố, tiêu diệt độc để bảo vệ cơ thể.
- Khối lượng máu trong cơ thể chiếm 7-9% tổng trọng lượng cơ thể tức là 1/13 thể trọng. Một người trưởng thành có khoảng 75 ml máu trong mỗi kg trọng lượng cơ thể. Nếu người có cân nặng 50 kg thì tổng lượng máu trong cơ thể người đó gần 4 lít.
- Trong máu, huyết tương chiếm 54% tổng lượng còn huyết cầu chiếm 46%. Huyết cầu gồm có hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu. Huyết tương gồm huyết thanh và fibrinogen.

1.1.3. Sinh lý và sinh hoá của dòng hồng cầu

Hồng cầu trưởng thành trong máu ngoại vi là một loại tế bào rất biệt hoá, không có nhân, hình đĩa lõm kép, đường kính $7\mu m$ dày $1\mu m$, có chức năng vận chuyển oxy.

Hồng cầu sinh ra ở tuỷ xương và phát triển qua nhiều giai đoạn từ nguyên tiền hồng cầu rồi đến nguyên hồng cầu ưa base rồi đến nguyên hồng cầu đa sắc và cuối cùng là nguyên hồng cầu ưa acid.

Hồng cầu trưởng thành sống được 120 ngày, sau đó bị chết ở tổ chức liên võng nội mô (gan, lách, tủy, xương...). Những yếu tố cần thiết cho sự sinh sản dòng hồng cầu: protein, Fe^{++} , acid folic, vitamin B_{12} , vitamin B_6 .

1.2. Định nghĩa và nguyên nhân sinh bệnh thiếu máu

- Định nghĩa: thiếu máu là một tình trạng giảm số lượng hồng cầu, giảm huyết sắc tố (hemoglobin: Hb) và hematocrit dưới 40%. Về mặt sinh lý, gọi là thiếu máu khi có giảm tỉ lệ Hb dùng để cung cấp oxy cho cơ thể. Tan hồng cầu chủ yếu xảy ra ở thực bào của hệ liên võng nội mạc nhất là ở gan và lách, làm phát sinh ra bilirubin đi vào dòng máu. Nếu tan máu xảy ra trong dòng máu thì sẽ có hemoglobin máu, nếu Hb máu cao quá 100 mg % thì Hb mới ra nước tiểu và nước tiểu sẽ có màu thẫm hoặc màu đen (đái ra huyết sắc tố).
- Có thể do tủy xương giảm sản xuất hồng cầu, hoặc do tăng phá huỷ hồng cầu ở tuần hoàn hoặc do mất máu. Nguyên nhân thường gặp:
 - + Thiếu máu nhược sắc: do mất máu ít một.
 - + Thiếu máu do tan máu.
 - + Thiếu máu do tủy xương, thường có giảm cả 3 dòng tế bào.

1.3. Các biểu hiện lâm sàng

- Thiếu máu có thể cấp tính hoặc mạn tính: thiếu máu mạn tính có hồng cầu 2 triệu / mm^3 , không nguy kịch bằng thiếu máu cấp có hồng cầu 2 triệu / mm^3 . Hematocrit giảm dưới 25% là đặc biệt nguy kịch nếu là mất máu cấp.
- Thiếu máu mạn tính, có thể định lượng Hb trong máu.
- Các biểu hiện lâm sàng có liên quan đến mức độ mất máu:
 - + Hay chóng mặt, hồi hộp.
 - + Mệt yếu, khó thở khi gắng sức.
 - + Khó thở liên tục, suy tim.
 - + Các dấu hiệu lâm sàng còn phụ thuộc vào trạng thái bệnh lý, hoạt động của bệnh nhân, tuổi tác.
- Khám thực thể:
 - + Da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay khô lõm.
 - + Sốt thường có trong bệnh máu ác tính.
 - + Mạch nhanh, huyết áp hạ nếu mất máu cấp.
 - + Nghe tim có tiếng thổi tâm thu.
 - + Rối loạn ý thức bắt đầu khi hồng cầu dưới 1 triệu ở người mất máu cấp.

- + Gan to trong suy tim do thiếu máu mạn.
- + Lách to trong cường lách.
- + Hạch, lách, gan to trong bệnh lơ xê mi cấp.

Các dấu hiệu lâm sàng chỉ có tính chất gợi ý, muốn có chẩn đoán dương tính và chẩn đoán nguyên nhân phải xét nghiệm. Đối chiếu các kết quả xét nghiệm và lâm sàng sẽ giúp xác định mức độ nặng, nhẹ của bệnh nhân.

1.4. Xử trí

- Xử trí thiếu máu nhằm thay thế số lượng hồng cầu đã mất, bằng truyền máu phục hồi lại lượng máu đã mất.
- Giải quyết nguyên nhân gây thiếu máu.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THIẾU MÁU

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh nhân

- Chóng mặt, hồi hộp khi nào?
- Có đau đầu không
- Chế độ ăn uống trước đó?
- Có chán ăn, buồn nôn, nôn không?
- Có đau ở vùng thượng vị không? Có tiền sử viêm loét dạ dày - tá tràng không?
- Khó thở khi gắng sức hay khó thở liên tục.
- Màu sắc nước tiểu như thế nào? thẫm hoặc đen.
- Có đi ngoài ra máu tươi không? hoặc đi ngoài có phân đen không để biết được bệnh nhân thiếu máu từ khi nào?
- Bệnh nhân có bị bệnh trĩ không?
- Nếu bệnh nhân là phụ nữ: hỏi bệnh nhân có bị rong kinh không?
- Nghề nghiệp của bệnh nhân: tiếp xúc chất độc, nông dân tiếp xúc với phân tươi dễ bị thiếu máu do giun móc.
- Các thuốc đã sử dụng?
- Diễn biến của bệnh như thế nào: có nặng lên hay từng đợt tự lui bệnh

2.1.2. Nhận định bằng quan sát

- Nhận thấy bệnh nhân mệt mỏi, kích thích hay hôn mê.
- Da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay khô lõm.

- Chảy máu ngoài da: vết hoặc nốt xuất huyết, nốt tím ở chỗ tiêm.
- Loét ở trong họng và mồm.
- Khó thở khi gắng sức hay khó thở liên tục, biểu hiện:
 - + Cánh mũi phập phồng
 - + Co kéo cơ hô hấp.
- Tình trạng phù của bệnh nhân.
- Số lượng và màu sắc của nước tiểu

2.1.3. Nhận định bằng thăm khám

- Dấu hiệu sống: mạch nhanh, huyết áp có thể hạ và thân nhiệt có thể tăng.
- Khám hạch: hạch to hay nhỏ, vị trí...
- Khám bụng: tình trạng gan, lách, cổ trướng hay các điểm đau...
- Khám tim: có thể có tiếng thổi tâm thu...
- Khám da và niêm mạc: nhợt nhạt, dấu xuất huyết...
- Các xét nghiệm: công thức máu, chức năng thận, giun móc....

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân thiếu máu như sau:

- Chóng mặt do thiếu máu.
- Nhanh mệt, khó thở khi gắng sức do thiếu máu.
- Nguy cơ suy tim do thiếu máu không được điều trị.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thiếu máu mạn tính

- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, hạn chế vận động, nằm đầu thấp.
- Hỗ trợ bệnh nhân hoạt động bình thường vừa phải tránh gắng sức.
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ.
- Vệ sinh hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh: thuốc tiêm, thuốc uống và đặc biệt là truyền máu.
- Thực hiện các xét nghiệm cơ bản: máu, nước tiểu, phân...
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và thân nhân về các nguyên nhân và nguy cơ xảy ra khi thiếu máu và các biểu hiện lâm sàng của thiếu máu.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Giúp bệnh nhân hoạt động bình thường vừa phải, hạn chế gắng sức.
- Có kế hoạch làm việc và nghỉ ngơi.
- Trấn an cho bệnh nhân.
- Giúp bệnh nhân ngồi dậy từ từ chờ một vài phút rồi đứng dậy đi.
- Giải thích cho thân nhân bệnh nhân rõ tình trạng của bệnh nhân để giảm bớt công việc, trách nhiệm cho người bệnh.
- Giúp bệnh nhân giảm triệu chứng suy tim.
- Cho bệnh nhân thở oxy bằng ống thông mũi (nếu cần).
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng:
 - + Chế độ ăn giàu protein, giàu calo: protein 1-1,5g/kg cơ thể, glucid 65-70% tổng số calo.
 - + Các vitamin cần nhiều: B₆-B₁₂-C.
 - + Nhu cầu về calo vào khoảng 2000-2400 calo/ngày.
 - + Cho bệnh nhân ăn nhừ, nhiều sợi xơ, nghiền nát, có nhiều nước dễ tiêu.
- Vệ sinh hàng ngày:
 - + Vệ sinh răng, mũi, miệng sạch sẽ để ngăn ngừa vi khuẩn và phòng bội nhiễm. Hàng ngày phải lau người, tay chân bằng nước ấm.
 - + Vệ sinh mắt: rửa bằng khăn riêng, 1-2 lần /ngày, nhỏ mắt bằng cloramphenicol 0,4% rửa từ đuôi mắt đến đầu mắt bằng nước sạch.
 - + Sáng và tối trước khi đi ngủ lau răng sạch hoặc đánh răng cho bệnh nhân bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc cho bệnh nhân súc miệng bằng nước oxy già 12 thể tích, chấm các vết loét bằng glycerin borat (nếu bệnh nhân không tự làm được).

2.4.2. Thực hiện y lệnh của bác sỹ

- Truyền máu đồng nhóm toàn phần hay hồng cầu khối là một chỉ định cần thiết và quan trọng để giúp bệnh nhân giảm các triệu chứng.
- Các loại thuốc tiêm, thuốc uống.
- Trước khi tiêm truyền phải thực hiện 5 đúng, phản ứng tại giường. Khi truyền máu phải theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện các tai biến và báo bác sỹ kịp thời xử lý.
- Thực hiện các xét nghiệm cơ bản:

- + Máu: công thức máu, định lượng bilirubin máu, fibrinogen, máu chảy, máu đông, nhóm máu.
- + X quang tim phổi.
- + Tuỷ đồ, huyết đồ, hạch đồ.
- + Nước tiểu: tìm Hb niệu.
- + Phân: tìm giun móc.

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần /ngày hoặc theo chỉ định của bác sỹ.
- Theo dõi chảy máu: chảy máu cam, máu lợi, màng tiếp hợp mắt, vết, nốt xuất huyết...
- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng của thiếu máu.
- Theo dõi tinh thần bệnh nhân.
- Theo dõi số lượng hồng cầu (qua xét nghiệm).
- Theo dõi phân, chất nôn.
- Theo dõi tình trạng bụng, các hạch ngoại biên.
- Ngoài ra còn theo dõi nước tiểu, điện tâm đồ, cân nặng, chiếu chụp tim phổi.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân và thân nhân

- Cần có chế độ lao động, nghỉ ngơi đúng sau khi khỏi bệnh.
- Cần có chế độ ăn uống giàu protein, giàu calo, ăn thức ăn nhiều chất sắt.
- Lựa chọn công việc thích hợp.
- Công nhân hầm lò khi làm việc cần đi bột.
- Nông dân không được bón phân tươi cho hoa màu.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân biết cách sử dụng hố xí 2 ngăn.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân biết chu kỳ của giun móc để phòng bệnh.
- Tránh ăn uống nhiều những chất kích thích như: rượu, ớt, hạt tiêu. Ăn hoa quả: chuối, cam, nho, dưa hấu... Ăn rau: rau muống, rau dền, đậu, giá, đỗ...
- Tránh mắc bệnh trĩ.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện các kế hoạch chăm sóc và so sánh với nhận định ban đầu để đánh giá tình hình hiện tại.

- Dấu hiệu sống của bệnh nhân.

- Da và niêm mạc trở lại bình thường
- Bệnh nhân mệt, chóng mặt và hồi hộp.
- Tình trạng sốt.
- Tình trạng xuất huyết.
- Các kết quả xét nghiệm trở lại bình thường sau điều trị.
- Đánh giá xem chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng nhu cầu bệnh nhân hay không?

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các nguyên nhân thiếu máu thường gặp.
2. Trình bày các triệu chứng cận lâm sàng có liên quan đến mức độ mất máu.
3. Chăm sóc cơ bản thiếu máu mạn tính nhằm các mục đích sau, **ngoại trừ**:
 - a. Giúp bệnh nhân hoạt động bình thường.
 - b. Giúp bệnh nhân tránh được suy tim.
 - c. Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ.
 - d. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
 - e. Vệ sinh hàng ngày.
4. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn ở bệnh nhân thiếu máu nặng:
 - a. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 1 lần /1 ngày.
 - b. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần /1 ngày.
 - c. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 3 lần /1 ngày.
 - d. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 4 lần /1 ngày.
 - e. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo chỉ định của bác sĩ.

ĐÁP ÁN

Bài 1. Thăm khám Tim - Mạch

4.E

5.B

Bài 2. Chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp

3 (A), (B), (C)

4. (A), (B), (D), (E)

5.1. E

5.2. D

Bài 3. Chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim

3. (A), (B), (C)

4.1. D

4.2. E

Bài 4. Chăm sóc bệnh nhân thấp tim

4. (C), (D)

5.1. B

5.2. B

5.3. A

Bài 5. Chăm sóc bệnh nhân hẹp van hai lá

4. (A), (B), (D), (E)

5.1. B

5.2. E

Bài 6. Chăm sóc bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim

3. (B), (C), (D), (F), (G)

4.1. A

4.2. D

Bài 7. Chăm sóc bệnh nhân tai biến mạch máu não

- 3. (A), (B), (C), (E), (F)
- 4. B

Bài 8. Chăm sóc bệnh nhân viêm nội tâm mạc

- 4. B, D, E, F
- 5.1. C
- 5.2. E

Bài 9. Chăm sóc bệnh nhân phù phổi cấp

- 3. (A), (B), (C), (E)
- 4.1. C
- 4.2. A

Bài 10. Chăm sóc bệnh nhân suy tim

- 3. (B), (C), (D), (E)
- 4.1. E
- 4.2. E

Bài 11. Thăm khám hệ hô hấp

- 3. (A), (B), (C)
- 4. B

Bài 12. Chăm sóc bệnh nhân viêm phổi thùy

- 3. B
- 4. A

Bài 13. Chăm sóc bệnh nhân viêm phế quản

- 3. A
- 4. E

Bài 14. Chăm sóc bệnh nhân tràn dịch màng phổi

- 3. (B), (C), (D), (E)
- 4.1. A
- 4.2. E

Bài 15. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản

- 3. B
- 4. C
- 5. E

Bài 16. Chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi

- 4. B
- 5. D

Bài 17. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường

- 4. A
- 5. B
- 6. E
- 7. B

Bài 18. Chăm sóc bệnh nhân bị bệnh Basedow

- 2. D
- 3. E
- 4. A
- 5.1. (A), (C)
- 5.2. (B), (C), (D)

Bài 19. Liệu pháp Corticoid

- 4. (A), (B), (C), (D), (E), (F), (G)
- 5. C

Bài 20. Chăm sóc bệnh nhân suy thượng thận cấp

- 4. (A), (B), (D), (E)
- 5. B

Bài 21. Chăm sóc bệnh nhân thiếu máu

- 3. D
- 4. B

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Sinh lý bệnh và miễn dịch học. Trường đại học Y khoa Huế.
2. Bệnh học Nội khoa tập I (2003). Trường Đại học Y khoa Huế.
3. Bệnh học Nội khoa tập II (2003). Trường Đại học Y khoa Huế.
4. Điều dưỡng Nội Khoa (1999), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Điều trị Nội khoa tập I, Trường đại học Y Hà Nội.
6. Điều trị Nội khoa tập II, Trường đại học Y Hà Nội.
7. Đỗ Xuân Chương (1992) "Bài giảng bệnh học nội khoa sau đại học, tập II. Học viện quân y.
8. Hoàng Trọng Thắng (2001) "Giáo trình sau Đại học bệnh tiêu hóa gan mật.
9. Nguyễn Văn Hân, Nguyễn Đình Hối (1995) "Ung thư dạ dày. NXB Hà Nội.
10. Triệu chứng học Nội khoa, tập I (2000). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. Triệu chứng học Nội khoa, tập II, (2000). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. Vũ Công Hòa, Vi Huyền Trác, Nguyễn Vượng (1993), "Giải phẫu bệnh" NXB Y học, Hà Nội.
13. Vũ Văn Đính (1987) "Xử trí cấp cứu nội khoa" Nhà xuất bản Y học.

Tiếng Anh

14. Crisp and Taylor (2005), Fundamentals of Nursing.
15. Joyce M. Black and Esther Matassarini - Jacobs (1993), Medical - Surgical Nursing.
16. Priscilla LeMone - Karen M. Burkert (1996), Medical-Surgical Nursing.
17. Ruth F. Craven and Constance J. Hirnle (2000), Fundamentals of Nursing.

- Động mạch não sau: bán manh cùng bên, lú lẫn tâm thần, quên (hội chứng Korsakoff), nếu hai bên thì mù vỏ não nhưng còn phản xạ đối với ánh sáng, có thể có rối loạn cảm giác 1/2 người do tổn thương đồi thị (hội chứng Dejerine-Roussy), múa giật, múa vờn.
- Nhanh là chụp não cắt lớp vi tính cho thấy vùng tăng tỷ trọng, sau hai tuần thì giảm tỷ trọng dần và tiến tới đồng tỷ trọng nhưng còn thấy dấu hiệu đè ép, sau một thời gian để lại hình dấu phẩy giảm tỷ trọng.

Đa số trường hợp vi khuẩn gây bệnh là liên cầu, thường là liên cầu nhóm D, là vi khuẩn thường gặp trong Osler, ít nhạy cảm với penicillin. Liên cầu tan huyết α và liên cầu tan huyết β rất nhạy cảm với penicillin, ngoài ra còn gặp viêm nội tâm mạc do liên cầu. Hiện nay tụ cầu là vi khuẩn cũng hay gặp là do nhiễm trùng huyết sau nạo phá thai (loại này thường nặng, tỉ lệ tử vong cao do đề kháng với nhiều loại kháng sinh). Ngoài ra cũng có thể gặp viêm nội tâm mạc do trực trùng Salmonella, Brucella.

- Sốt > 38°C.

C. □ Đờm trong giãn phế quản số lượng nhiều, có 4 lớp.

- Run tay, yếu cơ và teo cơ là những dấu chứng thuộc thần kinh cơ do nhiễm độc giáp, run thường ưu thế ở đầu ngón tay. Run thường xuyên, gia tăng khi xúc động hoặc lúc ít hoạt động, thường kết hợp với vụng về. Teo cơ thường gặp ở cơ gốc, kết hợp với yếu cơ.