

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG NỘI

TẬP 2

SÁCH ĐÀO TẠO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: Đ.34.Z.05

Chủ biên: TS. Lê Văn An

TS. Hoàng Văn Ngoạn

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2008

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học & Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

TS. Lê Văn An

TS. Hoàng Văn Ngoạn

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 2* 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 2* 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 2 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 2 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

Bài 1. Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng thận và tiết niệu	9
Bài 2. Chăm sóc bệnh nhân viêm cầu thận cấp	22
Bài 3. Chăm sóc bệnh nhân hội chứng thận hư	32
Bài 4. Chăm sóc bệnh nhân viêm thận bể thận	42
Bài 5. Chăm sóc bệnh nhân suy thận cấp	49
Bài 6. Chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn	59
Bài 7. Chăm sóc bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ	67
Bài 8. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng cơ -xương-khớp	75
Bài 9. Chăm sóc bệnh nhân viêm khớp dạng thấp	88
Bài 10. Chăm sóc bệnh nhân thoái khớp	96
Bài 11. Chăm sóc bệnh nhân viêm cột sống dính khớp	104
Bài 12. Chăm sóc bệnh nhân bị Gút	113
Bài 13. Thăm khám lâm sàng bộ máy tiêu hóa	121
Bài 14. Chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày tá tràng	139
Bài 15. Chăm sóc bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối	152
Bài 16. Chăm sóc bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa	163
Bài 17. Chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp	172
Bài 18. Chăm sóc bệnh nhân xơ gan	180
Bài 19. Chăm sóc bệnh nhân viêm đường mật cấp	190
Bài 20. Chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu	198
Bài 21. Chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thức ăn	210
Bài 22. Chăm sóc nhiễm HIV tại cộng đồng	217
Đáp án.	228

Bài 1

THĂM KHÁM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THẬN VÀ TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng của thận và hệ tiết niệu
2. Thực hiện được cách khám lâm sàng thận và tiết niệu

1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU

1.1. Thận

- Bình thường ở người có hai thận nằm ở hố sườn thất lưng, sau phúc mạc. Thận người lớn hình bầu dục, dài 12cm, rộng 6cm, dày 3cm, nặng 130-150 gram.
- Thận có liên quan cực trên với xương sườn 11-12, phía trước liên quan tới phúc mạc và các tạng trong phúc mạc.
- Thận được bọc trong một bao sợi, cấu tạo thận gồm hơn một triệu đơn vị Nephron. Mỗi Nephron bắt đầu từ cuộn mao mạch trong bao Bowman.
- Cầu thận có chức năng lọc, các ống lượn và quai Henle có chức năng tái hấp thu và bài tiết. Các ống này hợp lại đổ vào ống góp, cuối cùng đổ vào tiểu đài thận.
- Thận ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ không thể cô đặc nước tiểu một cách có hiệu quả. Vì vậy màu sắc nước tiểu có màu vàng nhạt hay trong.
- Trẻ sơ sinh và trẻ em bài tiết một lượng nước tiểu 400 đến 500 ml mỗi ngày. Trẻ lớn và người lớn thường tiểu khoảng 1500-1600 ml một ngày. Thận cô đặc nước tiểu rất hiệu quả nên nước tiểu có màu hổ phách.
- Đài bể thận:
 - + Đài bể thận tạo thành khoang hứng và chứa nước tiểu liên quan với củng thận.
 - + Hệ thống đài thận: các đài nhỏ tiếp từ hai hay nhiều gai thận và đổ vào 2-3 đài lớn trên, giữa và dưới. Các đài lớn đổ vào bể thận.

- + Bể thận hình phễu nằm một phần trong thận, một phần ngoài thận, liên quan trực tiếp với cuống thận ở phía trước.
- + Hệ thống đài bể thận có cấu trúc phần lớn là lớp cơ vòng chạy theo hướng từ đài bể thận xuống niệu quản tạo thành nhu động thuận chiều cho sự bài tiết nước tiểu.

1.2. Niệu quản

Niệu quản tiếp từ bể thận tới bàng quang dài chừng 25cm. Niệu quản nằm ép sau thành bụng đi thẳng xuống eo trên bắt chéo trước động mạch chậu, chạy vào chậu hông rồi chệch ra trước và đổ vào mặt sau bàng quang. Niệu quản có ba chỗ hẹp:

- Đoạn nối tiếp bể thận niệu quản 2 cm
 - Đoạn niệu quản bắt chéo động mạch chậu 4 mm
 - Đoạn nối niệu quản bàng quang, lỗ niệu quản 3-4 mm
- Các đoạn khác niệu quản có đường kính lớn hơn.

Niệu quản chia làm 4 đoạn có liên quan với các bộ phận lân cận

1.2.1. Đoạn thất lưng

Liên quan phía trong bên phải với tĩnh mạch chủ, bên trái với động mạch chủ. Niệu quản đoạn này cùng đi song song xuống hố chậu cùng động tĩnh mạch sinh dục.

1.2.2. Đoạn chậu

Bắt chéo động mạch chậu gốc trên chỗ chia nhánh 1,5 cm.

1.2.3. Đoạn chậu hông

Ở nam, niệu quản lách giữa bàng quang và túi tinh, bắt chéo ống tinh ở phía sau.

Ở nữ giới, niệu quản khi đi qua đáy dây chằng rộng từ trên xuống bắt chéo động mạch tử cung.

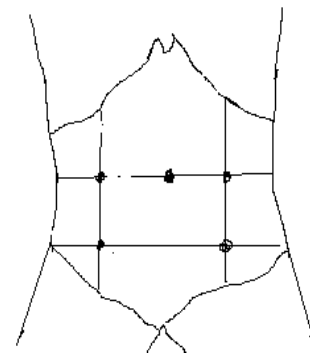
1.2.4. Đoạn bàng quang (niệu quản thành)

Niệu quản đi vào thành bàng quang có độ chệch xuống dưới vào trong thành một van sinh lý có tác dụng tránh trào ngược bàng quang niệu quản.

Niệu quản có cấu trúc: các lớp cơ dọc ở ngoài cơ vòng ở trong tạo thành nhu động thuận chiều của niệu quản từ trên thận xuống bàng quang.

Về lâm sàng người ta chia làm 3 đoạn:

- Niệu quản trên: có 2 điểm, nằm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng và đường ngang rốn.



Hình 1.1. Các điểm niệu quản trên và giữa

- Niệu quản giữa: có 2 điểm, nằm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng và đường nối qua 2 gai chậu trước trên.
- Niệu quản dưới (niệu quản thành): nằm ở thành bàng quang

1.3. Bàng quang

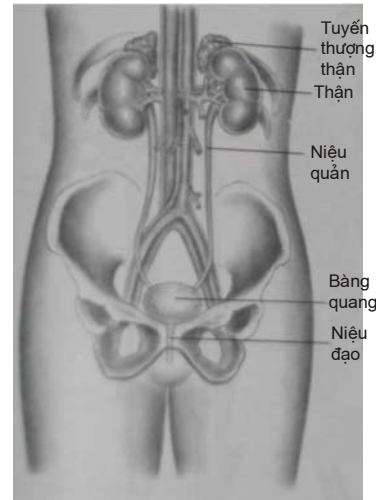
Là một tạng rỗng hình chỏm cầu nằm dưới phúc mạc, trong chậu hông bé, sau xương mu, trước các tạng sinh dục và trực tràng.

Bàng quang có cấu trúc của cơ gồm thớ dọc ở ngoài, cơ vòng ở giữa, cơ chéo ở trong tạo nên chức năng bàng quang chứa đựng, mở tháo nước tiểu một cách sinh lý, chủ động. Hai lỗ niệu quản và lỗ niệu đạo tạo thành ba góc của tam giác bàng quang.

1.4. Niệu đạo

Niệu đạo nữ giới đi từ cổ bàng quang ra đáy chậu ở âm hộ. Đường đi hơi chệch xuống dưới ra trước song song với âm đạo. Niệu đạo nam giới từ cổ bàng quang qua đáy chậu tới dương vật, dài 17cm gồm:

- Niệu đạo tuyến tiền liệt ngay dưới cổ bàng quang có tuyến tiền liệt bao quanh.
- Niệu đạo màng xuyên qua cân đáy chậu giữa có cơ thắt vân bao quanh
- Niệu đạo dương vật đi trong vật xóp.



1.5. Tuyến tiền liệt

Tiền liệt tuyến là một tuyến tiết tinh dịch dưới cổ bàng quang, quanh niệu đạo. Tuyến tiền liệt ở tuổi hoạt động sinh dục nặng khoảng 20-25 gram, có vỏ xơ mỏng bọc quanh tuyến.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Khám lâm sàng hệ tiết niệu bao gồm khám thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo, ở nam giới còn khám thêm tiền liệt tuyến. Khám hệ tiết niệu cần khám có hệ thống từ trên xuống dưới theo thứ tự giải phẫu. Ngoài ra, cũng như các cơ quan khác khi khám hệ tiết niệu phải phối hợp thăm khám toàn thân.

2.1. Triệu chứng cơ năng

2.1.1. Cơ đau quặn thận

Đặc điểm cơn đau xuất phát thường ở vùng thắt lưng, vùng sườn lưng khởi phát đột ngột từng cơn dễ nhận biết. Cơn đau xuất hiện sau khi bệnh nhân lao

Hình 1.2. Hình ảnh thận và hệ tiết niệu (Medical-Surgical Nursing, Priscilla Lemone-Karen M. Burke, 1996)

động nặng, gánh vác, đi xa (khi gắng sức). Mức độ có thể đau dữ dội vã mồ hôi, co chân gập người, hay ưỡn người tỳ lên thành giường. Cơ đau sườn lưng, thắt lưng lan xuống hố chậu ra bộ phận sinh dục ngoài.

Cơ đau có thể kéo dài hàng giờ, cơn đau dịu đi khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau. Cơ đau cũng thường tái diễn.

Những dấu hiệu kèm theo cơn đau thận: bệnh nhân thường mệt rã, buồn đái, đái dắt, nôn hay buồn nôn, bụng trướng không trung tiện được.

Khi đang có cơn đau khám vùng thắt lưng thấy: cơ cứng cơ cột sống, thắt lưng. Khám bụng: phản ứng thành bụng nửa bụng bên đau.

Thể không điển hình: trường hợp bệnh nhân chỉ đau vùng thắt lưng, đau âm ỉ hàng ngày, hàng tuần.

Đau lưng: phân biệt đau cột sống, đau bụng dưới sườn như đau hố chậu phải, phân biệt viêm ruột thừa, viêm đại tràng, viêm phần phụ.

Cơ đau thận cần được xác định bằng các phương pháp cận lâm sàng: X quang, siêu âm, chụp niệu quản ngược dòng ...

Nguyên nhân: 2/3 trường hợp do sỏi tiết niệu, trong đó chủ yếu là sỏi niệu quản. Dị dạng bẩm sinh là nguyên nhân thứ hai sau sỏi tiết niệu, hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, ú nước đài bể thận. Nguyên nhân khác như cục máu đông ở niệu quản do ung thư, khối u đường tiết niệu, u ngoài đường tiết niệu (u tử cung). Cơ đau quận thận cần chẩn đoán phân biệt với:

- + Cơ đau quận gan.
- + Viêm ruột thừa ở bên phải.
- + Thai ngoài tử cung.
- + Thủng tạng rỗng, tắc ruột.
- + Viêm tụy cấp.

2.1.2. Cơ đau vùng tiểu khung và bộ phận sinh dục

Bệnh nhân đau ở vùng dưới rốn, vùng bàng quang và vùng tiểu khung, các cơn đau có nguồn gốc tiết niệu có đặc điểm như sau:

- Cơ đau âm ỉ, nặng nề khởi phát và diễn biến thường kèm theo các rối loạn tiểu tiện: đái dắt, đái buốt, đái ra máu.
- Cơ đau bàng quang liên quan đến tiểu tiện khẩn cấp thường nhận thấy ở bệnh nhân có sỏi niệu đạo, u tiền liệt tuyến.
- Đau do u tiền liệt tuyến là những cơn đau ở vùng hậu môn trực tràng, vùng đáy chậu. Cơ đau thường tăng lên khi ngồi hay đi ngoài.
- Đau tinh hoàn, mào tinh hoàn thường rất dữ dội từ bìu lan lên tới bẹn, hố chậu, thắt lưng.

2.1.3. Hội chứng kích thích

2.1.3.1. Đái dắt

Bình thường đi tiểu tiện chỉ khoảng 4-6 lần /ngày và không đái đêm. Đái dắt là hiện tượng luôn cần đi tiểu mặc dù vừa mới đi tiểu xong, đái nhiều lần trong ngày mỗi lần ít nước tiểu và nhất là đi tiểu về đêm, đôi khi cần tiểu gấp.

Nguyên nhân đái dắt rất đa dạng:

- Kích thích bàng quang do viêm bàng quang, dị vật, u tiểu khung.
- Ứ đọng nước tiểu trong bàng quang do u phì tiền liệt tuyến, túi thừa.
- Thay đổi thành phần nước tiểu (kiềm tính), đái ra phosphat.
- Do nguyên nhân thần kinh (cảm động) hay nội tiết (trong giai đoạn dậy thì).

2.1.3.2. Đái buốt

Là cảm giác đau rất khi đi tiểu, biểu hiện lâm sàng từ cảm giác đau, tức, nóng rất đến cảm giác buốt như châm trong bàng quang và lan theo niệu đạo khi đi tiểu.

Đái buốt luôn kèm theo đái rất nguyên nhân hay gặp:

- Viêm bàng quang, thành bàng quang phù nề nên có cảm giác đái buốt cuối bãi.
- Viêm niệu đạo đái buốt khi dòng nước tiểu đi qua niệu đạo: đái buốt đầu bãi.
- Sỏi bàng quang: đái buốt cuối bãi dữ dội lan theo niệu đạo và dương vật.

2.1.4. Hội chứng tắc nghẽn

2.1.4.1. Đái khó

Đái khó là sự đái ra không hết nước tiểu trong bàng quang nên tiểu tiện phải rặn, tia nhỏ không mạnh, không thành tia và nước tiểu giọt xuống chân, đái lâu vẫn còn cảm giác không hết nước tiểu. Đái khó là hậu quả của sự mất cân bằng của lực đẩy cơ bàng quang và động tác mở cổ bàng quang cơ thắt vân niệu đạo. Ngoài ra còn có nguyên nhân niệu đạo không lưu thông.

Biểu hiện lâm sàng đái khó khi có ứ đọng nước tiểu trong bàng quang, nhưng không căng: sau mỗi lần đi tiểu lượng nước tiểu còn ứ đọng dưới 100ml, hiện tượng này diễn ra rất lặng lẽ, nhưng thường có nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Đái khó bàng quang căng (nước tiểu ứ đọng trên 300ml) bệnh nhân cảm thấy khó chịu, tính tình thay đổi hay lo âu, cáu gắt, mệt mỏi, không dám ăn uống.

2.1.4.2. Bí tiểu

Bí tiểu là hiện tượng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang, bệnh nhân mót đái dữ dội mà không đái được, nước tiểu tiếp tục được thu thập ở bàng quang

làm thành bàng quang giãn ra và gây nên cảm giác tức, khó chịu. Bí đái khác với vô niệu, vô niệu là không có nước tiểu trong bàng quang, theo dõi trong hàng giờ /ngày, thông bàng quang không có nước tiểu (bình thường 40-60 ml/h) do thận ngừng bài tiết. Bí đái hoàn toàn diễn ra cấp tính, bệnh nhân mót tiểu dữ dội, đau vùng dưới rốn dựa có rặn nhưng không đi được. Cầu bàng quang căng to sờ nắn càng làm tăng cảm giác đau tức, khó chịu và buồn đái.

Bí đái không hoàn toàn là các trường hợp sau mỗi lần đi tiểu vẫn còn ứ đọng nước tiểu trong bàng quang trên 300ml, luôn sờ thấy cầu bàng quang.

Các dấu hiệu chính của bí tiểu cấp là: không có nước tiểu trong nhiều giờ và bàng quang căng. Những bệnh nhân đang chịu ảnh hưởng của thuốc tê và thuốc giảm đau có thể chỉ cảm thấy tức vùng hạ vị, nhưng những bệnh nhân tỉnh táo có thể thấy đau rất nhiều khi bàng quang căng. Khi bí tiểu dữ dội, bàng quang có thể giữ khoảng 2000 đến 3000 ml nước tiểu.

Bí tiểu có thể là hậu quả của sự tắc nghẽn niệu đạo, tổn thương do phẫu thuật, tổn thương thần kinh cảm giác và vận động của bàng quang, tác dụng phụ của thuốc và sự lo lắng của bệnh nhân.

2.1.4.3. Đái không chủ động (đái rỉ)

Đó là hiện tượng nước tiểu chảy ra, bệnh nhân không tự chủ được có thể bệnh nhân biết hay không biết. Đái rỉ còn xảy ra khi gắng sức, hoặc rỉ nước tiểu liên tục ở trẻ em gái do niệu quản lạc chỗ đồ thấp. Rỉ nước tiểu liên tục ở người già do rối loạn chức năng bàng quang cơ thất bởi các tổn thương ở não (khối u, tai biến mạch máu não, hội chứng Parkinson).

2.1.4.4. Những dạng lâm sàng khác

- Đái vội
- Đái dầm về ban đêm ...

2.1.5. Đái ra máu

Đái ra máu là khi đi tiểu nước tiểu màu đỏ có hồng cầu, đếm cặn Addis số lượng hồng cầu > 500.000 hc/phút. Phân biệt nước tiểu đỏ nhưng không phải đái ra máu: màu đỏ của thức ăn đồ uống, do thuốc rifampicin, phenothiazin, hay các trường hợp đái ra huyết sắc tố do các bệnh vỡ hồng cầu.

Nhìn bằng mắt thường nước tiểu đỏ, đái ra máu tươi và máu cục. Diễn biến tăng lên khi bệnh nhân đái ra máu có kèm theo cơn đau thắt lưng. Khi đái ra máu thẫm màu đổi dần thành màu nâu, sau đó màu vàng là thương tổn chảy máu tự cầm và đã ổn định.

Cách khởi phát: đột ngột không có triệu chứng gì báo trước hay đái ra máu xuất hiện sau cơn đau quặn thận, sau đợt lao động, đi xa, sau chấn thương thận bàng quang niệu đạo.

Với nghiệm pháp 3 cốc có thể nhận định được vị trí các thương tổn.

- Ba cốc đổ như nhau: đái ra máu toàn bãi, thương tổn ở niệu quản, thận
- Cốc thứ nhất đổ: đái ra máu đầu bãi, thương tổn ở niệu đạo, bàng quang
- Cốc thứ ba đổ: đái ra máu cuối bãi, tổn thương ở bàng quang

Đái ra máu nguyên nhân tiết niệu thường biểu hiện đái ra máu đỏ tươi và máu cục tụy không thường xuyên nhưng rất đặc hiệu.

Bảng 1.1. Một số nguyên nhân chính thường gây đái ra máu

Cơ quan	Tổn thương	Lâm sàng
Thận, niệu quản	Ung thư thận Các khối u thận niệu quản Sỏi thận, niệu quản Lao thận	Đái ra máu toàn bãi Đái ra máu toàn bãi khi vận động Đái ra máu kéo dài, từng đợt
Bàng quang	U, ung thư bàng quang	Đái ra máu cuối bãi, toàn bãi Đái ra máu cuối bãi, đái buốt, đái dắt
Tuyến tiền liệt	U tuyến tiền liệt Sỏi, viêm tuyến tiền liệt	Hội chứng đường tiết niệu thấp Đái ra máu đầu bãi
Niệu đạo	Sỏi niệu đạo Viêm niệu đạo	Đái ra máu đầu bãi, đái buốt, đái dắt

2.1.6. Đái ra mủ

Quan sát nước tiểu đựng trong cốc thủy tinh trong: nước tiểu đục (nước tiểu vẩn đục, hay nước tiểu đục như nước vo gạo, như sữa).

Phân biệt nước tiểu đục trắng do đái ra cặn phosphat: khi nhỏ acid acetic nước tiểu sẽ trong và lắng cặn.

- Nước tiểu đục trắng do đái ra albumin: khi hơi nóng albumin sẽ đông vón.
- Đái ra Urat: khi đun nóng nước tiểu sẽ trong
- Đái ra mủ khi nước tiểu vẩn đục, mủ trắng có bạch cầu thoái hoá, đếm cặn Addis số lượng bạch cầu 5000 bc /phút.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu với các vi khuẩn gây bệnh chỉ xác định khi các xét nghiệm vi sinh vật có số lượng vi khuẩn trên 10^5 /ml. Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở đường tiết niệu như E Coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, Pseudomonas.

Đái ra mủ và nhiễm khuẩn tiết niệu không phải bao giờ cũng đi đôi với nhau. Đái ra mủ không có nhiễm khuẩn (không có vi khuẩn trong nước tiểu) chiếm 20-25% các trường hợp bệnh lý tiết niệu thường gặp do sỏi, do dị dạng bẩm sinh.

2.2. Triệu chứng toàn thân

- Cơ thể gầy sút nhanh, thể trạng suy sụp thường gặp ở bệnh nhân bị bệnh tiết niệu. Chủ quan người bệnh biết giảm cân, mỗi một chén ăn, mất ngủ.
- Thiếu máu, mất nước điện giải như trong các bệnh viêm đài bể thận ứ nước, ứ mủ thận, suy thận, ure máu cao, ung thư.
- Sốt cao kéo dài 38-39,5°C. Những cơn sốt hay đợt sốt kéo dài không giải thích được nguyên nhân cũng có thể là dấu hiệu của ung thư thận.
- Phù: đặc điểm của phù do bệnh thận là phù mặt trước, sau đó phù chân, cuối cùng là phù toàn thân, nghỉ ngơi không hết phù.
- Tim mạch: nghe tiếng tim nhỏ, nhanh hoặc tiếng cọ màng ngoài tim khi tăng ure máu. Tăng huyết áp thường gặp trong các bệnh lý cầu thận...
- Soi đáy mắt: tổn thương trong bệnh thận mạn có tăng huyết áp.

2.3. Triệu chứng thực thể

Khám hệ tiết niệu: nguyên tắc khám toàn diện, khám cả hệ tiết niệu và sinh dục. Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa đùi hơi thấp.

Nhìn nhịp thở bụng, hình dạng bụng, hố chậu, dưới rốn, so sánh cả hai bên, nhận xét sự thay đổi.

Sờ nắn là chủ yếu, đánh giá thành bụng, phát hiện điểm đau, phát hiện khối u vùng thắt lưng với các tính chất: kích thước, hình dáng, mật độ, bề mặt, bờ, di động theo nhịp thở và các bộ phận xung quanh.

2.4. Các nghiệm pháp khám thận to

2.4.1. Nghiệm pháp chạm thắt lưng

Cách khám: khám bên nào thì người thầy thuốc đứng cùng bên với người bệnh, bàn tay bên đối diện đặt vào vùng thận (góc sườn lưng). Bàn tay kia đặt phía trên bụng song song với bờ sườn hay dọc theo bờ ngoài cơ thẳng to. Bàn tay dưới áp sát vùng sườn lưng, bàn tay trên ấn xuống, bình thường không có cảm giác gì. Nếu thận to sẽ có cảm giác một khối u chạm xuống bàn tay dưới: dấu hiệu chạm thắt lưng dương tính.



Hình 3. Nghiệm pháp chạm thắt lưng

2.4.2. Nghiệm pháp bập bênh thận

Bàn tay đặt dưới vùng sườn lưng hất nhẹ lên từng đợt và bàn tay trên bụng ấn nhẹ xuống. Nếu thận to sẽ thấy thận bập bênh giữa hai bàn tay: được gọi là dấu hiệu bập bênh thận dương tính.

Có thể khám một bàn tay: ngón tay cái phía trước, bốn ngón kia phía sau ép vào vùng sườn lưng. Nếu thận to khi bệnh nhân thở sẽ thấy thận di động lên xuống trong lòng bàn tay. Thường áp dụng khi khám thận trẻ em.

Thận to định nghĩa theo lâm sàng là có dấu hiệu chạm thắt lưng dương tính, hoặc X-quang, siêu âm phát hiện một vùng thận hay toàn bộ thận tăng khối lượng.

Khám thực thể dấu hiệu chạm thận dương tính cần phân biệt với thận sa (thận không to), các khối u thượng thận, u sau phúc mạc, bên phải phân thùy gan to, bên trái lách to. Ngược lại khám thực thể cũng có khi khó phát hiện thận to vì khối cơ thắt lưng dày ở người béo.

Thận to được chú ý phát hiện từ triệu chứng tiết niệu (đái máu, đau thắt lưng thể trạng toàn thân suy sụp) hay cũng có thể qua khám X-quang, siêu âm phát hiện thận to nhờ khám sức khỏe hàng loạt.



Hình 1.4. Nghiệm pháp bập bênh thận

2.5. Khám cầu bàng quang

Khi bệnh nhân bí đái có hội chứng tắc nghẽn đường tiết niệu thấp. Bàng quang căng ở ngay trên xương mu, dưới rốn và nổi lên một khối u tròn bằng quả cam ở vùng hạ vị hay lên tận rốn.

- Khối u tròn đỉnh lồi lên trên, ranh giới rõ, gõ đục, khối u căng và không di động.
- Ấn vào gây cảm giác buồn đi tiểu.
- Khi thông nước tiểu chảy ra và khối u đó mất.
- Thăm trực tràng hay âm đạo thấy khối u tròn căng và nhẵn.
- Phân biệt với khối u vùng tiểu khung: có thai, u xơ tử cung, u nang buồng trứng

2.6. Khám tuyến tiền liệt

Chủ yếu thăm trực tràng tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dang rộng và gấp. Người khám đứng giữa hai đùi hay bên phải. Dùng ngón tay trỏ có găng và bôi nhiều dầu trơn để thăm khám.

- Bình thường tiền liệt tuyến trên dưới 20 gam, mật độ mềm, căng như cao su, có rãnh giữa phân biệt hai thùy, ranh giới rõ, ấn không đau.
- U phì đại lành tính tiền liệt tuyến: sờ thấy khối u to đường kính trên 3-4cm, hay to bằng quả chanh trên 30 gam mật độ mềm căng, mất rãnh, ranh giới không rõ.
- Ung thư tiền liệt tuyến: tiền liệt tuyến rắn hay là một khối u rắn chắc không cân đối, ranh giới không rõ, không di động.

2.7. Khám vùng bìu bẹn

Chủ yếu là khi bệnh nhân có bìu to. Bình thường cả khối chỉ to bằng nắm tay, cân đối hai bên, da rất chun, mềm mại.

Những thay đổi trông thấy được: biến dạng bìu to hẳn lên, mất cân đối có khi to một bên, da thay đổi về màu sắc phù nề, sưng đỏ hay có ổ loét ở một vùng.

Sờ nắn chủ yếu bằng ngón tay cái và đối chiếu với 3 hay 4 ngón tay khác của một bàn tay hay hai bàn tay cầm cả hai bên.

- Dấu hiệu kẹp màng tinh hoàn: bình thường lớp da màng tinh hoàn có thể kẹp được giữa hai ngón tay. Khi có nước trong màng tinh hoàn hay khi tinh hoàn quá to ta không thể làm được dấu hiệu này.
- Sờ mào tinh hoàn và tinh hoàn: bình thường sờ được mào tinh hoàn như cái mũ chụp lên mào tinh hoàn. Mào tinh hoàn mềm nhẵn không đau, tinh hoàn mềm hình bầu dục nhẵn không đau.
- Sờ thừng tinh: như một sợi dây chắc chắn, lặn dưới tay và các mạch máu tinh mạch cũng mềm dễ bóp dẹt.
- Soi ánh sáng: dùng đèn pin chiếu ánh sáng xuyên qua hay không chứng tỏ chứa tổ chức đặc hay lỏng.

2.8. Một số yếu tố cần thiết khi khám hệ thống thận tiết niệu

- Hỏi bệnh sử và các triệu chứng cơ năng: bệnh sử có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, nhiều khi nhờ bệnh sử người khám có các dữ kiện cần cho phát hiện bệnh. Cần nhấn mạnh các điểm sau:
- Yếu tố gia đình: có những bệnh lý có tính chất gia đình như thận đa nang, sỏi niệu nhất là sỏi Cystin, Xanthin, các dị tật bẩm sinh như tinh hoàn ẩn, bất thường lỗ tiểu.
- Yếu tố tiền sử: có những bệnh hiện tại là dạng tái phát của một bệnh trước đó như sỏi thận, lao thận, tinh hoàn teo do quai bị.

- Yếu tố nghề nghiệp: một số bệnh lý có liên quan với nghề nghiệp như u độc bàng quang ở những người tiếp xúc với hóa chất độc.

3. GIỚI THIỆU MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM BẰNG DỤNG CỤ

Thăm khám hệ tiết niệu có phần yêu cầu thăm khám bằng dụng cụ chuyên khoa: các ống thăm dò, các máy nội soi.

3.1. Thăm khám niệu đạo bàng quang

3.1.1. Dụng cụ

Các ống thông (sonde) niệu đạo bàng quang: ống thông mềm bằng cao su (màu vàng hay đỏ), hoặc chất dẻo tổng hợp (màu trắng).

- Ống thông đầu thẳng, ống thông Nelaton có lỗ bên, ống thông Harris, Robinson đầu thẳng có hai lỗ bên.
- Ống thông đầu cong: ống thông Tieman dùng để thông bàng quang trong các trường hợp bí đái do u phì đại lành tính tiền liệt tuyến, hẹp cổ bàng quang.
- Ống thông Foley đầu thẳng và đầu cong có bóng ở đầu để giữ ống thông tại bàng quang. Ống thông Foley có loại một dòng hoặc loại hai dòng để truyền dung dịch rửa bàng quang và dẫn lưu.
- Các loại ống thông: Pezzer đầu có quả cầu dẹt có lỗ ở bên. Ống thông Malecot đầu phình có rãnh bên.

Kích thước các ống thông:

- Ống thông niệu đạo bàng quang có chiều dài 40 cm
- Ống dẫn lưu có chiều dài 35 cm
- Đường kính các ống thông tương đương 1/3 mm.

Que nong thường dùng để thăm khám niệu đạo, làm bằng thép không gỉ hay mạ kền. Que nong có hình cong 1/3 đường tròn hay chỉ cong ở đầu, thuận theo chiều cong chủ yếu của niệu đạo nam giới. Chiều dài que nong khoảng 35cm. Đường kính 1/6 mm.

3.1.2. Thông bàng quang

Sau khi khám bệnh nhân cần đánh giá sự lưu thông của niệu đạo bàng quang phải tiếp tục thăm dò niệu đạo bàng quang.

- Dụng cụ: phải chuẩn bị trước dụng cụ vô khuẩn. Các ống thông cao su chất dẻo có thể hấp ảm hoặc luộc sôi 100°C trong 15 phút. Một số ống thông niệu đạo có tráng Silicon phải được tiệt khuẩn, bảo quản trong tủ oxyde ethylen hay dung dịch Cidex. Hiện nay ống thông có tráng Silicon được đặt kín trong bao nylon hai lần tiệt khuẩn bằng tia gamma dùng một lần, tránh nhiễm khuẩn, AIDS.

- Khi thăm khám người khám hay phụ khám đi găng tay, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài, lật bao qui đầu (hoặc tách môi lớn) sát khuẩn rồi bơm gel vào niệu đạo.

Lấy ống thông đã chọn, rút từ bao nylon bôi trơn gel vào ống thông.

Tay trái dựng đứng dương vật (tách môi lớn âm hộ ở nữ).

Tay phải đưa ống thông vào miệng sáo, đẩy nhẹ vào niệu đạo cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra, bình thường nước tiểu vàng trong. Sau đó hạ thấp ống thông và bỏ vài ml nước tiểu đầu bãi, lấy nước tiểu giữa dòng để xét nghiệm.

- Thông bàng quang không chạm tay vào ống thông: dùng kim cặp đẩy ống thông vào bàng quang.
- Các trường hợp thông bàng quang khó nên cho một ngón tay trở bàn tay trái vào trực tràng để xác định vị trí đầu ống thông và đẩy đầu ống thông về phía thành trước niệu đạo tránh gây tổn thương cho niệu đạo màng, niệu đạo tiền liệt tuyến.
- Thông bàng quang bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền liệt: dùng ống thông dầu cong Tieman.

3.1.3. Nong niệu đạo

Nong niệu đạo vẫn còn có chỉ định trong các trường hợp hẹp niệu đạo sau chấn thương, di chứng hẹp niệu đạo do viêm, mô chít hẹp niệu đạo.

- Dụng cụ: dùng que nong Beniquee chọn số nòng từ 12-40B.
- Nguyên tắc: vô khuẩn và không gây sang chấn thêm niệu đạo.
- Kỹ thuật: tay trái giữ dựng đứng dương vật, tay phải làm thủ thuật đưa que nong vào miệng sáo, cho que nong trượt qua niệu đạo trước, hạ dần que nong xuống thấp vượt qua niệu đạo sau vào cổ bàng quang.

Trường hợp chít hẹp niệu đạo dùng que nong hình chỉ dẫn đường hoặc đặt ống thông Council như một que nong để nong rộng niệu đạo.

3.2. Nội soi tiết niệu

Từ đầu thế kỷ 20, M. Nitze đã sử dụng thiết bị soi sáng để soi bàng quang: máy soi bàng quang. Máy soi bàng quang gồm:

Hệ thống thấu kính, hệ thống chiếu sáng, đầu ống soi có bóng đèn nhỏ 6V, hệ thống ống dẫn. Hệ thống máy soi được lồng trong ống thông kim loại có thể đưa qua niệu đạo vào bàng quang và đưa các ống thông niệu quản, các dụng cụ can thiệp vào bàng quang như dao đốt, kim sinh thiết, kim gấp dị vật.

Máy soi thế hệ mới phát hiện các thương tổn ở bàng quang, lỗ niệu quản qua đó can thiệp các thương tổn thuận lợi hơn. Các máy soi thông dụng hiện nay: Karl Storz, Wolf, Olympus.

3.2.1. Các ống thông niệu quản

Các ống thông niệu quản bằng chất dẻo có nhiều loại. Các ống thông đều có vạch chia từng cm để biết độ dài đưa lên niệu quản. Ống thông đều cản quang.

Các ống thông đặt trong niệu quản ngược dòng từ bàng quang lên bể thận: ống thông chữ J hay ống thông cong cả hai đầu.

Ống thông đưa lên niệu quản để lấy sỏi niệu quản có lưới kim loại để hứng sỏi: ống thông Dormia, Zeiss.

3.2.2. Soi niệu đạo bàng quang

Là phương pháp khám qua máy soi niệu đạo hay máy soi bàng quang nhìn thấy trực tiếp các thương tổn của niệu đạo hay bàng quang. Có thể gián tiếp biết các thương tổn ở bàng quang do khối u, chảy máu, viêm cấp hoặc mãn tính.

3.2.3. Nội soi can thiệp

Các phương pháp nội soi tiết niệu đã được mở rộng để can thiệp điều trị có hiệu quả cao: soi niệu đạo bằng máy để cắt hẹp niệu đạo, van niệu đạo bẩm sinh. Cắt nội soi u phì đại lành tính tiền liệt tuyến là một bước phát triển kỹ thuật nội soi.

– Nội soi niệu quản thận:

Với máy soi niệu quản kim loại 9,5-12,5Ch hoặc các soi mềm 7-9Ch có thể tiến hành soi niệu quản thận để chẩn đoán các thương tổn và chảy máu đường tiết niệu trên (đài bể thận và niệu quản) cũng như điều trị chít hẹp niệu quản mắc phải hay bẩm sinh và đặc biệt là tán sỏi niệu quản, cắt đốt khối u bể thận niệu quản.

– Nội soi qua da:

Khác với nội soi ngược dòng, nội soi qua da cho phép đi xuôi dòng để chẩn đoán và điều trị can thiệp các bệnh trong đài bể thận và đoạn trên của niệu quản.

Bước quan trọng là dưới sự hướng dẫn của siêu âm và X-quang định vị nhờ tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch hai ống thông niệu quản đặt trước rồi chọc kim chính xác vào đài dưới, bể thận, luồn nòng kim loại vào bể thận và nong rộng dần đến 28-30Ch. Đặt máy soi bể thận Nephroscope cùng hệ thống tán sỏi với đầu dò siêu âm để tán sỏi lớn đài bể thận, đầu dò nhỏ tán sỏi kẹt niệu quản hay dao cắt đoạn hẹp khúc nối niệu quản.

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng của thận và hệ tiết niệu.
2. Thăm khám được các cơ quan thuộc hệ thống thận và tiết niệu

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các đặc điểm về lâm sàng, cơ chế bệnh sinh và biến chứng của viêm cầu thận cấp
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm cầu thận cấp

1. BỆNH HỌC VIÊM CẦU THẬN CẤP

1.1. Đại cương

Viêm cầu thận cấp là biểu hiện lâm sàng của một thương tổn viêm cấp của những cầu thận, đặc trưng với sự xuất hiện đột ngột hồng cầu niệu, protein niệu, phù và tăng huyết áp. Viêm cầu thận cấp rất hiếm xảy ra trước hai tuổi, thường gặp ở trẻ con từ 3 đến 8 tuổi, trẻ nam thường gặp hơn nữ. Tỷ lệ nam /nữ khoảng 2/1. Viêm cầu thận cấp không chỉ là một bệnh đơn thuần mà là một hội chứng gọi là hội chứng cầu thận cấp. Lý do là vì bệnh cảnh lâm sàng thường giống nhau nhưng tổn thương mô bệnh học lại đa dạng, bệnh phát sinh không chỉ do sau nhiễm liên cầu mà có thể sau nhiễm tụ cầu, phế cầu, virus hay do dị ứng một số chất. Hội chứng viêm cầu thận cấp còn biểu hiện thứ phát ở các bệnh như lupus ban đỏ hệ thống, ban dạng thấp, viêm quanh nút động mạch.

Viêm cầu thận cấp ác tính trước kia còn được gọi là viêm cầu thận tiến triển nhanh. Tên gọi này đặc trưng có quá trình tiến triển của bệnh là nhanh, tử vong sớm do suy thận, ít khi qua khỏi trong vòng 6 tháng.

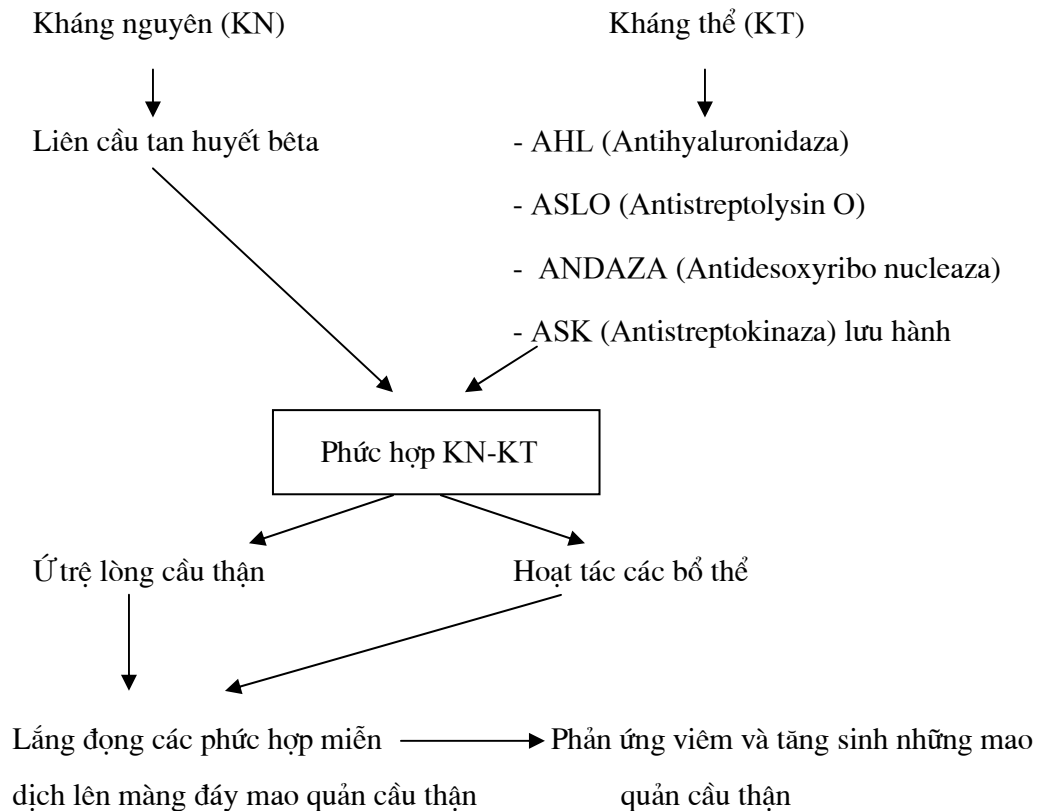
Viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu khuẩn được coi là mẫu hình của hội chứng viêm cầu thận cấp. Bệnh thường xuất hiện sau một đợt nhiễm khuẩn ở họng, hoặc ngoài da, cơ chế miễn dịch phức tạp. Vi khuẩn gây bệnh là liên cầu tan huyết beta nhóm A, chủng (type) 12. Các chủng khác (1, 2, 4, 18, 25, 49, 55, 57, 60) cũng có thể gây bệnh nhưng hiếm gặp hơn. Thường chủng 4, 12, 24 nếu là nhiễm khuẩn ở họng. Chủng 14, 19, 50, 55, 57 nếu là nhiễm khuẩn ngoài da (khác với thấp khớp cấp chủng liên cầu nào cũng có thể gây bệnh). Kháng nguyên là protein M của màng tế bào liên cầu. Để lý giải sự khác biệt này nhiều tác giả cho rằng chỉ có một số chủng liên cầu là kháng nguyên có tính ái thận hoặc là do người bệnh có sự nhạy cảm đặc hiệu.

Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu không được biết một cách tuyệt đối vì nhiều trường hợp bệnh được giữ điều trị ngay tuyến trước. Tần suất bệnh giảm dần ở các nước công nghiệp hiện đại, nhưng vẫn còn thường gặp ở các nước nhiệt đới (Châu Phi, vùng Caraibes, Nam Mỹ). Bệnh xuất hiện dưới dạng tản phát, hoặc thành từng vụ dịch, đặc biệt ở những nơi đời sống vệ sinh thấp kém.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Nhiễm liên cầu tan huyết beta nhóm A, thường xảy ra sau khi bị nhiễm liên cầu ở da và họng.
- Một số vi khuẩn khác cũng có thể gây bệnh như tụ cầu, phế cầu.
- Một số siêu vi khuẩn.
- Do dị ứng với thuốc, các thức ăn.

Về cơ chế của viêm cầu thận cấp có thể tóm tắt theo sơ đồ sau:



Hình 2.1. Sơ đồ cơ chế bệnh sinh của viêm cầu thận cấp

1.3. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh thường gặp ở trẻ em và xuất hiện sau một đợt nhiễm khuẩn ở họng hoặc ngoài da từ 7-15 ngày. Nhiễm khuẩn ngoài da thường ủ bệnh dài ngày hơn.

Các bệnh nhiễm khuẩn ở răng cũng có thể dẫn đến viêm cầu thận cấp. Viêm cầu thận cấp cũng có thể xảy ra ở nhiễm virut, tụ cầu hoặc do các bệnh khác.

Khởi phát thường đột ngột, có thể có dấu hiệu báo trước như mệt mỏi, chán ăn, cảm giác tức mỗi vùng hông cả hai bên. Cũng có bệnh nhân đến còn triệu chứng sốt, viêm họng, viêm da.

Giai đoạn toàn phát biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng sau:

- Phù: lúc đầu thường xuất hiện ở mặt như nặng mi mắt, có thể qua khỏi nhanh nhưng cũng có thể lan xuống chi rồi toàn thân. Phù mềm, trắng, ấn lõm để lại dấu ấn ngón tay. Phù quanh mắt cá, mặt trước xương chày, mu bàn chân. Có thể phù toàn thân ở bụng, lưng, bộ phận sinh dục. Nặng hơn có thể cổ trướng, tràn dịch màng phổi, phù phổi cấp, phù não. Phù nhiều hay ít còn phụ thuộc vào chế độ ăn uống.
 - Đái ít hoặc vô niệu: xuất hiện sớm, bệnh nhân thường chỉ đái được 500-600 ml/24 giờ.
 - Đái máu: thường xuất hiện sớm cùng với phù. Đái máu đại thể, nước tiểu đỏ hoặc sẫm màu khi hồng cầu niệu trên 300.000/phút. Hoặc đái máu vi thể, có hồng cầu niệu nhưng không nhiều. Hồng cầu thường méo mó, vỡ thành mảnh, nhược sắc. Trụ hồng cầu là một dấu hiệu đặc trưng chứng tỏ hồng cầu là từ thận xuống. Đái máu đại thể thường khởi sớm nhưng đái máu vi thể thường kéo dài. Hồng cầu niệu có khi 3 tháng mới hết. Do đó phải theo dõi dài ngày, 3 tháng phải xét nghiệm lại nước tiểu một lần.
 - Cao huyết áp: trên 60% bệnh nhân có tăng huyết áp. Tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương. Phù phổi cấp là một tai biến thường gặp do tăng huyết áp.
 - Suy tim có thể gặp, nhưng nếu có thì tiên lượng xấu, có thể suy tim trái do cao huyết áp, hay suy tim toàn bộ do giữ muối và giữ nước.
 - Xét nghiệm máu:
 - + Thường có thiếu máu nhẹ, bình sắc hoặc nhược sắc.
 - + Tốc độ máu lắng tăng.
- Tăng các kháng thể:
- + Kháng Streptolysin O (ASLO)
 - + Kháng Streptokinase (ASK)
 - + Kháng Nicotinyladenin Dinucleotidase (ANADAZA)
 - + Kháng Hyaluronidase (AH)

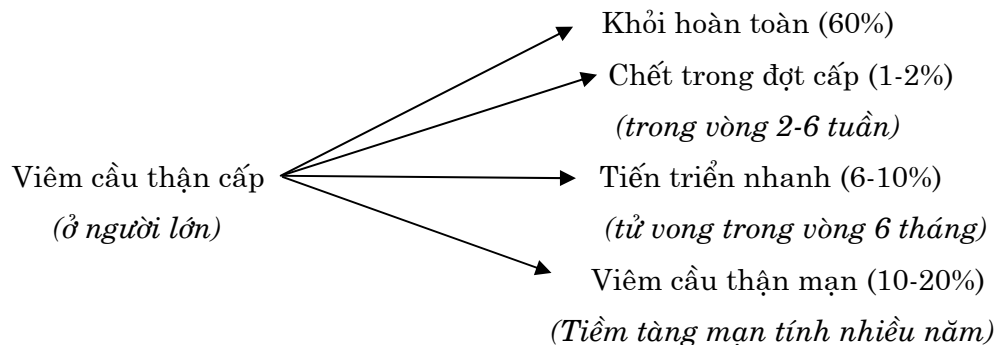
Tăng ASLO rất đặc hiệu cho nhiễm khuẩn liên cầu ở họng nhưng ở nhiễm khuẩn ngoài da thì ít đặc hiệu hơn. ASLO thường tăng trước các men khác, cho nên cần xác định nhiều men và lặp lại nhiều mới đủ khẳng định chẩn đoán.

- Sản phẩm giáng hóa của fibrin tăng. Có xuất hiện trong nước tiểu và tăng trong huyết tương là một dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Cần xét nghiệm sớm và nhiều lần. Là một biểu hiện của quá trình đông máu trong mạch của cầu thận. Đây là một chỉ tiêu để chỉ định điều trị bằng heparin. Khi sản phẩm giáng hóa của fibrin giảm là thể hiện quá trình viêm ở cầu thận đã được hồi phục.
- Urê, creatinin máu tăng, biểu hiện hội chứng tăng urê máu trên lâm sàng.
- Protein niệu bao giờ cũng có trong nước tiểu, trung bình 2-3 gam/24 giờ. Có trường hợp cá biệt protein niệu tăng trên 3,5 gam/24 giờ. Rất hiếm gặp hội chứng thận hư ở viêm cầu thận cấp.

1.4. Tiến triển và tiên lượng

Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu thường gặp ở trẻ em và tiên lượng tốt hơn ở người lớn.

- Khỏi hoàn toàn 80% ở trẻ em và ở người lớn là 60%.
- Chỉ sau vài ngày đến một tuần bệnh nhân đái nhiều dần, phù giảm, nước tiểu tăng dần dần, huyết áp trở về bình thường. Tuy nhiên hồng cầu niệu, protein niệu có thể kéo dài 6 tháng đến 1 năm mới hết.
- Khoảng 10-20% chuyển thành viêm cầu thận mạn tính sau nhiều năm, 2 thận teo dần. Thời gian dài hay ngắn tùy từng trường hợp và tùy theo từng nguyên nhân gây bệnh, có thể 10-20 năm mới có suy thận mạn.
- Một số rất ít (1-2%) có thể chết trong đợt cấp do phù phổi cấp, suy tim cấp, suy thận cấp, nhiễm khuẩn.



Hình 2.2. Sơ đồ tiến triển của viêm cầu thận cấp

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Tiền sử có nhiễm khuẩn ở họng, ngoài da.
- Phù, đái ít, đái máu, cao huyết áp.

- Protein niệu (+), hồng cầu niệu (+).
- Bỏ thể máu giảm.
- ASLO huyết thanh tăng.
- Tăng sinh tế bào mao mạch lan tỏa.

1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đợt cấp của viêm cầu thận mạn dựa vào:
 - + Tiền sử và bệnh sử.
 - + Bơm hơi sau phúc mạc, chụp UIV, siêu âm hai thận nhỏ hơn bình thường.
- Viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu với viêm cầu thận cấp không do liên cầu:
 - + Dựa vào bệnh sử.
 - + Cấy vi khuẩn dịch mũi họng.
 - + ASLO và các kháng thể kháng liên cầu khác.

1.6. Điều trị

- Ăn nhạt và nghỉ ngơi trong thời gian bị bệnh.
- Dùng kháng sinh toàn thân khi còn dấu hiệu nhiễm trùng.
- Vệ sinh răng miệng hằng ngày.
- Sử dụng corticoid tùy từng trường hợp.

1.7. Phòng bệnh

- Chăm sóc tốt các ổ nhiễm trùng ở da và họng.
- Giữ ấm về mùa lạnh và điều trị tốt khi bị viêm cầu thận cấp.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN CẤP

2.1. Nhận định tình hình

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

2.1.1. Đánh giá bằng hỏi bệnh

- Có bị nhiễm khuẩn, bị ho hay bị sốt trước khi bị bệnh không?
- Có bị rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị đau họng hay bị viêm da không?
- Nước tiểu bình thường hay ít, nước tiểu màu vàng hay đỏ?

- Có bị đau đầu không?
- Đã sử dụng thuốc gì chưa?
- Trong gia đình đã có ai bị như vậy không?
- Bị như vậy lần đầu hay lần thứ mấy?
- Có bị cao huyết áp không?

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân, vấn đề đi lại của bệnh nhân.
- Tình trạng da và niêm mạc.
- Phù mắt hay phù toàn thân.
- Quan sát số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Đau họng, ho.
- Có thể quan sát thấy các dấu hiệu ngoài da như nốt hay các sẹo cũ.

2.1.3. Nhận định bằng thăm khám

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Đo cân nặng.
- Đánh giá tình trạng phù.
- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết.
- Khám bụng, hô hấp và tim mạch của bệnh nhân.

2.1.4. Thu thập các thông tin khác

- Thu nhận thông tin qua hồ sơ và qua gia đình bệnh nhân.
- Thu thập qua các xét nghiệm và cách thức điều trị trước đó.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán có thể gặp ở bệnh nhân viêm cầu thận cấp:

- Số lượng nước tiểu ít do giảm mức lọc cầu thận.
- Tăng thể tích dịch do ứ nước và muối.
- Nguy cơ suy tim trái do tăng huyết áp.
- Nguy cơ phù phổi cấp do suy tim.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác các dấu chứng trên giúp cho người điều dưỡng có được 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 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, chú ý vùng da bị nhiễm khuẩn.

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 và cân nặng.
- Theo dõi số lượng nước tiểu và màu sắc.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: protein niệu, hồng cầu niệu, điện tim, siêu âm, 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 cầu thận cấp.
- Biết được tiến triển và các biến chứng của viêm cầu thận cấp, cũng như cách phòng bệnh viêm cầu thận cấp.

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 đi lại nhiều. Việc nghỉ ngơi tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, đặc biệt căn cứ vào lượng nước tiểu:
 - + Dưới 300 ml/24 giờ, cho bệnh nhân nghỉ tuyệt đối tại giường và kê đầu cao.
 - + Từ 300-500 ml/24 giờ, bệnh nhân có thể đi lại khi cần thiết.
 - + Trên 500 ml/24 giờ, bệnh nhân có thể đi lại và làm những việc nhẹ nhàng.

- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân, không dùng nước lạnh tắm hay rửa tay chân vì người bệnh có thể dễ bị viêm cầu thận do lạnh khi bệnh nhân đang bị nhiễm liên cầu.
- Chế độ ăn và nước uống:
 - + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng phù, nếu phù ít chỉ xuất hiện ở mắt cá hay ở mi mắt thì lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống trong ngày khoảng 500 ml và cộng thêm với lượng nước tiểu trong 24 giờ. Nếu bệnh nhân bị phù nhiều thì lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong ngày.
 - + Lượng đạm: căn cứ vào tình trạng ure máu có ở trên bệnh nhân, nếu:
 - * Ure máu dưới 0,5g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật. Số lượng đạm đưa trong một ngày vào khoảng 0,25g/kg trong lượng cơ thể.
 - * Ure máu từ 0,5 đến 1g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25g/kg trọng lượng.
 - * Ure máu trên 1g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết.
 - + Muối: hạn chế lượng muối đưa vào khoảng dưới 1g/ngày, cần chú ý các trường hợp phù nhiều và tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân. Hạn chế các chất có nhiều kali nhất là chuối và cam khi bệnh nhân có tình trạng tăng kali máu hay lượng nước tiểu trong ngày ít hoặc bệnh nhân có suy thận.
 - + 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. Nếu có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc: các thuốc tiêm, thuốc uống hoặc thuốc bôi. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo bác sĩ.
- 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 bụng....
 - + 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, ure, creatinin, 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. Chú ý tình trạng huyết áp.
- Theo dõi các triệu chứng khác:
 - + Nước tiểu: theo dõi về số lượng, màu sắc.
 - + Cân nặng để đánh giá tình trạng phù.
 - + Điện tâm đồ, chức năng thận, protein niệu...
- Theo dõi các biến chứng của viêm cầu thận 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 khi bị viêm cầu thận cấp.
- Để bệnh nhân biết về chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt.
- Cần có chế độ ăn, uống thích hợp.
- Có chế độ nghỉ ngơi và làm việc 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.

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 vấn đề gì mới phát sinh của người bệnh để đánh giá và bổ sung vào kế hoạch chăm sóc, cụ thể:

- Đánh giá tình trạng phù có cải thiện không?
- Đánh giá số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Các dấu hiệu sinh tồn (đặc biệt tình trạng tăng huyết áp) có gì bất thường hay tốt lên không?
- Các biến chứng của bệnh.
- Vấn đề giáo dục sức khoẻ 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 để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể được các nguyên nhân của viêm cầu thận cấp.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của viêm cầu thận cấp.
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau:
 - A. Viêm cầu thận cấp thường xảy ra ở tuổi sơ sinh.
 - B. Viêm cầu thận cấp xảy ra sau khi nhiễm liên cầu.
 - C. Viêm cầu thận cấp là bệnh tự miễn.
 - D. Chế độ ăn thường giảm muối trong chăm sóc viêm cầu thận cấp.
 - E. Viêm cầu thận cấp cần được nghỉ ngơi tuyệt đối khi còn bị phù.
 - F. Tăng huyết áp thường xuất hiện khi viêm cầu thận cấp.

4. Chọn câu trả lời đúng nhất:

4.1. Viêm cầu thận cấp tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn là:

- | | | |
|--------|--------|--------|
| a. 50% | b. 55% | c. 60% |
| d. 65% | e. 70% | |

4.2. Lượng muối đưa vào trong các trường hợp phù nhiều ở bệnh nhân bị viêm cầu thận cấp (g/24h)

- | | | |
|--------|--------|--------|
| a. 0,5 | b. 1 | c. 1,5 |
| d. 2 | e. 2,5 | |

4.3. (A) Viêm cầu thận cấp là một thương tổn của cầu thận, đặc trưng với sự xuất hiện hồng cầu niệu, protein niệu, phù và tăng huyết áp. VÌ VẬY (B) Khi chăm sóc bệnh nhân bị viêm cầu thận cần cho bệnh nhân ăn nhạt và hạn chế nước.

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

Bài 3

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và biến chứng của hội chứng thận hư
2. Trình bày được một số chẩn đoán điều dưỡng của hội chứng thận hư
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị hội chứng thận hư

1. BỆNH HỌC HỘI CHỨNG THẬN HƯ

1.1. Đại cương

Hội chứng thận hư được ghi nhận qua Y văn từ năm 1905 do Muller với thuật ngữ thận hư để chỉ các tình trạng bệnh lý ở thận có tính chất thoái hóa mà không do viêm và Thận hư nhiễm mỡ được Munk (1913) chính thức đưa ra để chỉ một tập chứng gồm: phù, protein niệu, giảm protein và tăng lipid máu kèm theo thận nhiễm mỡ

Năm 1908 Munk dùng thuật ngữ Thận hư nhiễm mỡ để chỉ một loại bệnh thận mà về lâm sàng có phù và Protein niệu, giải phẫu bệnh có xâm nhập thể mỡ lưỡng chiết ở ống thận và cầu thận bình thường.

Ngày nay, nhờ tiến bộ của kỹ thuật sinh thiết thận và kính hiển vi điện tử, người ta thấy rằng các biến loạn sinh hóa của thận hư nhiễm mỡ xuất hiện ở nhiều bệnh khác nhau, tổn thương cầu thận cũng đa dạng mặc dù các biểu hiện lâm sàng và sinh hóa tương đối giống nhau. Như vậy, thận hư nhiễm mỡ không phải là một bệnh đơn thuần như quan niệm trước kia.

Hội chứng thận hư thường biểu hiện tổn thương tối thiểu ở cầu thận hoặc những tổn thương dày và thoái hóa màng đáy của mao mạch cầu thận.

HCTH đơn thuần nguyên phát nhạy cảm với corticoid thường không có tăng huyết áp, không có suy thận và không tiểu máu. Một số lớn trường hợp không để lại di chứng ở tuổi trưởng thành. Ngày nay, người ta biết khá rõ HCTH nguyên phát, thứ phát hoặc các bệnh toàn thể có biểu hiện HCTH.

Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ em, 90% trường hợp xảy ra ở tuổi dưới 16.

Tần suất gặp 2/30.000 ở trẻ em, ở người lớn gặp ít hơn 2/300.000.

Ở trẻ em, HCTH tiên phát xảy ra ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (tỷ lệ nam /nữ là 2/1).

Tuổi hay gặp nhất ở trẻ em là từ 2-8 tuổi và thường là HCTH đơn thuần. Người lớn ít gặp hơn, thường là HCTH phối hợp và xảy ra ở cả hai giới.

Theo William G. Couser, khoảng 1/3 bệnh nhân người lớn và 10% bệnh nhân trẻ em có HCTH là triệu chứng của một bệnh toàn thể: đái tháo đường, Lupus ban đỏ rải rác hoặc Amyloidosis. Số lớn còn lại là HCTH nguyên phát.

Ở Việt Nam, theo Nguyễn thị Khuê và Đinh Quốc Việt thì HCTH tổn thương tối thiểu chiếm tỷ lệ 70-80% ở bệnh nhân HCTH dưới 8 tuổi, 10-20% bệnh nhân trên 16 tuổi. HCTH tổn thương xơ hóa từng ổ chiếm 5-10% ở trẻ em và 10-20% ở người lớn. Viêm cầu thận màng chủ yếu xảy ra ở người lớn chiếm tỷ lệ 30-50%.

1.2. Nguyên nhân và sinh lý bệnh của hội chứng thận hư

1.2.1. Nguyên nhân của hội chứng thận hư

Đến nay nhờ những tiến bộ về khoa học đặc biệt là từ khi có kính hiển vi điện tử, nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đã đi sâu vào vấn đề này và ngày càng được sáng tỏ hơn. Có thể phân HCTH theo nguyên nhân như sau:

- Hội chứng thận hư bẩm sinh

Là HCTH xuất hiện ngay sau khi sinh hoặc trong 3 tháng đầu.

- Hội chứng thận hư tiên phát

Hội chứng thận hư tiên phát chiếm tỷ lệ rất cao, người ta nhận thấy khoảng 2/3 ở người lớn và trên 90% trẻ em.

- + Hội chứng thận hư đơn thuần tổn thương tối thiểu: hội chứng thận hư nguyên phát kiểu này được gọi là thận hư nhiễm mỡ.
- + Hội chứng thận hư do viêm cầu thận:
 - * Viêm cầu thận khu trú hoặc từng phần.
 - * Viêm cầu thận lan tỏa.
 - * Viêm cầu thận màng.
 - * Viêm cầu thận tăng sinh
 - * Viêm cầu thận xơ cứng.
 - * Viêm cầu thận không xếp loại được.

Trong các thể của HCTH do viêm cầu thận thì thể viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa và thể viêm cầu thận tăng sinh hình liềm là những thể của viêm cầu thận cấp, những thể này tiến triển rất nhanh với biểu hiện lâm sàng rất nặng nề và bệnh nhân thường tử vong rất sớm, do đó hiếm khi xuất hiện được HCTH trên lâm sàng.

– Hội chứng thận hư thứ phát

Hội chứng thận hư thứ phát có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau, nguyên nhân rất phức tạp, có thể do nhiều nguyên nhân gây nên nhưng có cùng một tổn thương mô học, hoặc cũng có thể do nhiều nguyên nhân phối hợp với nhau, vì vậy việc xác định nguyên nhân của HCTH còn gặp nhiều khó khăn.

- + Bệnh hệ thống và chuyển hóa: có thể gặp trong các bệnh như lupus ban đỏ, ban dạng thấp, viêm nút quanh động mạch, đái đường, thận dạng bột.
- + Nhiễm độc: các thuốc lợi tiểu thủy ngân, muối thủy ngân vô cơ, trimethadione, paramethadione, muối vàng, thuốc kháng viêm non-steroid, thuốc phiện, bismut, ong đốt.
- + Bệnh tim mạch: gồm các bệnh như viêm ngoại tâm mạc, xơ hóa mạch hệ thống, các trường hợp nối shunt, tắc mạch thận.
- + Nhiễm khuẩn, ký sinh vật: sốt rét, giang mai, lao, virus viêm gan B, sán máng.
- + Một số trường hợp khác:
 - * Một số bệnh ung thư phủ tạng, Hodgkin, khối u lớn của ổ bụng và lồng ngực, u tủy xương.
 - * Một số trường hợp bẩm sinh
 - * Có thai
 - * Ghép thận
 - * Một số bệnh về máu
 - * Một số trường hợp do dị ứng, tiêm vaccin, điều trị interferon.
 - * Bệnh Takayasu, viêm nội tâm mạc bán cấp, một số bệnh cầu thận khác...

1.2.2. Sinh lý bệnh hội chứng thận hư

- Protein niệu: do tăng tính thấm mao mạch cầu thận đưa đến. ặc điểm protein niệu ở HCTH là protein niệu chọn lọc. Người ta biết độ thanh lọc Transferine ở HCTH đơn thuần tỷ lệ này dưới 10%, ở thể không đơn thuần tỷ lệ này trên 10-20%.
- Giảm protid máu: do mất một khối lượng lớn protein qua đường niệu làm giảm nồng độ albumin huyết tương.
- Tổng hợp albumin ở gan bình thường hoặc tăng.
- Giảm Gamma globulin do tăng quá trình dị hóa ở thận và giảm sản xuất Gamma globulin của các tương bào. Tăng Alpha 2, Beta globulin.
- Giảm bổ thể, giảm IgG.

- Rối loạn chuyển hóa lipid: do hậu quả của giảm protid máu. Sự giảm protid máu, đặc biệt là albumin sẽ làm tăng tổng hợp lipoprotein. Albumin máu là một yếu tố cần thiết cho sự giáng hóa các phân tử uroprotein, đồng thời làm giảm tổng hợp LDL và VLDL.

- Phù: do giảm albumin máu làm giảm áp lực keo máu gây nên phù.

Ngoài ra giảm albumin máu làm giảm thể tích máu gây kích thích hệ RAA làm tăng aldosterone mà hậu quả gây phù và thiếu niệu.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

1.3.1. Phù

- Thường xuất hiện nhanh, có thể có nhiễm trùng nhẹ ở đường mũi họng hoặc không có gì hướng trước. Tính chất của phù: phù trắng mềm, ấn lõm, giữ dấu ấn lâu, phù toàn thân.
- Có thể dịch ở các màng bụng, màng phổi, màng tim.
- Có thể ở mí mắt, bộ phận sinh dục.
- Các biến chứng nặng: phù phổi, phù thanh quản thường gặp ở trẻ em.

1.3.2. Triệu chứng nước tiểu

- Lượng nước tiểu thường ít 300-400ml/24 giờ.
- Mất nhiều protein niệu: trên 3,5gam/24 giờ. Có thể từ 3-10g/24 giờ, trường hợp nặng có thể 30-40 g/24 giờ.
- Lượng protein tăng lên lúc đứng, lúc gắng sức, có thể mỡ lưỡng chiết, trụ mỡ trong nước tiểu.
- Lipid niệu: thực chất đó là những kết tủa của Ester Cholesterol.
- Ure và creatinin niệu tăng.

1.3.3. Triệu chứng thể dịch

- Giảm protein toàn phần, protid máu dưới 60g/l, trung bình 50g/l.
- Albumin máu giảm dưới 30g/l, trung bình 20g/l. Albumin máu là chỉ số chính xác để đánh giá mức độ HCTH.
- Rối loạn các globulin huyết thanh: α_2 globulin và β globulin tăng, γ globulin thường giảm trong HCTH đơn thuần, trong HCTH do Lupus và Amylose có thể bình thường hoặc tăng.
- Các thay đổi về lipid:
 - + Cholesterol máu tăng, cholesterol tự do tăng gấp 4 lần so với bình thường.
 - + Độ đậm phospholipid tăng lên 2-3 lần.

- + Triglycerid tăng lên 5-10 lần so với bình thường.
- + Tăng lipoprotein, αlipoprotein tăng nhẹ, β và tiền β lipoprotein tăng nhiều.
- Các triệu chứng khác:
 - + Na⁺ máu và Ca⁺⁺ máu giảm.
 - + Tăng hematocrit, tăng hồng cầu chứng tỏ máu dễ đông.
 - + Giảm antithrombin III do mất qua nước tiểu, tăng tiểu cầu và Fibrinogen.
 - + Rối loạn nội tiết: giảm hormon tuyến giáp nếu hội chứng thận hư kéo dài.

1.4. Biến chứng của hội chứng thận hư

1.4.1. Nhiễm trùng

- Nhiễm trùng da
- Phổi: viêm phổi
- Phức mạc: viêm phức mạc tiên phát do phế cầu, có thể do các vi khuẩn khác
- Màng não: viêm màng não ít gặp
- Đường tiết niệu: nhiễm trùng đường tiết niệu

1.4.2. Cơ đau bụng do hội chứng thận hư

- Có khi co cứng bụng
- Có thể kèm theo buồn nôn, táo bón do các nguyên nhân khác nhau:
 - + Viêm phức mạc do phế cầu.
 - + Viêm ruột do nhiễm trùng có thể do tụ cầu.
 - + Do phù tụy, phù dây chằng Treitz hoặc tắc tĩnh mạch chủ, tĩnh mạch thận

1.4.3. Truy mạch

Giảm thể tích máu nặng do dùng lợi tiểu mạnh

1.4.4. Tắc mạch

Máu dễ đông do giảm albumin, giảm antithrombin III

Tăng các yếu tố đông máu (tiểu cầu, fibrinogen) đây là loại biến chứng cổ điển chiếm 5-20% HCTH. Thường tắc tĩnh mạch thận, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch phổi.

1.4.5. Thiếu dinh dưỡng

- Nếu bị bệnh lúc nhỏ: trẻ chậm lớn so với cùng lứa tuổi
- Giảm miễn dịch

- Suy kiệt
- Ngoài ra còn có giảm K^+ máu, thiếu máu nhược sắc, giảm Ca^{++} máu (tái hấp thu Ca^{++} ruột giảm), rối loạn chuyển hóa vitamin D do mất protein.

1.5. Điều trị

- Nằm nghỉ tại giường, tránh đi lại nhiều.
- Ăn nhạt và hạn chế uống nước khi bị phù nhiều. Tăng cường chế độ protid trong khẩu phần ăn hàng ngày nếu bệnh nhân không có suy thận.
- Dùng lợi tiểu khi phù nhiều.
- Corticoid là thuốc được sử dụng có hiệu quả nhất hiện nay. Liều điều trị ở người lớn trong giai đoạn tấn công là 1 mg /kg trọng lượng /ngày. Thời gian điều trị tấn công từ 4 đến 8 tuần sau đó giảm liều dần khi protein niệu âm tính. Corticoid khi uống nên chia ít lần trong ngày nếu liều cao, buổi sáng 2/3 buổi chiều 1/3. Cho bệnh nhân uống sau khi đã ăn no. Cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt là hiện tượng viêm loét dạ dày tá tràng.

1.6. Tiến triển và tiên lượng

Hội chứng thận hư tiến triển thường kéo dài, tiên lượng tốt ở trẻ em khoảng 80-90% lành bệnh, riêng người lớn tỷ lệ này thấp hơn khoảng 50-70%, nhiều trường hợp bệnh kéo dài từng đợt, kém đáp ứng với điều trị và dẫn đến suy thận. Tiên lượng phụ thuộc vào:

- Tuổi
- Thể bệnh: đơn thuần, không đơn thuần
- Giai đoạn tiến triển của bệnh
- Phương thức điều trị và chăm sóc
- Điều kiện kinh tế của gia đình

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Nhận định qua cách hỏi bệnh

- Phù bị lần đầu hay lần thứ mấy?
- Thời gian bị phù?
- Tính chất của phù như thế nào?
- Tăng bao nhiêu cân từ khi bị phù?
- Số lượng nước tiểu trong ngày khoảng bao nhiêu?
- Vấn đề ăn uống trong thời gian bị phù như thế nào?
- Trong gia đình có ai bị phù như vậy không?

- Đã bị bệnh như vậy lần nào chưa?
- Các thuốc điều trị và phương pháp điều trị trước đây như thế nào?

2.1.2. Nhận định bằng cách quan sát

- Tình trạng phù của bệnh nhân: mí mắt, 2 chân, bụng.
- Tình trạng da
- Tình trạng tinh thần kinh
- Tình trạng vận động
- Số lượng và màu sắc nước tiểu

2.1.3. Nhận định qua thăm khám

- Kiểm tra các dấu hiệu sống: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở và cân nặng.
- Đánh giá tình trạng và tính chất của phù.
- Đánh giá số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Kiểm tra tình trạng bụng.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận thông tin qua hồ sơ, bệnh án, các xét nghiệm hoặc gia đình.
- Tình trạng bệnh tật, cũng như quá trình điều trị có liên quan đến bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng chính có thể có ở bệnh nhân HCTH như sau:

- Tăng thể tích dịch do giảm áp lực keo.
- Tiểu ít do giảm mức lọc cầu thận.
- Bệnh nhân mặc cảm do thay đổi ngoại hình.
- Nguy cơ nhiễm trùng do suy giảm miễn dịch và suy dinh dưỡng.
- Nguy cơ thất bại điều trị do điều kiện kinh tế gia đình khó khăn.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Với cách nhận định như trên, sẽ giúp cho người điều dưỡng có cơ sở để lập kế hoạch chẩn đoán chăm sóc, đồng thời xác định được nhu cầu cơ bản của người bệnh, vấn đề nào cần quan tâm giải quyết trước và vấn đề nào giải quyết sau, tùy từng trường hợp bệnh nhân cụ thể.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, tránh đi lại và vận động nhiều.
- Giữ ấm cho bệnh nhân.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng và dinh dưỡng.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Thực hiện các xét nghiệm

2.3.3. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt, huyết áp và nhịp thở.
- Số lượng nước tiểu trong ngày.
- Cân nặng.
- Tình trạng phù.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc corticoid
- Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nhiễm khuẩn để có biện pháp điều trị kịp thời cho bệnh nhân, đặc biệt là nhiễm khuẩn da, hô hấp và màng bụng.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần biết về tình hình bệnh tật, tiến triển và biến chứng của bệnh.
- Biết cách phát hiện bệnh, dự phòng và điều trị.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi

- Bệnh nhân cần nghỉ ngơi tại giường, kê đầu cao đặc biệt là trong giai đoạn phù nhiều và giai đoạn thiếu niệu.
- Giữ ấm cho bệnh nhân nhất là về mùa đông.
- Hạn chế vận động và đi lại khi còn phù nhiều.

2.4.2. Chế độ ăn uống

- Bệnh nhân cần ăn nhạt, đặc biệt là trong giai đoạn phù nhiều, lượng muối đưa vào khoảng dưới 1g/ngày.
- Ăn nhiều thịt cá nếu bệnh nhân không có ure máu cao, lượng protid đưa vào trong ngày khoảng 1-2 g/kg trọng lượng cơ thể. Tránh ăn các thức ăn có nhiều mỡ.
- Nước uống khoảng 300-500 ml/ngày cộng thêm với lượng nước tiểu trong ngày trong giai đoạn có phù nhiều.
- Ăn nhiều hoa quả tươi giàu sinh tố đặc biệt là sinh tố nhóm B, khi có tình trạng tăng K^+ máu không nên ăn các thức ăn có nhiều K^+ như cam và chuối.
- Năng lượng cần đưa vào trong ngày khoảng 1800 đến 2000 calo.

2.4.3. Vệ sinh cho bệnh nhân

- Hằng ngày phải vệ sinh răng, miệng và tai mũi họng. Vệ sinh da sạch sẽ bằng cách tắm hay rửa bằng nước ấm tùy tình trạng bệnh nhân nặng hay nhẹ. Móng tay và chân phải được cắt ngắn và sạch sẽ, tránh các vết gãi gây sây sát da, nhất là các nơi ẩm thấp dễ gây bội nhiễm.
- Vải trải giường, quần áo và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.
- Phát hiện sớm các vết loét để điều trị cho bệnh nhân, như rửa bằng nước muối sinh lý, nước oxy già. Các biến chứng khác cần theo dõi để có kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

2.4.4. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện các thuốc uống hay tiêm tùy theo y lệnh. ối với những bệnh nhân phù nhiều nên hạn chế thuốc tiêm. Các thuốc thường sử dụng như thuốc lợi tiểu, corticoid, kháng sinh. Sử dụng các thuốc corticoid cần cho bệnh nhân uống sau khi ăn no, nên chia thuốc làm ít lần trong ngày.
- Thực hiện các xét nghiệm:
 - + Đối với máu: protein, điện di protein, ure và creatinin, bilan lipid.
 - + Đối với nước tiểu: protein niệu, tế bào vi trùng niệu.

2.4.5. Theo dõi bệnh nhân hội chứng thận hư

- Các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp.
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi cân nặng hàng ngày.
- Theo dõi tình trạng phù.
- Theo dõi tình trạng đau bụng.
- Theo dõi các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc corticoid.

2.4.6. Giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân và gia đình

- Hướng dẫn cách phát hiện bệnh tật.
- Hướng dẫn cách vệ sinh răng, miệng và da cũng như cách ăn uống.
- Hướng dẫn cách lao động cho bệnh nhân trong thời gian điều trị.
- Hướng dẫn cách uống thuốc và tái khám định kỳ.
- Hướng dẫn cách chữa trị các ổ nhiễm trùng để đề phòng bệnh tật.

2.5. Đánh giá

Đánh giá toàn trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện kế hoạch chăm sóc và kế hoạch điều trị so với tình trạng lúc ban đầu, cụ thể như sau:

- Các dấu hiệu mạch, nhiệt, huyết áp và nhịp thở cũng như lượng nước tiểu có gì thay đổi so với ban đầu không?

- Đánh giá tình trạng phù có giảm hơn so với trước không?
- Cân nặng có giảm tương xứng với sự tăng lượng nước tiểu không?
- Các dấu hiệu khác phát sinh trong quá trình chăm sóc và điều trị.
- Đánh giá mức độ đáp ứng điều trị về lâm sàng và xét nghiệm, đặc biệt là sự giảm về nồng độ protein niệu.
- Nhận định tình trạng chăm sóc, cách thức vệ sinh, vấn đề giáo dục sức khỏe và điều trị xem đã đạt yêu cầu chưa, cần bổ sung kế hoạch chăm sóc và điều trị không?

LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng thận hư.
2. Trình bày các biến chứng của hội chứng thận hư.
3. Đánh dấu x vào cột trả lời đúng
 - A. Hội chứng thận hư chủ yếu là thứ phát.
 - B. Tiêu chuẩn phù là dấu quyết định chẩn đoán hội chứng thận hư.
 - C. Cần hạn chế muối trong chăm sóc bệnh nhân hội chứng thận hư giai đoạn có phù nhiều.
 - D. Tăng huyết áp thường là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán hội chứng thận hư.
 - E. Hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc corticoid trước các bữa ăn hàng ngày.
4. Chọn câu trả lời đúng nhất
 - 4.1. Tiêu chuẩn protein niệu để chẩn đoán trong hội chứng thận hư

a. 3 gam/24 giờ	b. 3 gam/lít
c. 3,5 gam/24 giờ	d. 3,5 gam/lít
e. 4 gam/24 giờ	
 - 4.2. Chẩn đoán điều dưỡng nào sau đây là đúng trong hội chứng thận hư:
 - a. Tăng thể tích dịch do giảm áp lực keo
 - b. Tăng thể tích dịch do dùng thuốc lợi tiểu
 - c. Tăng thể tích dịch do ứ máu ngoại biên
 - d. Tăng thể tích dịch do chế độ ăn giảm muối
 - e. Tăng thể tích dịch do giảm cung cấp protein

Bài 4

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM THẬN BỂ THẬN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, các dấu chứng lâm sàng của viêm thận bể thận
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị viêm thận bể thận

1. BỆNH HỌC VỀ VIÊM THẬN BỂ THẬN

Viêm thận bể thận là một bệnh khá phổ biến đối với các bệnh lý về hệ thống thận và tiết niệu. Viêm thận bể thận là do tình trạng nhiễm khuẩn các đài bể thận và tổ chức kẽ thận. Bệnh có thể cấp tính hay mạn tính tùy từng giai đoạn, tiến triển ngày càng nặng dần hậu quả cuối cùng có thể dẫn đến suy thận nếu không được điều trị tốt.

1.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân viêm thận bể thận cấp hay mạn tính thường do nhiễm trùng ngược dòng, có thể theo đường máu. Thường gặp là E.Coli, Enterococcus, Klebsiella. Ngoài ra có một số yếu tố thuận lợi sau:

- Sỏi đường tiết niệu.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Do nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Do tiến hành các thủ thuật về đường tiết niệu không đảm bảo vô khuẩn.
- Các khối u chèn ép.
- U xơ tiền liệt tuyến ở đàn ông.
- Có thai, nhất là những tháng cuối.
- Do dị dạng đường tiết niệu.
- Do nằm lâu, vệ sinh kém và cơ thể suy kiệt.

1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân thường có tiền sử về bệnh thận và tiết niệu hay đang bị một bệnh lý toàn thân, đột nhiên sốt cao, rét run, đau vùng hông một hay hai bên. Nhiều trường hợp xuất hiện một cơn đau quặn thận điển hình.

- Rối loạn về tiểu tiện.
- Khám thấy thận lớn một hay hai bên, làm phương pháp vỗ vào vùng hông bệnh nhân đau.
- Nước tiểu màu đỏ hay đục.
- Nhiệt độ tăng trên 39°C, mạch nhanh.
- Mất nước, da khô, lưỡi bẩn.
- Huyết áp đa số là bình thường, tuy nhiên một số trường hợp có thể cao hay thấp tùy thuộc vào bệnh và mức độ của bệnh.

1.3. Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu tăng chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Tốc độ lắng máu tăng.
- Ure có thể tăng.
- Cấy máu có thể gặp vi khuẩn gây bệnh, tuy nhiên tùy thuộc nguyên nhân gây bệnh và tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh.
- Nước tiểu: protein niệu dương tính, nước tiểu có nhiều bạch cầu thoái hoá. Cấy nước tiểu tìm thấy vi khuẩn gây bệnh, phần lớn là vi khuẩn gram âm. Đây là xét nghiệm quan trọng cần phải làm sớm trước khi sử dụng kháng sinh.

1.4. Điều trị

1.4.1. Điều trị viêm thận bể thận cấp

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nên sử dụng kháng sinh càng sớm càng tốt. Cần phối hợp hai hoặc ba loại kháng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị. Có thể phối hợp 3 loại kháng sinh thuộc các nhóm penicillin, Nitroimidazole hoặc nhóm aminoglycoside

Amoxilline- acide clavulanic: 1.5 g/ngày.

Gentamycine: 1mg/kg/8 giờ.

Azetronam: 1g/mỗi 12 giờ.

Ceftriaxon: 2 g/ngày.

Cotrimoxazole: 960 x 2 viên/ngày.

Offloxacin: 200mg x 2 viên/ngày.

Dùng một loại kháng sinh hoặc kết hợp hai loại, dùng đường uống hoặc đường ngoài tiêu hoá.

- Loại bỏ các nguyên nhân gây cản trở đường tiểu như sỏi, các khối u...

1.4.2. Điều trị viêm thận bể thận mạn

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nên sử dụng từng đợt khi có triệu chứng nhiễm khuẩn. Đặc biệt tránh dùng những loại kháng sinh độc cho thận.
- Loại bỏ các yếu tố thuận lợi nếu có.

1.5. Tiến triển và tiên lượng

Viêm thận bể thận là một bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu cao, nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời thì bệnh sẽ lành nhanh chóng. Ngược lại nếu điều trị và chăm sóc không đúng cách thì bệnh có thể tái đi tái lại nhiều lần có thể dẫn đến suy thận và cuối cùng dẫn đến tử vong do bệnh hay do biến chứng của bệnh gây nên.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM THẬN BỂ THẬN

2.1. Nhận định tình hình

Khi bệnh nhân vào điều trị tại khoa, người điều dưỡng phải có thái độ tiếp xúc tốt với bệnh nhân, quan sát và đánh giá được tình trạng của bệnh nhân, cụ thể bằng những biện pháp sau:

2.1.1. Đánh giá bằng hỏi bệnh

- Có bị rối loạn về tiểu tiện không?
- Màu sắc của nước tiểu: màu đục hay đỏ?
- Đã lần nào đi tiểu ra sỏi chưa?
- Đã bị phẫu thuật hay có can thiệp gì về hệ thống thận và tiết niệu không?
- Đã sử dụng thuốc gì chưa?
- Trong gia đình đã có ai bị như vậy chưa?
- Bị như vậy lần đầu hay lần thứ mấy?
- Có bị rối loạn tiêu hoá không?

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng bệnh nhân có mệt mỏi, người hốc hác không?
- Tình trạng sốt.
- Đau vùng hông một hoặc hai bên.
- Tình trạng nước tiểu: màu sắc và số lượng.

2.1.3. Thăm khám

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng và quan sát màu sắc nước tiểu.
- Khám vùng thận đau, thận lớn.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận thông tin qua gia đình của bệnh nhân.
- Thu nhận qua hồ sơ bệnh án, cách thức điều trị....

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua khai thác bệnh sử, quan sát và thu thập thông tin giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng, một số chẩn đoán có thể gặp như sau.

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Đau vùng hông nghi do sỏi niệu quản.
- Nước tiểu màu đỏ do viêm chảy máu đường tiết niệu.
- Nguy cơ choáng nhiễm trùng do điều trị không hiệu quả

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng 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. 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 và uống nước đầy đủ.
- Vệ sinh hàng ngày sạch sẽ.

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 độ, huyết áp, nhịp thở nếu có bất thường phải báo bác sĩ ngay.
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi tiến triển và các biến chứng của bệnh.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức bạch cầu, ure và creatinin máu, tế bào vi trùng niệu, cấy nước tiểu, protein niệu.

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 nhân viêm thận bể thận.
- Biết được tiến triển của bệnh và các biến chứng có thể xảy ra.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân viêm thận bể thận là tình trạng nhiễm trùng, rối loạn nước và điện giải có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao, phòng thoáng mát sạch sẽ.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân, mùa đông không dùng nước lạnh tắm hay rửa.
- Quan sát và theo dõi cơn đau, nếu bệnh nhân quá đau hoặc có những bất thường phải báo cho bác sĩ biết.
- Chế độ ăn uống
 - + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, thường thì không có hạn chế nước uống, một số trường hợp cần phải truyền tĩnh mạch cho bệnh nhân để chống mất nước. Nếu bệnh nhân có tăng huyết áp thì cần hạn chế nước.
 - + Ăn chất dễ tiêu, đảm bảo năng lượng và nhiều hoa quả tươi. Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu có ở trên bệnh nhân, bình thường lượng đạm đưa vào khoảng 1-2 g/ngày, nếu:
 - * Ure máu dưới 0,5 g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật. Số lượng đạm đưa vào trong một ngày vào khoảng 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể.
 - * Ure máu từ 0,5-1 g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.
 - * Ure máu trên 1 g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết.
 - + 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.

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:
 - + Xét nghiệm về máu như: công thức máu, máu lắng, ure, creatinin, điện giải...
 - + Các xét nghiệm khác như: siêu âm bụng, chụp film bụng không chuẩn bị.
 - + 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, ure, creatinin, cấy nước tiểu.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Cơ đau quặn thận, đau vùng thận.
- Tình trạng màu sắc và số lượng nước tiểu.
- Theo dõi các biến chứng.

2.5. Đánh giá 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, cụ thể:

- Quan sát tình trạng sốt có cải thiện không?
- Tình trạng đau và rối loạn tiểu tiện có giảm không?
- Quan sát số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Đánh giá mức độ giải quyết nguyên nhân.
- Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?
- Chăm sóc điều dưỡng cơ bản có đáp ứng được với yêu cầu người bệnh không?
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các nguyên nhân gây viêm thận bể thận
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng của viêm thận bể thận
3. Trình bày quy trình điều dưỡng bệnh nhân viêm thận bể thận
4. Đánh giá tình trạng bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị và chăm sóc trong trường hợp bị viêm thận bể thận cấp, **ngoại trừ**:
 - a. Đau vùng hông giảm
 - b. Sốt giảm
 - c. Thiếu niệu
 - d. Ăn ngon miệng
 - e. Nước tiểu trong dần
5. Lượng đạm cần cho bệnh nhân ăn hàng ngày trong trường hợp thực hiện chăm sóc trong viêm thận bể thận có ure dưới 0,5 g/lít
 - a. 0,15 g/kg trọng lượng cơ thể

- b. 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể
 - c. 0,025 g/kg trọng lượng cơ thể
 - d. 1,25 g/kg trọng lượng cơ thể
 - e. 2,25 g/kg trọng lượng cơ
6. Một số yếu tố thuận lợi gây viêm thận bể thận, **ngoại trừ:**
- a. Sỏi đường tiết niệu.
 - b. Nhiễm khuẩn huyết.
 - c. Do nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - d. Do tiến hành các thủ thuật về đường tiết niệu không đảm bảo vô khuẩn.
 - e. Do khối u trung thất chèn ép

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số nguyên nhân của suy thận cấp
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, các giai đoạn và tiến triển của suy thận cấp
3. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân suy thận cấp

1. BỆNH HỌC SUY THẬN CẤP

1.1. Đại cương

Suy thận cấp là một hội chứng tương đối ít gặp. Trong thực tế, tần suất mắc bệnh này chỉ có thể được đánh giá bằng số lượng nhập viện hàng năm: 1-3% bệnh nhân nhập viện hàng năm. Tiên lượng của suy thận cấp thường là tốt nếu khả năng phục hồi chức năng thận tốt dần. Tuy vậy, cần phải tính đến những yếu tố nguy cơ làm nặng: bệnh nguyên, lớn tuổi, cơ địa suy gan, kết hợp với suy các tạng khác, điều kiện và phương tiện điều trị (thẩm phân, dinh dưỡng) và cuối cùng là kinh nghiệm của đội ngũ điều trị.

Suy thận cấp là một hội chứng xuất hiện khi chức năng thận (chủ yếu là chức năng lọc cầu thận) bị suy sụp nhanh chóng, xảy ra đột ngột ở bệnh nhân không có suy thận trước đó hoặc ở bệnh nhân đã mắc suy thận mạn. Mức lọc cầu thận có thể bị suy giảm hoàn toàn nhưng nó có thể được hồi phục hoàn toàn một cách tự nhiên hoặc dưới ảnh hưởng của điều trị nguyên nhân. Suy thận cấp thể hiện trên lâm sàng đặc trưng với vô niệu, nhưng có những thể bệnh vẫn có lượng nước tiểu bảo tồn.

Gần đây chẩn đoán suy thận cấp được dựa vào gia tăng creatinine máu so với creatinine căn bản trước đây:

- Nhiều hơn 50 mmol/l đối với creatinine căn bản dưới 250 mmol/l.
- Hoặc lớn hơn 100 mmol/l đối với creatinine máu căn bản trên 250 mmol/l.

Sinh lý bệnh: Chức năng lọc cầu thận trong suy thận cấp giảm hoặc mất hẳn xảy ra do các cơ chế sau:

- Giảm dòng máu qua thận (giảm thể tích, sốc...).

- Tính đề kháng của tiểu động mạch đi giảm (giãn mạch sau cầu thận).
- Tính đề kháng của tiểu động mạch đến tăng (co mạch trước cầu thận).
- Áp lực cầu thận (nang Baoman) gia tăng (tắc nghẽn trong lòng ống thận hoặc trên đường bài tiết).
- Ngoài ra suy thận cấp còn có thể do giảm tính thấm của mạch máu thận mà cơ chế hiện nay chưa được biết rõ.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Nguyên nhân trước thận

Còn gọi là suy thận chức năng được giải thích bằng sự giảm sản xuất nước tiểu ở cầu thận do rối loạn huyết động chủ yếu là trụy tim mạch và giảm huyết áp, giảm thể tích tuần hoàn, khi huyết áp tối đa dưới 60-80mmHg, kéo dài trên 8-12 giờ làm thiếu máu vỏ thận và gây giảm đáng kể mức lọc cầu thận (bình thường máu tưới cho cầu thận chiếm khoảng 25% thể tích chung, khi giảm dưới 10% gây suy thận chức năng). Điểm chung của nhóm nguyên nhân này là suy thận hồi phục nhanh khi dòng máu đến thận được điều chỉnh tốt, nếu không được điều chỉnh tốt hoại tử ống thận sẽ xuất hiện và dẫn đến suy thận cấp thực thể. Một số nguyên nhân sau thường gặp:

- Choáng do chấn thương.
- Các trường hợp bỏng rộng và sâu.
- Tình trạng mất nước và rối loạn điện giải.
- Các trường hợp xuất huyết.
- Các khối u chèn ép làm giảm máu đến thận.

1.2.2. Nguyên nhân tại thận

- Nhiễm độc các hoá chất và các kim loại nặng.
- Sốt rét ác tính.
- Huyết tán.
- Các bệnh về mạch thận.

1.2.3. Nguyên nhân sau thận

- Sỏi niệu quản.
- Các khối u vùng tiểu khung.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

Dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của suy thận cấp thường diễn tiến qua các giai đoạn sau:

1.3.1. Giai đoạn khởi đầu

Là giai đoạn xâm nhập, tấn công của các tác nhân gây bệnh, diễn tiến tùy theo từng loại, ở bệnh nhân ngộ độc thì diễn biến nhanh có thể dẫn đến vô niệu ngay, ở bệnh nhân sốc thì diễn biến nhanh hay chậm tùy theo nguyên nhân sốc và kỹ thuật hồi sức lúc đầu.

1.3.2. Giai đoạn thiếu vô niệu

Thiếu niệu khi lượng nước tiểu < 500ml/24 giờ (hoặc dưới 20ml/giờ), có thể bắt đầu từ từ hoặc ngay vài ngày đầu khởi bệnh, trung bình kéo dài 1-2 tuần, khi thiếu niệu kéo dài trên 4 tuần thì cần xem thận bị hoại tử vô, viêm cầu thận cấp thể tiến triển nhanh, viêm quanh tiểu động mạch thận, sỏi gây tắc niệu quản.

Vô niệu khi lượng nước tiểu < 100ml/24 giờ, theo Brenner và Rector thì hiếm gặp, nhưng ở Việt Nam thì rất thường gặp, thậm chí nhiều ngày, chính vì nguyên nhân thiếu và vô niệu nên làm cho urê, creatinin tăng cao nhanh trong máu.

Biểu hiện trong giai đoạn này chủ yếu là hội chứng tăng urê máu cấp gồm có các triệu chứng:

- Về tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, táo bón, đau bụng, giả viêm phúc mạc.
- Về tim mạch: tăng huyết áp thường gặp ở các bệnh viêm cầu thận, còn lại là do lạm dụng dịch truyền gây ứ nước, muối, tăng huyết áp nặng, gây phù phổi, phù não.
- Dấu thần kinh: có thể kích thích vật vã, hôn mê, co giật, có khi rối loạn tâm thần.
- Về hô hấp: nhịp thở toan kiểu Kussmaul hoặc Cheyne-Stokes, phù phổi, nhiễm khuẩn phổi.
- Thiếu máu: thường xuất hiện sớm nhưng không nặng, khi có thiếu máu nặng thì cần nghĩ đến nguyên nhân suy thận cấp là do xuất huyết nặng kéo dài hoặc bệnh có suy thận mạn trước đó.
- Phù thường do uống nhiều nước hoặc truyền dịch quá nhiều, mặt khác là phù nội sinh do giải phóng nước từ hiện tượng phân hủy tổ chức, tế bào. Trong phần lớn các trường hợp hoại tử ống thận cấp thì không phù.
- Nếu có dấu hiệu vàng mắt, vàng da là biểu hiện của tổn thương gan mật thường gặp do nguyên nhân Leptospirose, sốt rét đái huyết sắc tố.
- Rối loạn điện giải: thường gặp trong suy thận cấp là tăng Kali máu, đó là hiện tượng hủy tế bào và huyết tán tăng từ 0,5-1mmol/24 giờ. Cũng có khi tăng nhanh 1-2mmol/l trong ít giờ ở các bệnh chấn thương nặng, nhiễm khuẩn, huyết tán. Tăng kali máu rất nguy hiểm, về mặt lâm sàng thường thâm lạng rồi đột ngột bộc phát rung thất, ngừng tim. Khi có kali máu trên 5mmol/l cần theo dõi kỹ điện tim và xử trí hạ kali máu kịp thời. Trên

điện tim tăng kali máu biểu hiện sớm là sóng T cao nhọn, đối xứng rồi QRS dài, PR dài, Bloc xoang nhĩ, mất sóng P rồi ngừng tim có hoặc không qua giai đoạn rung thất. Trong suy thận cấp tăng kali máu càng nặng thêm do hiện tượng toan máu, giảm calci và natri.

Toan máu là hậu quả từ tăng chuyển hóa, dự trữ kiềm giảm 1-2mmol/ngày, bệnh càng nặng thì giảm càng nhanh, dự trữ kiềm có khi giảm dưới 10mmol/l, hiện tượng này làm cho kali máu tăng càng nhanh.

Rối loạn điện giải trong suy thận cấp còn có giảm calci, natri, tăng magnesi, phosphat.

- Nhiễm trùng: trong giai đoạn vô niệu nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thường là nhiễm trùng đường hô hấp, tiết niệu và ngoài da.

1.3.3. Giai đoạn tiểu nhiều

Thường bắt đầu từ 300 ml /24 giờ sau đó bệnh nhân tiểu nhiều, thường vào ngày thứ 3 của giai đoạn này lượng nước tiểu đạt 1 lít/ngày. Giai đoạn này gọi là khủng hoảng vì nước tiểu có khi tới 3-4 lít /24 giờ và dễ gây rối loạn nước điện giải nặng, trụy tim mạch, nhiễm trùng, viêm tắc tĩnh mạch, nhất là dị hoá cơ gây gầy nhiều. Trong giai đoạn này nếu điều chỉnh nước điện giải không hợp lý thì dễ gây tử vong: 30% theo tư liệu nước ngoài. Các thay đổi về sinh hoá trong máu chỉ bắt đầu giảm dần sau vài ngày đái nhiều, nghĩa là trong những ngày đầu đái nhiều thì urê máu, creatinin máu vẫn còn tăng cao và urê, creatinin niệu vẫn còn thấp. Urê, creatinin nước tiểu tăng càng nhanh thì sự phục hồi càng sớm và tiên lượng càng tốt, đương nhiên là phải giảm song song các chất này trong máu và được đánh giá chính xác bằng độ thanh thải creatinin nội sinh. Giảm kali và natri được đánh giá bằng điện giải hằng ngày để bù kịp thời. Tỷ trọng thấp dưới 1,005.

1.3.4. Giai đoạn phục hồi

Urê, creatinin máu giảm dần, mức độ cô đặc nước tiểu tăng dần, lâm sàng tốt lên, tuy nhiên chức năng thận phục hồi rất chậm: khả năng cô đặc có khi phải hàng năm mới hồi phục. Mức lọc cầu thận phục hồi nhanh hơn.

1.4. Tiến triển và biến chứng

Trước kia tỷ lệ tử vong rất cao, có khi đến 90%. Hiện nay nhờ những tiến bộ khoa học kỹ thuật, nhất là trong lĩnh vực lọc ngoài thận và kỹ thuật hồi sức, tỷ lệ tử vong còn khoảng 50%. Tỷ lệ tử vong có liên quan với:

- + Nguyên nhân: sốc nhiễm trùng hoặc xuất huyết, suy hô hấp, chấn thương nặng, viêm tụy cấp, co giật.
- + Cơ địa: lớn tuổi, bệnh mạch vành, suy hô hấp, đái đường, ung thư.

- + Những biến chứng thứ phát của hội sức và đặc biệt nhiễm trùng bệnh viện (nhiễm trùng catheter, bệnh phổi), suy dưỡng.
- Những biến chứng chính là:
 - + Những biến chứng chuyển hoá riêng của suy thận cấp: toan chuyển hoá và tăng kali máu, phù phổi cấp. Nguy cơ suy dưỡng.
 - + Nhiễm trùng bệnh viện (do đặt xông bàng quang hoặc vô niệu kéo dài làm đường bài niệu mất khả năng đề kháng).
 - + Xuất huyết tiêu hóa do loét cấp.
 - + Những biến chứng tim mạch: viêm tĩnh mạch, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim tai biến mạch não.
- Các yếu tố tiên lượng phụ thuộc vào:
 - + Tuổi càng cao thì bệnh càng nặng.
 - + Căn nguyên: nặng trong viêm tụy cấp, sau mổ kèm theo nhiễm trùng, viêm phúc mạc, các đa chấn thương.
 - + Tiên lượng xa trong đa số trường hợp không để lại di chứng và không chuyển sang mạn tính, nhất là người trẻ. Hạn hữu 2% trường hợp không lành hẳn được giải thích bằng sự hoại tử vỏ thận cả hai bên (cần chạy thận nhân tạo suốt đời, ghép thận).

1.5. Điều trị

- Giải quyết sớm các nguyên nhân nếu có.
- Giải quyết tốt tình trạng shock nếu có.
- Dùng lợi tiểu liều cao bằng đường tĩnh mạch, Lasix ống 20mg, có thể sử dụng đến 500 mg/24giờ.
- Đảm bảo đầy đủ năng lượng, hạn chế protid và các thức ăn có chứa nhiều kali.
- Cân bằng nước và điện giải.
- Sử dụng kháng sinh khi cần thiết, tránh các kháng sinh độc cho thận.
- Lọc màng bụng, thận nhân tạo nếu điều trị nội khoa không kết quả.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có ăn mật cá trắm hay có dùng các hoá chất gì không?
- Số lượng nước tiểu và màu sắc của nước tiểu?

- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị nhức đầu, mất ngủ không?
- Có bị sỏi thận trước đây hay hiện tại có cơn đau vùng hông hay không?
- Có bị bệnh thận và tiết niệu trước đây không?
- Có tiền sử bị tăng huyết áp hay có các bệnh gì khác không?

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Tình trạng nôn và buồn nôn.
- Màu sắc của nước tiểu.
- Tình trạng hô hấp và hơi thở của bệnh nhân như thế nào?
- Các dấu hiệu khác do nguyên nhân gây ra nếu có.

2.1.3. Đánh giá qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu.
- Đánh giá tình trạng phù, đồng thời khám tình trạng bụng của bệnh nhân.
- Khám bụng bệnh nhân để tìm các nguyên nhân.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Các bệnh thận đã mắc trước đây.
- Tìm hiểu qua hồ sơ, bệnh án hay qua các đơn thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua thăm khám theo các giai đoạn như trên giúp cho người điều dưỡng có được các chẩn đoán điều dưỡng.

- Tăng thể tích dịch ngoại bào do ứ nước và muối.
- Số lượng nước tiểu ít do giảm lọc cầu thận.
- Nhức đầu, mất ngủ, chán ăn do tăng ure máu.
- Nguy cơ suy dinh dưỡng do bệnh nhân ăn uống kém.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

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

sau, đặc biệt cần chú ý đến tình trạng rối loạn nước và điện giải cũng như tình trạng tăng ure máu trên lâm sàng.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm đầu cao, cho thở oxy nếu có tình trạng khó thở.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Ăn đầy đủ năng lượng, hạn chế các thức ăn có nhiều protid và có nhiều kali
- Bồi phụ nước và điện giải theo chỉ định.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

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 độ, huyết áp, nhịp thở
- Tình trạng tiêu hoá: nôn mửa, tiêu chảy...
- Tình trạng tinh thần kinh, thường biểu hiện nhức đầu, mất ngủ...
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: ure và creatinin máu, ure và creatinin niệu, protein niệu, công thức máu.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân.
- Cách phát hiện các biểu hiện của bệnh.
- Thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân bị suy thận cấp.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân suy thận cấp là tình trạng tăng ure máu, rối loạn nước và điện giải cũng như các biến chứng khác do suy thận gây nên. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao, nếu cần thiết cho thở oxy.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Quan sát và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. ặc biệt là theo dõi tình trạng bệnh nhân khi có chạy thận nhân tạo như tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, tình trạng tăng ure và tình trạng rối loạn nước, điện giải trên lâm sàng.

– Chế độ ăn uống:

- + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, tình trạng huyết áp và lượng nước tiểu trong ngày. Thường thì lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- + Thức ăn: ăn chất dễ tiêu đảm bảo năng lượng và nhiều hoa quả tươi, hạn chế các thức ăn có nhiều kali. Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu của bệnh nhân:

* Ure máu dưới 0,5 g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật. Số lượng đạm đưa vào trong một ngày khoảng 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể.

* Ure máu từ 0,5 đến 1 g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.

* Ure máu trên 1g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết.

– 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. Nếu có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

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, nếu có bất thường khi sử dụng thuốc phải báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm:
 - + Các xét nghiệm máu: Công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ và dự trữ kiềm.
 - + Các xét nghiệm siêu âm, điện tim, X quang.
 - + 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, ure, creatinin.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Tình trạng tăng ure và tình trạng rối loạn điện giải cũng như toan kiềm trên lâm sàng. Các dấu chứng này thường hay biểu hiện qua dấu hiệu thần kinh, tiêu hoá, hô hấp.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi các biến chứng.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình biết các nguyên nhân gây suy thận cấp để có biện pháp tránh và phòng ngừa.
- Biết được tiến triển và các biến chứng có thể xảy ra của bệnh để có thái độ hợp tác tốt với thầy thuốc trong chăm sóc và điều trị.

2.5. Đánh giá chăm sóc

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 để đánh giá tình trạng bệnh tật:

- Các dấu hiệu sinh tồn có tốt lên không, đặc biệt là mạch và huyết áp.
- Tình trạng tinh thần: nhức đầu, vấn đề ngủ của bệnh nhân
- Tình trạng tiêu hoá: nôn mửa và tiêu chảy.
- Đánh giá về số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Đánh giá các biến chứng xảy ra.
- 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, nhằm giúp cho người bệnh ngày càng tốt hơn về bệnh tật.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các nguyên nhân của suy thận cấp
2. Hãy nêu những theo dõi cần thiết đối với bệnh nhân bị suy thận cấp
3. Biểu hiện hội chứng tăng urê máu cấp về tiêu hóa, **ngoại trừ**:
 - a. Chán ăn
 - b. Buồn nôn
 - c. Nhức đầu
 - d. Đau bụng
 - e. Giả viêm phúc mạc
4. Trong suy thận cấp, khi bệnh nhân có Ure máu từ 0, 5 đến 1 gam/l, lượng đạm đưa vào trong ngày trung bình là:
 - a. Dưới 1,00 g/kg trọng lượng.
 - b. Dưới 0,75 g/kg trọng lượng.

- c. Dưới 0,50 g/kg trọng lượng.
- d. Dưới 0,25 g/kg trọng lượng.
- e. Dưới 0,15 g/kg trọng lượng.

5. (A) Suy thận cấp là một hội chứng tương đối ít gặp chiếm khoảng 1-3% số bệnh nhân nhập viện hàng năm. VÌ VẬY (B) Tiên lượng của suy thận cấp tốt nếu khả năng điều trị và chăm sóc tích cực.

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

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của suy thận mạn*
- 2. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn*
- 3. Thể hiện được thái độ thông cảm, động viên khi chăm sóc bệnh nhân*

1. BỆNH HỌC SUY THẬN MẠN

1.1. Đại cương

Suy thận mạn là hậu quả của các bệnh mạn tính của thận gây giảm sút từ từ số lượng nephron về chức năng làm giảm dần mức lọc cầu thận. Khi mức lọc cầu thận giảm xuống dưới 50% (60 ml/phút) so với mức bình thường (120 ml/phút) thì được xem là có suy thận mạn.

Suy thận mạn là một hội chứng diễn biến theo từng giai đoạn: trong giai đoạn sớm chỉ có một số triệu chứng rất kín đáo, ngược lại vào giai đoạn cuối biểu hiện rầm rộ với hội chứng urê máu cao. Quá trình diễn biến của suy thận mạn có thể kéo dài từ nhiều tháng đến nhiều năm.

1.2. Nguyên nhân

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

1.2.1. Bệnh viêm cầu thận mạn

Hay gặp nhất, chiếm 40%. Viêm cầu thận mạn ở đây có thể nguyên phát hay thứ phát sau các bệnh toàn thân: lupus ban đỏ hệ thống, đái đường, Scholein Henon.

1.2.2. Bệnh viêm thận bể thận mạn

Chiếm tỷ lệ khoảng 30%. Trong đó viêm thận bể thận mạn trên bệnh nhân có sỏi thận tiết niệu là nguyên nhân thường gặp ở Việt Nam.

1.2.3. Bệnh viêm thận kẽ

Thường do dùng thuốc giảm đau dài ngày (Phénylbutazone), tăng acid uric máu, tăng calci máu.

1.2.4. Bệnh mạch thận

- Xơ mạch thận lành tính hoặc ác tính.
- Huyết khối vi mạch thận.
- Viêm quanh động mạch dạng nút.
- Tắc tĩnh mạch thận.

1.2.5. Bệnh thận bẩm sinh do di truyền hoặc không di truyền

- Thận đa nang.
- Loạn sản thận.
- Hội chứng Alport.
- Bệnh thận chuyển hóa (Cystinose, Oxalose).

1.2.6. Bệnh hệ thống, chuyển hoá

- Đái tháo đường
- Các bệnh lý tạo keo: Lupus

Hiện nay nguyên nhân chính gây suy thận mạn ở các nước phát triển chủ yếu là các bệnh lý về chuyển hóa và mạch máu thận (đái tháo đường, bệnh lý mạch máu thận) trong khi các nước đang phát triển nhóm nguyên nhân do vi trùng vẫn còn chiếm ưu thế với tỷ lệ cao.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Phù: tùy thuộc vào nguyên nhân gây suy thận mạn mà bệnh nhân có thể phù nhiều hay ít, nhiều trường hợp phù rất lớn đe dọa đến tính mạng.
- Thiếu máu thường gặp, thiếu máu nhẹ hay nặng tùy từng giai đoạn. Trong viêm cầu thận mạn thiếu máu rất rõ.
- Tăng huyết áp khoảng 80% bệnh nhân, cần lưu ý các trường hợp tăng huyết áp ác tính.
- Suy tim thường là ở giai đoạn muộn và bệnh nhân rất nặng.
- Hội chứng tăng ure máu trên lâm sàng:
 - + Dấu chứng về tiêu hoá, thường là chán ăn, nôn và buồn nôn, tiêu chảy...
 - + Dấu chứng về thần kinh như nhức đầu, mất ngủ, kích thích hoặc hôn mê tùy từng giai đoạn.

- + Dấu chứng về hô hấp thường là khó thở và rối loạn nhịp thở.
- + Dấu chứng về tim mạch: mạch nhanh, huyết áp tăng ở giai đoạn đầu, có thể có tiếng cọ màng tim hay rối loạn nhịp.
- + Ngứa ngoài da.
- + Chuột rút.
- + Dấu chứng xuất huyết có thể gặp ngoài da hay nội tạng.

1.3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu thấy thiếu máu.
- Ure, creatinin máu tăng
- Rối loạn điện giải và kiềm toan.
- Protein niệu dương tính
- Ngoài ra một số xét nghiệm khác có thể tìm được nguyên nhân suy thận mạn: siêu âm, Xquang bụng không chuẩn bị, CT-scan ổ bụng ...

1.4. Điều trị

1.4.1. Điều trị nội khoa

- Ăn nhạt khi có phù và huyết áp cao.
- Tránh dùng các thức ăn có nhiều kali.
- Hạn chế thịt và cá tùy thuộc vào tình trạng tăng ure máu.
- Lượng nước đưa vào khoảng 300-500 ml cộng với lượng nước tiểu trong một ngày.
- Sử dụng các thuốc tăng huyết áp khi có huyết áp tăng.
- Kháng sinh được sử dụng trong những trường hợp có tình trạng nhiễm trùng, nhưng thận trọng đối với các kháng sinh độc cho thận, cần giảm liều khi dùng kháng sinh ở những bệnh nhân này.

1.4.2. Các phương pháp khác

- Lọc máu ngoài thận: thẩm phân màng bụng, thận chu kỳ.
- Ghép thận.

1.5. Tiến triển và tiên lượng

Bệnh nhân bị suy thận mạn tiến triển ngày càng nặng dần cho dù là nguyên nhân gì đi nữa.

Bệnh có thể dẫn đến tử vong nếu không được chạy thận nhân tạo chu kỳ hay ghép thận kịp thời.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ SUY THẬN MẠN

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Bệnh nhân có bị phù bao giờ chưa?
- Từ trước đến nay có rối loạn tiểu tiện không?
- Có tiền sử bị tăng huyết áp không?
- Có hay bị rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị nhức đầu hay chóng mặt không?
- Tình hình sức khoẻ có giảm sút so với trước đây không?
- Tình trạng điều trị và chăm sóc trước đây về bệnh thận nếu có.
- Tình trạng bệnh tật của gia đình bệnh nhân.

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Đánh giá bệnh nhân về tinh thần, tổng trạng chung của bệnh nhân.
- Có buồn nôn và nôn không?
- Tình trạng hô hấp và hơi thở của bệnh nhân như thế nào?
- Các dấu hiệu về da, niêm mạc như thế nào?
- Tình trạng đi cầu và tính chất phân của bệnh nhân
- Màu sắc và số lượng nước tiểu

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu.
- Khám các cơ quan:
 - + Bụng: tràn dịch, thận có lớn không, các điểm đau...
 - + Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, mùi...
 - + Tim mạch: nhịp tim, các tiếng tim bất thường...

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận qua gia đình bệnh nhân.
- Qua hồ sơ, phiếu điều trị và chăm sóc.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua phân nhận định như trên, người điều dưỡng có được một số chẩn đoán ở bệnh nhân suy thận mạn như sau:

- Nhức đầu, mất ngủ do tăng ure máu.
- Chán ăn, buồn nôn do tăng ure máu.
- Tăng thể tích dịch ngoại bào do ứ nước và muối.
- Số lượng nước tiểu giảm do giảm chức năng lọc cầu thận.
- Nguy cơ nhiễm trùng do sức đề kháng giảm.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng 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. 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, nằm đầu cao.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Ăn đầy đủ năng lượng.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

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 độ, huyết áp, nhịp thở nếu có bất thường phải báo bác sĩ ngay.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: ure và creatinin máu, protein niệu, công thức máu, nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ ngay.
- Theo dõi các biến chứng của bệnh

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh, cách phòng bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân suy thận mạn là tình trạng tăng ure máu, rối loạn nước, điện giải cũng như các biến chứng khác do suy thận mạn gây nên. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao.
- Động viên, trấn an bệnh nhân.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Quan sát và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ ăn uống:
 - + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, tình trạng huyết áp và lượng nước tiểu. Lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong ngày.
 - + Chế độ ăn đối với bệnh nhân suy thận mạn cần đảm bảo cho bệnh nhân một lượng calo đầy đủ. Bệnh nhân suy thận càng nặng càng cần đến nhiều calo để giảm bớt sự giáng hóa cơ thể. Ít nhất cũng phải đạt 35 kcalo/kg trọng lượng/24 giờ.

Ăn nhạt, thức ăn dễ tiêu, đảm bảo năng lượng và nhiều vitamin (đối với bệnh nhân vô niệu cần hạn chế hoa quả có nhiều K^+ như: chuối, cam, quýt,...). Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu của bệnh nhân.

* Ure máu dưới 0,5g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật, số lượng đạm đưa trong một ngày vào khoảng 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể.

* Ure máu từ 0,5 đến 1g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.

* Ure máu trên 1g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết.

- + 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.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- 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: công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ và dự trữ kiềm.
 - + Các xét nghiệm siêu âm, điện tim.
 - + Các xét nghiệm về nước tiểu: hàng ngày phải theo dõi kỹ số lượng và màu sắc nước tiểu. Các xét nghiệm cần làm là: protein, ure, creatinin và tế bào, vi trùng.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Các dấu chứng của tình trạng tăng ure máu trên lâm sàng.
- Cân nặng bệnh nhân, dấu hiệu phù.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi chức năng thận thông qua các xét nghiệm ure, creatinin máu và nước tiểu, hệ số thanh thải creatinin.
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm để phát hiện rối loạn nước, điện giải toan kiềm.
- Theo dõi các dấu hiệu của tăng K^+ máu trên lâm sàng và điện tim.
- Theo dõi các dấu hiệu của hạ Ca^{++} máu.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh, cách phòng bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân bị suy thận mạn.

Điều dưỡng viên phải hướng dẫn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chế độ ăn cần thiết cho người bị suy thận và cách theo dõi chế độ ăn uống đúng quy định.

Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cần biết về sự cần thiết chạy thận nhân tạo chu kỳ ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

2.5. Đánh giá chăm sóc

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

- Quan sát tình trạng hô hấp có cải thiện không?
- Quan sát số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Tình trạng thần kinh và tiêu hoá của bệnh nhân.
- Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?
- 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 và điều trị để thực hiện.
- Các biến chứng xuất hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể tên các nguyên nhân của suy thận mạn
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của suy thận mạn.
3. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn.
4. Hạn chế thức ăn nào trong suy thận mạn ở bệnh nhân có tăng ure máu:
 - a. Nước
 - b. Muối
 - c. Protid
 - d. Glucid
 - e. Lipid
5. Trong chăm sóc cơ bản bệnh nhân suy thận mạn, **không nên**:
 - a. Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm đầu cao.
 - b. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
 - c. Khuyến bệnh nhân dùng nhiều trái cây có nhiều kali.
 - d. Ăn uống đảm bảo năng lượng.
 - e. Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày

Bài 7

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định, tai biến khi chạy thận nhân tạo
2. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ

1. THẬN NHÂN TẠO

1.1. Định nghĩa

Thận nhân tạo là một biện pháp điều trị dùng màng lọc bán thấm để thay thế thận suy, nhằm:

- Lọc sạch các sản phẩm giáng hóa nội sinh bị tích tụ trong máu gây độc hại cho cơ thể khi suy thận. Quan trọng nhất là các nitơ phi protein: ure, creatinin, acid uric...
- Điều chỉnh toan máu.
- Điều chỉnh rối loạn các chất điện giải, rút dịch phù.
- Loại bỏ các độc chất từ ngoài vào như trong ngộ độc thuốc ngủ bacbiturat.

1.2. Các nguyên lý được ứng dụng để chạy thận nhân tạo

Muốn lọc máu cho bệnh nhân suy thận, người ta phải thiết lập một hệ thống: một bên là máu cơ thể, một bên là dịch lọc gần giống dịch ngoài tế bào, ở giữa có màng lọc bán thấm ngăn cách. Màng lọc không cho những chất có phân tử lớn như protein đi qua. Các chất có kích thước bé được lọc qua màng để loại bỏ khỏi máu dựa trên cơ sở 4 nguyên lý sau đây.

- Khuếch tán phân biệt: các chất như ure, creatinin, kali, natri... được khuếch tán qua màng theo chênh lệch nồng độ, chất có nồng độ trong máu cao sẽ khuếch tán qua màng vào khoang dịch lọc và ngược lại. Ví dụ: urê máu cao, dịch lọc không có urê. Urê sẽ khuếch tán từ máu ra dịch lọc và được loại ra khỏi cơ thể theo dịch lọc.

- Thẩm thấu: giữa dịch lọc và máu nồng độ nước ngang nhau do đó không có khuếch tán phân biệt. Để rút nước cho bệnh nhân phù người ta pha nhiều glucose vào dịch lọc nhằm tăng nồng độ thẩm thấu của dịch lọc cao hơn trong máu. Nước từ máu sẽ thẩm thấu qua màng ra dịch lọc theo nguyên lý thẩm thấu và được loại bỏ theo dịch lọc ra khỏi cơ thể.
- Siêu lọc: nước và các chất được đẩy qua màng lọc nhờ thiết bị làm tăng áp lực lọc của máu đi qua bộ lọc nhân tạo.
- Hấp thụ: chất cần lọc được hấp thụ khi máu qua bộ lọc có chứa chất hấp thụ.

1.3. Các kỹ thuật lọc máu

- Trên cơ sở ứng dụng 4 nguyên lý trên, cho đến nay có 3 kỹ thuật chính trong chạy thận nhân tạo:
 - + Thẩm thấu máu nhân tạo (haemodialysis)
 - + Siêu lọc máu (haemofiltration)
 - + Hấp thụ máu (haemoperfusion).
- Dung dịch để chạy thận nhân tạo:
 - Na: 138 mEq/l Cl: 107 mEq/l K: 0-1 mEq/l
 - Acetat: 38 mEq/l Ca: 3 mEq/l Glucoza 1-2 g/l
 - Mg: 1,5 mEq/l
- Kỹ thuật đưa máu ra ngoài cơ thể:
 - + Shunt động -tĩnh mạch: nay ít dùng vì thường bị nhiễm trùng và tắc đông máu trong ống shunt.
 - + Lỗ thông động -tĩnh mạch ngoại vi: máu động mạch chảy vào tĩnh mạch làm căng tĩnh mạch dễ tiêm chọc. Phương pháp này thường được dùng nhất để chạy thận nhân tạo chu kỳ.

1.4. Chỉ định và chống chỉ định trong chạy thận có chu kỳ

1.4.1. Chỉ định

- Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (giai đoạn 3,4). Mỗi tuần chạy thận 2-3 lần, mỗi lần 5-6 giờ.
- Chuẩn bị cho vấn đề ghép thận.

1.4.2. Chống chỉ định

Chỉ là tương đối, phải dè dặt khi bệnh nhân có:

- Sốc, huyết áp thấp
- Suy tim nặng, tràn dịch màng tim

- Rối loạn đông máu không phải do urê máu cao
- Tuổi cao trên 70, thể trạng bệnh nhân quá yếu
- Xơ gan, ung thư

1.5. Biến chứng và tiên lượng

1.5.1. Biến chứng

- Tràn dịch màng tim
- Nhiễm khuẩn máu, viêm gan virus
- Suy tim
- Rối loạn nước điện giải
- Tai biến do kỹ thuật

1.5.2. Tiên lượng

Nếu kỹ thuật tốt và chỉ định đúng thì:

- 10 % chết trong năm đầu
- 5% chết trong năm thứ 2
- Có khả năng kéo dài đời sống trong 5-10 năm

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CHẠY THẬN CHU KỲ

2.1. Nhận định

Đối với bệnh nhân có chỉ định chạy thận chu kỳ, người điều dưỡng cần nhận định về nhu cầu được chăm sóc của bệnh nhân trước, trong và sau khi chạy thận để có kế hoạch chăm sóc thích hợp, hạn chế tối đa các tai biến trong quá trình chạy thận.

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh nhân

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thận mạn từ bao giờ?
- Thời gian suy thận mạn trong bao lâu?
- Đã chạy thận chu kỳ lần nào chưa?
- Các tai biến của các lần chạy thận trước.
- Tiền sử suy tim, xơ gan.
- Nguyên nhân gây suy thận mạn.

2.1.2. Quan sát bệnh nhân

- Thể trạng chung: có quá gầy yếu không?

- Tình thần của bệnh nhân?
- Tình trạng phù?
- Số lượng nước tiểu: ít hoặc vô niệu?
- Có buồn nôn và nôn không?
- Tình trạng hô hấp và hơi thở
- Các dấu hiệu về da, niêm mạc
- Tình trạng đi cầu và tính chất phân

2.1.3. Khám bệnh nhân

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để xác định bệnh nhân đang có suy thận giai đoạn cuối, có chỉ định chạy thận nhân tạo có chu kỳ.

- Lấy dấu hiệu sống
- Khám phổi: nhịp, kiểu thở, các tiếng bất thường...
- Khám tim: nhịp tim, tiếng tim bệnh lý.
- Khám bụng: tình trạng báng...

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua khai thác các triệu chứng ở trên một số chẩn đoán có thể có ở bệnh nhân suy thận mạn.

- Da và niêm mạc nhợt nhạt do thiếu máu.
- Nôn và buồn nôn do tăng ure máu.
- Số lượng nước tiểu giảm do giảm chức năng lọc cầu thận.
- Tăng thể tích dịch do ứ nước và muối.
- Nguy cơ phù phổi cấp do ứ máu ở phổi.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

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

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi yên tĩnh.

- Ăn uống đầy đủ năng lượng, hạn chế protein.
- Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh

- Chuẩn bị bệnh nhân chạy thận nhân tạo.
- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm trước, trong và sau khi chạy thận.
- Theo dõi bệnh nhân trước, trong và sau khi chạy thận.
- Phối hợp với bác sĩ thực hiện các bước khi làm thủ thuật.

2.3.3. Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, tình trạng bệnh nhân. Nếu có bất thường báo cho bác sĩ ngay.
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi một số xét nghiệm.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh suy thận mạn cũng như các tai biến có thể xảy ra trong và sau quá trình chạy thận nhân tạo.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao, nghỉ ngơi yên tĩnh.
- Chuẩn bị yếu tố tâm lý cho bệnh nhân và gia đình về thủ thuật chạy thận.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Quan sát và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ ăn uống:
 - + Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, tình trạng huyết áp và lượng nước tiểu. Thường thì lượng nước đưa vào kể cả ăn uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong ngày.
 - + Ăn chất dễ tiêu, đảm bảo năng lượng và vitamin. Lượng protein đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu của bệnh nhân.

Cho đến nay thì chế độ ăn giảm protein có bổ sung đủ acid amin cơ bản cần thiết đã được khẳng định là có khả năng làm chậm tiến triển của suy thận mạn.

- 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 dùng phải luôn được sạch sẽ. Nếu có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thực hiện các xét nghiệm:
 - + Các xét nghiệm về máu như: công thức máu, nhóm máu, ure, creatinin, điện giải đồ và dự trữ kiềm, khí máu, pH, glucose, protit, Hb, hematocrit.
 - + Các xét nghiệm về nước tiểu: protein, ure, creatinin và tế bào, vi trùng.
 - + Điện tâm đồ.
 - + X-quang tim phổi.
- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân nằm trong phòng đảm bảo vô trùng.
 - + Đặt sonde bàng quang.
 - + Rửa sạch, sát trùng da vùng mạch máu để làm cầu nối theo chỉ định, trải lên trên bằng một tấm vô trùng, có lỗ.
- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ theo y lệnh khi dùng thuốc chống đông. Khi kết thúc chạy thận nhân tạo dùng sulfate protamin. Nếu có bất thường báo cho bác sĩ biết.

2.4.3. Theo dõi

2.4.3.1. Theo dõi trước chạy thận nhân tạo

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, cân nặng của bệnh nhân.
- Tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi các xét nghiệm:
 - + Xét nghiệm máu: ure, creatinin, điện giải đồ, khí máu, pH, glucose, protein, hematocrit, Hb.
 - + Xét nghiệm nước tiểu: ure, creatinin.
 - + Điện tâm đồ.
 - + Xquang phổi.

2.4.3.2. Theo dõi trong khi chạy thận nhân tạo

Điều dưỡng viên phải lập bảng theo dõi quá trình chạy thận nhân tạo, ghi chép 15-30 phút /lần.

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Tình trạng bệnh nhân: da, niêm mạc, cảm giác lạnh run, ý thức.
- Lượng nước tiểu.
- Theo dõi tình trạng huyết động của bệnh nhân.
- Theo dõi các loại thuốc được sử dụng trong quá trình lọc.
- Theo dõi các tai biến có thể xảy ra:
 - + Tràn máu màng tim.
 - + Suy tim.
 - + Rối loạn nước, điện giải.
 - + Tai biến do kỹ thuật.
- Theo dõi tốc độ lọc, tổng số dịch lọc.
- Theo dõi tốc độ dịch truyền dịch vào, tổng số dịch truyền, loại dịch.
- Theo dõi thời gian chạy thận nhân tạo.
- Theo dõi hoạt động của máy, đảm bảo an toàn đường dây dẫn, đảm bảo an toàn đường truyền.

2.4.3.3. Theo dõi sau chạy thận nhân tạo

- Các dấu hiệu sinh tồn, cân nặng của bệnh nhân.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ
- Theo dõi các biến chứng:
 - + Nhiễm khuẩn máu, viêm gan virus.
 - + Xuất huyết.
- Các xét nghiệm: ure, creatinin máu, điện giải đồ máu.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cần biết về sự cần thiết chạy thận nhân tạo chu kỳ ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, cũng như các tai biến có thể xảy ra trong và sau quá trình chạy thận nhân tạo.

2.5. Đánh giá

Tình trạng bệnh nhân sau khi chạy thận nhân tạo so với trước khi chạy:

- Bệnh nhân sau khi chạy có tiểu được không?

- Dấu chứng phù có giảm không?
- Tình trạng thần kinh và tiêu hoá của bệnh nhân.
- Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?
- Điện giải đồ trở lại bình thường không?, đặc biệt là kali và dự trữ kiềm.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và 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 và điều trị để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các chỉ định, chống chỉ định và các tai biến của chạy thận nhân tạo chu kỳ
2. Trình bày quy trình điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân chạy thận chu kỳ
3. Các chống chỉ định của chạy thận nhân tạo, **NGOẠI TRỪ**:
 - a. Sốc, huyết áp thấp
 - b. Suy tim nặng, tràn dịch màng tim
 - c. Rối loạn đông máu do urê máu cao
 - d. Tuổi cao trên 70, thể trạng bệnh nhân quá yếu
 - e. Xơ gan, ung thư.
4. Các biến chứng của chạy thận nhân tạo, **ngoại trừ**:
 - a. Tràn dịch màng bụng
 - b. Nhiễm khuẩn máu, viêm gan siêu vi
 - c. Suy tim
 - d. Rối loạn nước điện giải
 - e. Tai biến do kỹ thuật
5. Chế độ ăn cho bệnh nhân chạy thận nhân tạo bao gồm, **ngoại trừ**:
 - a. Ăn các chất dễ tiêu
 - b. Ăn nhiều hoa quả tươi
 - c. Đảm bảo cung cấp đầy đủ các chất khoáng
 - d. Đảm bảo cung cấp đủ năng lượng
 - e. Ăn nhiều protein

Bài 8

THĂM KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CƠ - XƯƠNG - KHỚP

MỤC TIÊU

1. Phát hiện được các triệu chứng lâm sàng khi thăm khám cơ -xương-khớp
2. Nêu được các xét nghiệm thăm dò cơ -xương-khớp
3. Thể hiện thái độ tôn trọng, nhẹ nhàng, kín đáo khi thăm khám bệnh nhân

1. ĐẠI CƯƠNG

Bộ máy vận động, gồm hệ cơ, xương và khớp, đảm bảo nhiều chức năng quan trọng của cơ thể: tạo nên một khung che đỡ các cơ quan nội tạng, thực hiện các hoạt động sinh hoạt, lao động và di chuyển của cơ thể. Những tổn thương của hệ cơ -xương-khớp có nhiều liên quan đến các cơ quan, bộ phận khác của cơ thể như thần kinh, nội tiết, chuyển hoá, tim mạch, cơ quan tạo máu... Các bệnh của bộ máy vận động nhất là khớp và xương gặp ở mọi lứa tuổi nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi, những bệnh nhân này chiếm tới 12% trong nhân dân và trên 50% với những người trên 60 tuổi. Hiện nay có nhiều ngành trong y học có nghiên cứu liên quan đến bộ máy vận động như thấp khớp học, y học lao động, y học thể thao, y học phục hồi chức năng, miễn dịch học, y học vũ trụ...

Thăm khám bộ máy vận động nằm trong quá trình chung. Để tiện trong thực tế lâm sàng, người ta chia khám cơ, khám xương và khám khớp.

2. KHÁM CƠ

Hệ cơ gồm 3 loại: cơ vân hay cơ xương, cơ trơn và cơ đặc biệt (tim và tử cung); cơ vận động được cấu tạo bởi hai thành phần cơ bản là Actin và Myosin, sự vận động của cơ dưới sự kích thích của thần kinh vận động nối tế bào cơ bằng các synáp thông qua trung gian hoá học là acetylcholin, men cholinesterase và ion Ca^{++} . Đơn vị nhỏ nhất của cơ vân là tơ cơ (tế bào), nhiều tơ cơ tạo nên sợi cơ, nhiều sợi cơ hợp thành bó cơ, nhiều bó cơ tạo nên một cơ. Tất cả các cơ đều gắn bằng nhau về kích thước và chạy song song với nhau theo cùng một chiều. a số các cơ vân đều có gân để bám vào xương (nguyên uỷ và bám tận), có những gân rất dài đối chiều nhiều lần và được tăng cường bởi các bao gân và túi thanh

dịch, giữa các cơ, giữa cơ và xương có các màng cân cơ ngăn cách... Từ những đặc điểm giải phẫu trên, ta thấy bệnh lý cơ của cơ vân có liên quan rất mật thiết với bệnh lý thần kinh, bệnh lý của cơ bao gồm cả bệnh lý gân, bao gân, túi thanh dịch và vân cơ.

2.1. Thăm khám lâm sàng

2.1.1. Hỏi bệnh

- Mỏi cơ, yếu cơ: thường là dấu hiệu sớm khiến bệnh nhân đi khám, cần khai thác sự diễn biến của các dấu hiệu mệt mỏi cơ hay yếu cơ: cố định hay tăng dần, mỏi cơ xuất hiện sau một vài động tác hay hiện tượng chóng mặt cơ gặp trong bệnh nhược cơ, yếu cơ xuất hiện từng giai đoạn, từng chu kỳ gặp trong bệnh liệt cơ chu kỳ do giảm kali máu; yếu cơ tăng dần, nặng dần trong bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển.
- Đau cơ: đau khu trú ở một cơ thường do viêm cơ; đau lan tỏa khó xác định gặp trong một số bệnh toàn thân, chú ý một số vị trí đau của gân, bao gân, dây chằng dễ nhầm với khớp, cơ, hoặc xương.
- Chuột rút: chuột rút thường xuất hiện khi gắng sức, lạnh đột ngột, rối loạn điện giải, men... nhưng cũng có khi xuất hiện tự nhiên.
- Các cơn co cứng: các cơn co cứng do thiếu calci (tê-tani), do bệnh uốn ván, do động kinh.
- Máy giật và run thớ cơ: máy giật là hiện tượng co giật một phần của cơ (máy mắt, miệng...), không đau xuất hiện tự nhiên, kéo dài trong vài giây. Run thớ cơ là hiện tượng co của sợi cơ, thớ cơ với biên độ nhỏ và tần số nhanh trong một thời gian ngắn.
- Loạn trương lực cơ: là hiện tượng khó khởi động, biểu hiện khi cơ cơ mạnh đột ngột thì giãn cơ chậm và khó.
- Khai thác tiền sử bệnh nhân và gia đình: nhằm phát hiện các bệnh bẩm sinh, các bệnh cơ có tính chất di truyền, các bệnh khác kèm theo.

2.1.2. Các dấu hiệu thực thể

- Teo cơ: khám bằng cách nhìn, sờ và nhất là đo, so sánh 2 bên.

Teo cơ hay gặp trong các bệnh về cơ nhưng cũng gặp trong bệnh thần kinh, bất động lâu, rối loạn dinh dưỡng.

- Giảm cơ lực: phần lớn các bệnh cơ có teo cơ thường giảm cơ lực. Hiện tượng giảm cơ lực là đồng đều ở mỗi lần làm động tác.

Khi khám cơ lực có thể quan sát các động tác của người bệnh khi đi lại, mang vác, làm các nghiệm pháp chống đối hay dùng dụng cụ đo cơ lực. Khám từng cơ, từng nhóm cơ, từng vùng, sau đó đánh giá:

- + Cơ lực mất hoàn toàn.

- + Giảm nặng: có thể cử động nhẹ nhưng không làm được động tác.
- + Giảm vừa: làm được động tác nhưng yếu.
- + Giảm nhẹ: làm động tác nhưng không kéo dài được.
- Trương lực cơ: bình thường cơ chắc và chun, trong bệnh lý cơ có thể mềm nhão hay rắn cứng.
- Phản xạ cơ: bình thường khi dùng búa phản xạ gõ vào thân cơ ta thấy cơ co nhẹ. Trong các bệnh cơ có teo cơ, phản xạ cơ ở vùng teo giảm và mất nhưng phản xạ gân xương có thể vẫn còn, ngược lại trong teo cơ do thần kinh phản xạ cơ vẫn tồn tại khá lâu trong khi phản xạ gân xương thay đổi rất sớm.
- Hiện tượng nút cơ cơ: khi gõ phản xạ cơ có thể làm một số sợi cơ co nhanh và khu trú tạo nên một u nổi lên, tồn tại trong vài giây gọi là nút cơ cơ.

2.2. Các xét nghiệm và thăm dò cận lâm sàng

2.2.1. Các phương pháp chẩn đoán điện cơ

- Kích thích điện
 Kích thích điện để tìm cường độ cơ sở (Rhéobese), thời trị (Chornaxie)...
 - + Cường độ cơ sở là cường độ dòng điện thấp nhất có thể gây co bóp cơ được.
 - + Thời trị là mức thời gian tối thiểu để có thể gây co bóp cơ nhẹ nhất khi kích thích với cường độ gấp hai lần cường độ cơ sở.
- Ghi điện cơ:
 - + Điện cơ bình thường: điện thế của đơn vị vận động từ 100-500 micro V thời gian xung trung bình 3-6 mili giây.
 - + Điện cơ bệnh lý: trong các bệnh loạn trương lực cơ, bệnh nhược cơ.

2.2.2. Những xét nghiệm sinh hoá

- Các men:
 - + Creatininkinase (CK) Creatin phosphat kinnase (CPK) bình thường khoảng 70 đơn vị trong 1 lít máu.
 - + Lactico dehydrogennase (LDH) bình thường khoảng 200 đơn vị/lít máu.
 - + Aldolase (Fructose 1-6 diphosphatase (FDH) khoảng 6 đơn vị/lít).
 - + Transaminase SGOT: $1,3 \pm 0,4$ micromol/l.
- Một số chất sinh hoá khác:
 - + Myoglobin có 10 nanogam/1ml máu.
 - + Xét nghiệm tìm sự có mặt của creatin trong nước tiểu.

2.2.3. Các xét nghiệm thăm dò hình thái

- Sinh thiết cơ: nhiều khi giúp quyết định chẩn đoán.
- Siêu âm: sử dụng siêu âm có thể phát hiện được những thay đổi bệnh lý của cơ vân, gân, dây chằng, nhất là các cơ ở sâu.
- Chụp nháy nháy với đồng vị phóng xạ, chụp hồng ngoại, chụp mạch... có thể được dùng để chẩn đoán bệnh cơ.

2.3. Một số hội chứng thường gặp trong bệnh lý cơ vân

2.3.1. Viêm cơ

- Viêm cơ do vi khuẩn: biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau sau đó thành mủ; có hội chứng nhiễm khuẩn; chọc dò có mủ và vi khuẩn.
- Viêm cơ miễn dịch: biểu hiện sưng đau, cứng chắc sau đó teo cứng, không bao giờ hoá mủ.

2.3.2. Loạn dưỡng cơ

- Loạn dưỡng cơ không có loạn trương lực: teo cơ ở góc chi, đối xứng tăng dần, cơ lực giảm dần, phản xạ cơ mất, điện cơ có biên độ thấp.
- Loạn dưỡng cơ có rối loạn trương lực: về lâm sàng có dấu hiệu loạn trương lực, điện cơ có lúc nghỉ không ổn định.

2.3.3. Rối loạn chức năng vận động

- Hội chứng liệt chu kỳ do giảm kali máu: liệt mềm hoàn toàn từng đợt, xét nghiệm có kali giảm trong máu, điện tim có dấu hiệu giảm kali.
- Hội chứng co cứng cơ do giảm Ca^{++} máu (tetani): co cứng và đau các cơ, xét nghiệm Ca^{++} máu giảm.
- Hội chứng nhược cơ: hiện tượng chóng mỏi cơ biểu hiện ở mắt, ở chân, tay...

3. KHÁM XƯƠNG

Xương là một tổ chức có chức năng nâng đỡ cơ thể và vừa là nơi dự trữ, bổ sung lượng calci cần thiết cho một số hoạt động sinh lý cơ thể. Về mặt cấu trúc người ta phân biệt xương đặc và xương xốp, về hoá học có thể chia xương thành 2 thành phần: khung protein và muối khoáng.

- Khung protein trong đó 95% là các sợi collagen được tạo nên bởi hydroxyprolin và hydroxylysin, 1% là chất cơ bản liên kết các sợi collagen mà bản chất là aminopolysaccharid 2% là các tế bào xương, 2% là nước.
- Thành phần muối khoáng: chủ yếu là calci và phospho dưới dạng các tinh thể hydroxyapatit $Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$, chúng được gắn song song vào các sợi collagen của khung protein.

Những biểu hiện bệnh lý của xương có thể xếp thành hai loại:

- + Những thay đổi về hình thái (đại thể).
- + Những thay đổi về cấu trúc (vi thể).

Do đó triệu chứng về xương sẽ được nghiên cứu lần lượt: lâm sàng, X-quang và xét nghiệm.

3.1. Thăm khám lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau xương: một số bệnh xương có đau như viêm xương, u xương...
- Gãy xương tự nhiên: có một số bệnh xương có thể gây gãy xương tự nhiên hay sau một va chạm, chấn thương rất nhẹ: loãng xương, đa u tuỷ xương, ung thư di căn vào xương...

3.1.2. Triệu chứng thực thể

- Thay đổi về hình dáng và kích thước của xương:
 - + Bệnh khổng lồ, to đầu chi trong u tuyến yên.
 - + Bệnh lùn do loạn sản sụn.
 - + Những dị dạng từng phần của cơ thể.
- Phát hiện những khối u của xương.
 - + Cố định trên thân xương không di động.
 - + Mật độ rắn.
 - + Một số khối u ác tính phát triển nhanh thấy da căng bóng.
- Phát hiện các vùng xương bị huỷ, thấy ở sọ trong bệnh đa u tuỷ xương.
- Trong trường hợp viêm xương thấy vùng xương viêm biến dạng, có lỗ rò chảy dịch mủ hoặc bã đậu.

3.2. X-quang trong chẩn đoán bệnh xương

3.2.1. Các phương pháp chụp

- Chụp thông thường: với các tư thế cần thiết.
- Chụp cắt lớp thường để phát hiện các tổn thương sớm và khu trú.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) và chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) có khả năng phát hiện các tổn thương có kích thước nhỏ và sâu.
- Chụp đồng vị phóng xạ: chụp thấy nháy...

3.2.2. Những tổn thương X-quang cơ bản của xương

- Hiện tượng loãng xương:
 - + Loãng xương lan toả, thấy trên tất cả các xương.
 - + Loãng xương khu trú.
- Xương đậm đặc:
 - + Đậm đặc lan toả nhiều nơi.
 - + Tập trung ở một phần của xương.
 - + Rải rác xen kẽ với thưa xương.
 - + Đặc xương ở dưới sụn, ở đầu xương, viền quanh thân xương...
- Các tổn thương khuyết xương, hốc xương:
 - + Khuyết xương: mất một phần tổ chức xương ở phần đầu hoặc thân xương.
 - + Hốc xương: tổ chức xương bị mất tạo thành hình tròn hay bầu dục.
- Hình mọc thêm xương:
 - + Xương mọc từ phần sụn nối của các xương dài như hình nấm.
 - + Hình ảnh gai xương.
 - + Hình ảnh u xương, vôi hoá phần mềm ngoài xương...
- Các hình ảnh khác:
 - + Xương biến dạng lệch trục.
 - + Hình rạn, lún, gãy, can, khớp giả.
 - + Viêm dày màng xương, màng xương bị phá vỡ.

3.3. Các xét nghiệm và thăm dò cận lâm sàng

3.3.1. Những xét nghiệm định lượng

- Calci và phospho máu:
 - + Calci máu: bình thường 2,5 mmol/l (100 mg/l) tăng trong cường cận giáp. U xương thứ phát.
 - + Phospho máu: 0,95-1,3 mmol/l (30-40 mg/l). Giảm trong cường cận giáp, thiếu vitamin D.
- Calci, phospho niệu:
 - + Calci niệu: 3,75-6,25 mmol/24 giờ (100-250 mg/l).
 - + Phospho niệu: 15 mmol/24 giờ (60mg).
- Men Phosphatase trong máu:

- + Phosphatase kiềm: phản ánh sự hoạt động của tạo cốt bào, từ 9-35 đơn vị quốc tế/100 ml. Tăng trong cường thận giáp.
- + Phosphatase acid: từ 1-4 đơn vị quốc tế /100 ml máu tăng trong ung thư tiền liệt tuyến di căn xương.
- Hydroxyprolin niệu: 150-375 mmol/24 giờ (20-50 mg) tăng trong cường cận giáp, tiêu xương do u.

3.3.2. Những nghiệm pháp thăm dò chuyển hoá

- Nghiệm pháp tăng calci niệu: tiêm tĩnh mạch 20 ml dung dịch gluconat calci 10% (176 mg canxi), lấy nước tiểu 9 giờ sau khi tiêm định lượng calci và so sánh với lượng calci đái ra 9 giờ ngày hôm trước khi tiêm. Bình thường sẽ đái ra 30% lượng calci tiêm vào. Trong nhuyễn xương lượng thải ra dưới 30%.
- Nghiệm pháp tăng calci máu: truyền tĩnh mạch 13,2 mg calci/1kg cân nặng. Định lượng calci trong máu và nước tiểu so sánh với ngày hôm trước khi tiêm. Bình thường sau khi tiêm calci máu và niệu tăng lên.
- Nghiệm pháp vitamin D2 của Lichwitz: cho uống 2 ngày, mỗi ngày 15 mg vitamin D2, sau đó định lượng calci niệu những ngày sau: bình thường calci niệu tăng từ 50-100 mg/24 giờ, trong loãng xương calci niệu tăng nhiều và kéo dài, trong nhuyễn xương calci niệu không tăng.
- Nghiệm pháp Cortison: cho uống 5 ngày mỗi ngày 25 mg Prednisolon, bình thường calci niệu không thay đổi, nếu có loãng xương calci niệu tăng nhiều.
- Dùng đồng vị phóng xạ: Ca45 và Ca47, đánh giá khả năng chuyển hoá calci.

3.3.3. Định lượng nội tiết tố và vitamin trong máu

- Định lượng Parathormon (PTH): bình thường khoảng 1 nanogram/ml máu. Tăng trong cường cận giáp.
- Thyrocalcitonin: bình thường 60 nanogram/1ml huyết tương.
- Định lượng vitamin D

4. KHÁM KHỚP

Các bệnh khớp chiếm chủ yếu trong các bệnh và bộ máy vận động, chiếm tỷ lệ khá cao trong nhân dân, có rất nhiều bệnh nội khoa có triệu chứng ở khớp như: thần kinh, máu, nội tiết, tiêu hoá, hô hấp... thăm khám lâm sàng về khớp giá trị quan trọng trong quá trình chẩn đoán bệnh tật.

4.1. Thăm khám lâm sàng

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau khớp: là dấu hiệu hay gặp nhất, cần chú ý một số đặc điểm sau:

- + Phải xác định vị trí đau khớp.
- + Về tính chất đau khớp.
- + Các phương pháp lượng giá dấu hiệu đau khớp.
- + Đánh giá bằng thang nhìn: trên một thước vạch 10 độ, bệnh nhân tự xác định đau ở độ nào (0 là không đau, 10 là đau tối đa không chịu nổi).
- + Đánh giá bằng dụng cụ tỉ nén vào khớp.
- + Đánh giá bằng khả năng sinh hoạt hằng ngày.
- + Đánh giá mức độ đau bằng số lần thức dậy trong đêm.
- Hạn chế vận động: bệnh nhân tự cảm thấy không làm được một số động tác của khớp và cột sống như: không nắm được bàn tay, không co được cẳng tay, không giơ tay lên cao, không ngồi xổm được, không cúi xuống, không quay cổ...
- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng: khi mới ngủ dậy người bệnh thấy khớp cứng đờ khó vận động, chỉ sau một thời gian mới thấy mềm trở lại dễ vận động hơn, hay gặp dấu hiệu này ở hai bàn tay và khớp gối (gặp trong thoái hoá khớp).
- Dấu hiệu phá vỡ khớp: dấu hiệu phá vỡ khớp hay gặp trong thoái hoá khớp, lúc mới ngủ dậy vướng và khó vận động, nhưng chỉ sau vài động tác khởi động thì dấu hiệu này mất đi.

4.1.2. Triệu chứng thực thể

- Sưng khớp: là hiện tượng khớp thay đổi hình dáng to hơn bình thường.
 - + Sưng khớp do viêm: viêm cấp, viêm mạn tính.
 - + Sưng khớp không do viêm.
 - + Xếp loại bệnh dựa vào số lượng khớp tổn thương: viêm đa khớp, viêm một khớp...
 - + Xếp loại viêm khớp dựa vào vị trí: khớp nhỏ, khớp lớn.
 - + Diễn biến của viêm khớp: viêm khớp di chuyển, viêm khớp tiến triển, viêm tái phát từng đợt, viêm cố định một vị trí.
- Dị dạng và biến dạng khớp: những dị dạng là kết quả của những bệnh bẩm sinh. Những biến dạng là kết quả của những bệnh mắc phải.
- Những thay đổi về động tác:
 - + Hạn chế động tác hay vận động.
 - + Phần lớn trường hợp hạn chế vận động chủ động và thụ động ở mức độ như nhau, nhưng cũng có trường hợp hạn chế vận động chủ động nhưng vận động thụ động thì bình thường.
 - + Khớp lỏng lẻo: khớp, cột sống có động tác với biên độ lớn hơn bình thường.

- Phát hiện tràn dịch khớp: khi lượng dịch khớp tăng lên gọi là tràn dịch khớp. Tràn dịch khớp chỉ được thấy rõ ở khớp gối, cổ chân và một vài khớp khác.

4.2. Các phương pháp thăm dò cận lâm sàng

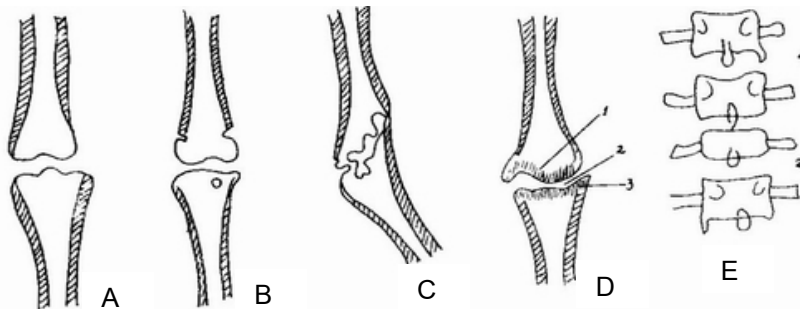
Trong những năm gần đây những tiến bộ về các phương pháp xét nghiệm và thăm dò đã giúp cho việc chẩn đoán sớm nhiều bệnh khớp, đó là các xét nghiệm về miễn dịch, các phương pháp chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân, nội soi ổ khớp...

4.2.1. X-quang

- Hiện nay có nhiều phương pháp chụp X-quang:
 - + Chụp thường.
 - + Chụp cắt lớp.
 - + Chụp sau khi bơm thuốc cản quang vào ổ khớp.
 - + Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner).
 - + Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

Những thương tổn cơ bản về X quang của khớp và cột sống gồm:

- Những thay đổi về xương:
 - + Biến dạng của đầu xương, của thân cột sống.
 - + Mất chất vôi hay loãng xương.
 - + Mọc gai xương, cầu xương.
 - + Hình khuyết, hốc, nham nhở, bào mòn.
 - + Lún xương, lún cột sống, xẹp đốt sống.
 - + Hình ảnh di lệch, lệch trục.



Hình 8.1. Hình ảnh X-quang khớp

- A. Khớp bình thường; B. Viêm khớp, mất vôi, khuyết bào mòn;
 C. Huỷ hoại đầu xương, biến dạng; D. Thoái hoá khớp
 (1. Xơ xương dưới sụn; 2. Khe khớp hẹp; 3. Mọc gai); E. Cột sống

- Những thay đổi của khe khớp, diện khớp:
 - + Khe khớp hẹp.
 - + Khe khớp giãn rộng.
 - + Dính khớp.

Diện khớp thường thay đổi muộn sau những tổn thương của sụn khớp. Diện khớp lúc đầu mờ, không rõ nét, sau đó nham nhở rồi xuất hiện những hốc, khuyết ở đầu xương.

- Những thay đổi phần mềm quanh khớp:

Trong lao khớp và cột sống có thể thấy hình ảnh áp xe lạnh ở quanh vùng tổn thương. Một số bệnh khớp có thể có hình ảnh vôi hoá bao khớp, dây chằng.

- Những phương pháp chụp đặc biệt:
 - + Chụp bơm thuốc cản quang.
 - + Chụp ảnh hồng ngoại.
 - + Chụp nhấp nháy bằng đồng vị phóng xạ.
 - + Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner)

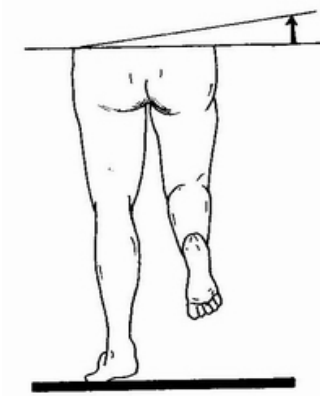
4.2.2. Các xét nghiệm đánh giá hiện tượng viêm trong bệnh khớp

Những xét nghiệm này nhằm phát hiện có phản ứng viêm hay không, mức độ viêm và theo dõi sự diễn biến của quá trình viêm. Chúng không nói lên được nguyên nhân của bệnh.

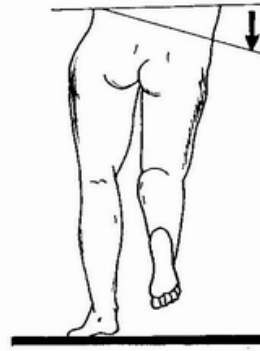
- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng trong viêm khớp nhiễm khuẩn. Bạch cầu lympho đôi khi tăng trong lao khớp.
- Tốc độ lắng máu tăng hầu hết các bệnh viêm khớp: viêm khớp nhiễm khuẩn, lao, thấp khớp cấp, viêm khớp dạng thấp, gút, viêm khớp trong các bệnh tạo keo...
- Sợi huyết: bình thường 300-500 mg%, tăng trong hầu hết các bệnh viêm khớp.
- Điện di protein huyết thanh: các bệnh viêm khớp đều có tăng globulin và giảm albumin, thấy tăng 2 và globulin.

4.2.3. Phương pháp thăm khám lâm sàng một số khớp và khám cột sống

- Thăm khớp lâm sàng khớp háng:
 - + Quan sát: tư thế bệnh nhân đứng thẳng, nằm ngửa, ngồi xổm, đứng một chân và đi. Quan sát hình thái phần mềm quanh khớp.
 - + Sờ nắn tìm các điểm đau và thay đổi của phần mềm quanh khớp.



Hình 8.2. Nghiệm pháp Tredelenburg bình thường



Hình 8.3. Nghiệm pháp Tredelenburg bệnh lý

- Khám các động tác là khâu quan trọng nhất. Khám với các tư thế đứng, nằm ngửa và nằm sấp, nên sử dụng thước đo góc để đánh giá khả năng vận động cụ thể.
 - + Trước tiên cho bệnh nhân tiến hành một số động tác có tính chất tổng hợp để đánh giá sơ bộ: cúi người ra phía trước, dạng hai chân, ngồi xổm...
 - + Lần lượt khám các động tác gấp duỗi, khép dạng và quay. Thường khám với tư thế bệnh nhân nằm ngửa.
- Khám khớp gối
 - + Hỏi bệnh
 - * Đau.
 - * Hạn chế vận động.
 - * Tiếng lạo xạo khi vận động.
 - * Chú ý khai thác tiền sử bệnh.
 - + Quan sát
 - * Với tư thế đứng thẳng ta phát hiện dị dạng của khớp gối và xương.
 - * Quan sát những thay đổi về da, phần mềm và hình thái khớp gối cong lõm.
 - * Quan sát hiện tượng teo cơ quanh khớp
 - + Sờ nắn và làm các động tác
 - * Tìm các điểm đau.
 - * Di động xương bánh chè.
 - * Bập bênh xương bánh chè.
 - * Bập bênh xương bánh chè và dấu đa động.



Hình 8.4. Tìm dấu hiệu bấp bệnh xương bánh chè

- Khám khớp vai:
 - + Những thay đổi ở ngoài da và hình thái vai có thể thấy trong các bệnh thực sự của khớp vai: viêm mủ khớp, lao khớp, khối u...
 - + Tìm các điểm đau.
 - + Tiến hành các động tác của khớp vai: bệnh nhân làm các động tác chủ động và thụ động, gồm đưa ra trước, ra sau, khép vào và giang ra, đưa lên.
- Quan sát về cấu tạo và hình thái cột sống
 - + Da, tổ chức dưới da và khối cơ cạnh cột sống.
 - + Quan sát hình thái.
 - + Mất đường cong sinh lý.
 - + Gù, đau.
- Khám các khớp bàn tay, ngón tay:
 - + Khớp cổ tay
 - + Khớp bàn ngón tay
 - + Khớp ngón tay xa
 - + Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các triệu chứng lâm sàng của cơ, xương và khớp khi bị tổn thương.
2. Cấu tạo giải phẫu cơ vân gồm các thành phần, **ngoại trừ**:
 - a. Tơ cơ.
 - b. Bó cơ.
 - c. Sợi cơ.
 - d. Màng cân cơ.
 - e. Cơ.
3. Khung protein trong thành phần của xương có:
 - a. Các sợi collagen chiếm 75%.
 - b. Các sợi collagen chiếm 85%.
 - c. Các sợi collagen chiếm 93%.
 - d. Các sợi collagen chiếm 95%.
 - e. Các sợi collagen chiếm 97%.
4. Những tổn thương X-quang cơ bản của xương, **ngoại trừ**:
 - a. Hình ảnh loãng xương.
 - b. Hình ảnh xương đậm đặc.
 - c. Hình ảnh các tổn thương khuyết xương, hốc xương.
 - d. Hình ảnh gai xương.
 - e. Hình ảnh mọc thêm xương.
5. X-quang khớp có những thay đổi của khe khớp, diện khớp **ngoại trừ**:
 - a. Khe khớp hẹp.
 - b. Huỷ hoại đầu xương.
 - c. Khe khớp giãn rộng.
 - d. Dính khớp.
 - e. Diện khớp mờ, không rõ nét.

Bài 9

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số đặc điểm lâm sàng, tiến triển và chẩn đoán viêm khớp dạng thấp
2. Lập được quy trình chăm sóc bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp
3. Thể hiện thái độ phải nhẹ nhàng, ân cần và biết thông cảm khi chăm sóc

1. BỆNH HỌC CỦA VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

1.1. Đại cương

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh thấp khớp mạn tính, tự miễn, bệnh gặp chủ yếu ở nữ. Nguyên nhân gây bệnh còn chưa rõ. Là một bệnh thường gặp trong các bệnh về khớp chiếm khoảng 20%. Tỷ lệ bị mắc bệnh ở Việt Nam khoảng 0,5% trong nhân dân. Biểu hiện chính của bệnh là tổn thương các khớp, chủ yếu là các khớp nhỏ và có thể để lại di chứng nặng nề gây tàn phế suốt đời nếu không được điều trị và chăm sóc đúng cách. Đặc điểm của bệnh viêm khớp dạng thấp:

- 70-80% là nữ giới bị bệnh
- 60-70% trường hợp trên 30 tuổi.
- Một số trường hợp có tính chất gia đình.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

1.2.1. Nguyên nhân

Là một bệnh tự miễn, có thể có nhiều yếu tố thuận lợi cùng tham gia vào nguyên nhân gây bệnh:

- Tác nhân gây bệnh có thể là vi khuẩn, virus hay các dị nguyên.
- Cơ địa có liên quan đến giới và tuổi.
- Di truyền.
- Các yếu tố thuận lợi khác.

1.2.2. Cơ chế sinh bệnh

Lúc đầu tác nhân gây bệnh tác động như một kháng nguyên, tuy nhiên đến nay vẫn chưa biết là kháng nguyên gì, gây lấn át dòng tế bào T được kháng nguyên kích thích trên những cơ thể cảm nhiễm di truyền trong giai đoạn đầu của bệnh. Một tiểu nhóm tế bào T hoạt hoá trong màng hoạt dịch đã sản xuất nhiều cytokin khác nhau bao gồm: Interferon γ , interleukin 2 và yếu tố hoại tử u, có tác dụng gây viêm màng hoạt dịch kéo dài đó là đặc trưng của viêm khớp dạng thấp. Kích thích thêm các tế bào khác trong màng hoạt dịch (bạch cầu đơn nhân, tế bào B, tế bào màng hoạt dịch giống nguyên bào sợi), bằng cytokin hoặc tiếp xúc trực tiếp với tế bào T hoạt hoá, sẽ dẫn đến giai đoạn phá huỷ nhiều hơn. Các bạch cầu đơn nhân hoạt hoá và tế bào màng hoạt dịch giống nguyên bào sợi không chỉ sản xuất các cytokin tiền viêm khác nhau và các yếu tố tăng trưởng có thể làm phức tạp thêm tình trạng viêm, mà còn kích thích sự sản xuất các metalloproteinase của chất nền và các protease khác. Chính những tác nhân này làm trung gian phá huỷ chất nền của mô khớp đặc trưng của giai đoạn phá huỷ trong viêm khớp dạng thấp.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

85% bắt đầu từ từ rồi tăng dần, 15% đột ngột với các dấu viêm cấp; đa số bằng viêm một khớp, đó là một trong các khớp bàn tay (cổ tay, bàn ngón, ngón gấu) gối. Kéo dài từ vài tuần đến vài tháng rồi chuyển qua giai đoạn toàn phát.

1.3.1. Tại khớp

- *Khởi phát*: đa số thường từ từ, thường khởi đầu bằng đau một khớp như khớp bàn tay, khớp gối. Thời gian khởi phát có thể khác nhau tùy theo từng bệnh nhân, có thể từ vài tuần đến vài tháng.
- *Toàn phát*: là giai đoạn viêm nhiều khớp, biểu hiện bằng viêm các khớp nhỏ như khớp cổ tay, bàn ngón tay, gối, cổ chân và bàn ngón chân với tính chất sưng, nóng, đỏ, đau và hạn chế vận động. Ngoài ra các biểu hiện khác như cứng khớp buổi sáng và đau nhiều về đêm hoặc gấu sáng. Có thể gặp các dấu chứng về biến dạng khớp nhưng thường muộn hơn và ở những bệnh nhân không được điều trị đúng cách.

1.3.2. Triệu chứng ngoài khớp

- Dấu toàn thân: bệnh nhân sốt nhẹ, da xanh, ăn uống kém, cơ thể gầy sút.
- Hạt dưới da.
- Dấu hiệu teo cơ, tổn thương gân và dây chằng.
- Tổn thương nội tạng như: viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi, loãng xương.
- Một số tổn thương khác như viêm giác mạc, viêm mống mắt và tổn thương thần kinh ngoại biên.

1.3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu giảm, bạch cầu tăng. Tốc độ máu lắng tăng.
- Điện di protein: α globulin tăng.
- Fibrinogen tăng.
- Waaler Rose dương tính khi độ pha loãng huyết thanh lớn hơn hay bằng 1/32.
- Dịch khớp tăng bạch cầu, giảm độ nhớt.
- Sinh thiết màng hoạt dịch, hoặc hạt dưới da cho hình ảnh điển hình của viêm khớp dạng thấp.
- X-quang, tùy theo từng giai đoạn cho thấy các tổn thương khác nhau, từ mất vôi ở đầu xương đến hẹp khe khớp và dính khớp.

1.4. Chẩn đoán xác định

1.4.1. Chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của hội thấp học Mỹ 1987

Gồm 7 điểm, trong đó tiêu chuẩn từ 1-4 phải có thời gian ít nhất 6 tuần, chẩn đoán dương tính cần ít nhất 4 tiêu chuẩn, đó là:

1. Cứng khớp buổi sáng kéo dài ít nhất 1 giờ.
2. Sưng đau ít nhất 3 nhóm khớp trong số 14 nhóm: ngón tay gần, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân (2 bên).
3. Sưng đau 1 trong 3 khớp của bàn tay: ngón gần, bàn ngón, cổ tay.
4. Sưng khớp đối xứng.
5. Có hạt dưới da.
6. Phản ứng tìm yếu tố thấp huyết thanh dương tính (Waaler Rose +).
7. Hình ảnh X quang điển hình.



Hình 9.1. Bàn tay hình chữ M



Hình 9.2. Bàn tay hình gió thổi



Hình 9.3. Hạt dưới da

1.4.2. Ở tuyến y tế cơ sở thiếu cận lâm sàng

Chẩn đoán có thể dựa vào các điểm sau:

- Phụ nữ 30-50 tuổi.
- Viêm nhiều khớp xa gốc chi.

- Khởi đầu từ từ, tiến triển ít nhất 6 tuần.
- Đau trội về đêm và cứng khớp buổi sáng.

1.4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Giai đoạn đầu (<6 tuần): phân biệt với:
 - + Thấp khớp cấp: dựa vào tuổi, tính chất viêm...
 - + Thấp khớp phản ứng: sau các bệnh nhiễm khuẩn, không đối xứng.
 - + Hội chứng Reiter: viêm khớp, viêm niệu đạo và kết mạc mắt.
- Giai đoạn sau (>6 tuần) phân biệt với:
 - + Thoái khớp: lớn tuổi, không có dấu viêm.
 - + Đau khớp trong bệnh tạo keo nhất là lupus ban đỏ.
 - + Viêm cột sống dính khớp: nam giới, đau cột sống lưng, thắt lưng cùng chậu.
 - + Bệnh thống phong: acid uric tăng cao trong máu.

1.5. Điều trị

- Điều trị bằng thuốc: thuốc giảm đau, thuốc kháng viêm.
 - + Kháng viêm nonsteroid:
 - Aspirin: có tác dụng giảm đau và chống viêm, dùng 2g/24 giờ.
 - Dextropropyphen (Diantavic 430mg)
 - Indomethacin (Indocid)
 - Diclofenac (Voltaren)
 - Piroxicam (Felden)
 - Tenoxicam (Tilcotil)
 - Meloxicam (Mobic)
 - + Kháng viêm steroid
 - Corticoid: 1mg/10 kg cân nặng
- Điều trị phục hồi chức năng.
- Điều trị tại chỗ.
- Điều trị ngoại khoa để chỉnh hình kết hợp.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

2.1. Nhận định tình hình

Bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp thường là một bệnh mãn tính, tiến triển ngày càng nặng dần, 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, thường là trầm cảm.
- Mức độ đau và hạn chế vận động.
- Tình trạng cứng khớp buổi sáng.
- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị bệnh gì khác trước đây không?
- Có lo lắng hay bị sang chấn gì không?
- Thời gian bị bệnh bao lâu?
- Các thuốc điều trị trước đây.

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân có mệt mỏi, đau đớn không?
- Tự đi lại được hay phải giúp đỡ?
- Tình trạng các chi có bị biến dạng không?
- Các dấu hiệu khác kèm theo.

2.1.3. Đánh giá qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đánh giá tình trạng các khớp bị tổn thương, chú ý các khớp nhỏ.
- Đánh giá các biến chứng hay các bệnh kèm theo, đặc biệt chú ý tình trạng về tiêu hoá, như đau bụng hay có dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận thông tin qua hồ sơ bệnh án và gia đình.
- Quá trình điều trị và chăm sóc trước đó.
- Các thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp:

- Cứng và sưng các khớp buổi sáng do các khớp bị viêm.
- Tăng thân nhiệt do viêm khớp.
- Nguy cơ xuất huyết tiêu hoá do dùng các thuốc kháng viêm dài ngày.
- Nguy cơ tàn phế do tiến triển của bệnh.

2.3. Lập kế hoạch 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 dễ chịu nhất và tránh tư thế xấu.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tập luyện các khớp để tránh teo cơ, đặc biệt trong giai đoạn cấp.
- 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

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi tình trạng thương tổn các khớp.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, Waaler-Rose, tốc độ lắng máu.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Theo dõi diễn tiến của bệnh.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.
- Biết được tác dụng phụ của thuốc điều trị để theo dõi và phòng ngừa.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc. Bệnh để lại di chứng rất nặng nề dẫn đến tàn phế nếu không được điều trị và chăm sóc đúng cách.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế cơ năng nếu trong giai đoạn cấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự phục vụ mình nếu đã có hiện tượng biến dạng khớp, bằng cách hàng ngày các đồ dùng của bệnh nhân phải được sắp xếp ở vị trí thích hợp và tiện sử dụng khi cần thiết.
- Tích cực vận động nếu tình trạng đau đớn chịu đựng được.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng, nhiều sinh tố.
- 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. Nếu có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

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. Cần chú ý các thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp phải uống sau khi ăn no. 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: Waaler-Rose, tốc độ lắng máu, công thức máu...
 - + Các xét nghiệm khác như chụp X-quang, siêu âm khớp, điện tim...

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở phải được theo dõi kỹ.
- Tình trạng tổn thương khớp trên lâm sàng.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

Cần phải giáo dục cho bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.

Bệnh nhân cần phải biết cách tập luyện, đặc biệt trong giai đoạn cấp, đồng thời các tác dụng phụ của thuốc có thể xảy ra.

2.5. Đánh giá 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 các khớp có thuyên giảm không: tính chất sưng và đau, cũng như tình trạng vận động của bệnh nhân.
- Đánh giá sự tiến triển của bệnh.
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Đánh giá khả năng điều trị của bệnh nhân và gia đình.
- 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. Kể các yếu tố thuận lợi có thể khởi phát bệnh viêm khớp dạng thấp.
2. Trình bày các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn của hội thấp học Mỹ 1987.
3. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau.
 - A. Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn
 - B. Viêm khớp dạng thấp gặp ở nam nhiều hơn nữ
 - C. Viêm khớp dạng thấp có thể tàn phế nếu không điều trị tốt
4. Chọn câu trả lời đúng nhất sau
 - 4.1. Dấu hiệu nào không đúng trong viêm khớp dạng thấp
 - a. Cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 1 giờ
 - b. Sưng đau ít nhất 3 nhóm khớp trong số 14 nhóm khớp
 - c. Sưng đau 1 trong 3 khớp của bàn tay: ngón gân, bàn ngón, cổ tay
 - d. Sưng khớp đối xứng
 - e. Có hạt dưới da
 - 4.2. Khi chẩn đoán viêm khớp dạng thấp không có cận lâm sàng, cần dựa vào những yếu tố nào sau đây:
 - a. Phụ nữ 30-50 tuổi
 - b. Viêm nhiều khớp xa gốc chi
 - c. Tiến triển ít nhất 6 tuần
 - d. Cứng khớp buổi sáng
 - e. Tất cả các yếu tố trên

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh thoái hóa khớp*
- 2. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân bị thoái hóa khớp*

1. BỆNH HỌC VỀ THOÁI HÓA KHỚP

1.1. Đại cương

Là bệnh mạn tính do thoái hoá tổ chức của khớp gân sụn khớp và xương ở một hay nhiều vị trí. Tiến triển chậm, tuy nhiên bệnh có thể tiến triển nặng dần làm ảnh hưởng đến hoạt động của bệnh nhân. Đây là bệnh thường gặp ở nước ta cũng như các nước trên thế giới. Bệnh thường xảy ra ở người sau 40 tuổi, nhất là làm các nghề lao động nặng. Điều trị và phòng bệnh còn nhiều khó khăn và hiệu quả không cao.

Bệnh gặp ở mọi dân tộc, nam và nữ mắc bệnh ngang nhau. Tuổi càng tăng tỷ lệ càng cao. Ở Pháp, thoái hóa khớp chiếm 28,6% các bệnh xương khớp. Ở Mỹ, 80% người > 55 tuổi có dấu X-quang là thoái hóa khớp. Tại Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội, thoái hóa khớp chiếm 10,41% ở khoa cơ xương khớp.

Thoái khớp theo thứ tự thường gặp: cột sống thắt lưng, cột sống cổ, gối, háng...

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Sự lão hoá

Là nguyên nhân chính của thoái khớp nguyên phát, xuất hiện muộn thường ở người lớn tuổi (> 60), nhiều vị trí, tiến triển chậm, không nặng. Tế bào sụn già dần, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysacharid giảm và rối loạn, chất lượng sụn kém dần, tính chịu lực và đàn hồi giảm.

1.2.2. Yếu tố cơ học

Chủ yếu gây thoái khớp thứ phát, thường gặp ở người trẻ (<40 tuổi), khu trú một vài vị trí, nặng và tiến triển nhanh. Yếu tố này thể hiện bằng sự tăng bất thường lực nén trên mặt khớp, gọi là hiện tượng quá tải, gồm:

- Tăng cân quá mức do béo phì, tăng trọng tải do nghề nghiệp.
- Biến dạng khớp thứ phát sau chấn thương, viêm, u...
- Dị tật bẩm sinh làm thay đổi diện tích nén của các mặt khớp.

1.2.3. Yếu tố khác

- Di truyền: cơ địa già sớm.
- Nội tiết: mãn kinh, đái tháo đường, loãng xương do nội tiết.
- Chuyển hoá: bệnh thống phong, bệnh da xạm nâu.

1.2.4. Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp

Các nghiên cứu mới nhất đã tập trung nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố tăng trưởng và của cytokin đối với hoạt động chuyển hoá của tổ chức sụn. Hiện nay người ta đã biết rõ các cytokin tiền viêm, đặc biệt là Interleukin 1 (IL-1) và TNF có khả năng làm cho các tế bào sụn tiết ra chất metalloproteinase như collagenase và stromeolysin, chúng làm tăng cường sự tiêu huỷ của sụn và kết quả dẫn đến sự huỷ sụn không hồi phục. Ở sụn, cytokin tác dụng chủ yếu bằng cách hạn chế sự tổng hợp hơn là kích thích sự phân huỷ các tế bào. Tuy nhiên người ta vẫn chưa rõ yếu tố nào khác có thể kích thích tế bào sụn tăng hoạt động phân tử của chúng ở giai đoạn đầu.

1.3. Triệu chứng học

1.3.1. Lâm sàng

- Đau:
 - + Đau khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi.
 - + Vị trí: khớp hoặc đoạn cột sống bị thoái hoá, ít lan xa trừ khi có chèn ép rễ và dây thần kinh.
 - + Tính chất: đau âm ỉ, có thể có cơn cấp ở cột sống và tăng khi vận động, thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi (khác đau do viêm). Đau không kèm sưng nóng đỏ.
 - + Diễn biến:

Thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, nhưng cũng có thể đau liên tục tăng dần (thoái khớp thứ phát).

Hạn chế vận động: do đau và có khi hạn chế nhiều thường do các phản ứng cơ cơ kèm theo. Bệnh nhân có thể không làm được một số động tác như quay cổ, cúi sát đất, ngồi xổm...

- Biến dạng: do mọc gai xương, lệch trục hoặc thoát vị màng hoạt dịch.
- Triệu chứng khác

- + Teo cơ: do ít vận động.
- + Tràn dịch khớp: do phản ứng xung huyết và tiết dịch màng hoạt dịch.

1.3.2. X quang

Có 3 dấu hiệu cơ bản:

- Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều, ở cột sống thấy chiều cao đĩa đệm giảm. Hẹp nhưng không bao giờ dính khớp.
- Đặc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp có hình mờ đậm (cản quang nhiều), trong phần xương đặc thấy một số hốc nhỏ sáng hơn.
- Mọc gai xương: ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch, ở mép ngoài của thân đốt sống. Gai xương có hình thô và đậm (khác cầu xương), một số mảnh gai xương rời ra nằm trong ổ khớp hay phần mềm quanh khớp.

Một số phương pháp chụp đặc biệt có thể phát hiện sớm các tổn thương của sụn khớp và đĩa đệm như: chụp cắt lớp tỷ trọng, chụp bơm thuốc cản quang vào ổ khớp, vào đĩa đệm.

1.3.3. Xét nghiệm khác

- Xét nghiệm máu và dịch khớp: không có gì thay đổi
- Nội soi khớp: thấy những tổn thương thoái hoá của sụn khớp phát hiện các mảnh gai xương rời trong ổ khớp.
- Sinh thiết màng hoạt dịch: để phân biệt các bệnh khớp khác.

1.4. Chẩn đoán

1.4.1. Chẩn đoán xác định

- Khởi bệnh: tuổi, tác nhân cơ học, tiền sử...
- Triệu chứng lâm sàng.
- Dấu hiệu X quang.

1.4.2. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với các bệnh khớp do viêm: chủ yếu dựa vào hội chứng viêm.

1.5. Điều trị

Điều trị phải theo các nguyên tắc sau:

- Là một quá trình điều trị lâu dài, phải theo dõi từng giai đoạn để quyết định thái độ điều trị, nhiều khi phải kéo dài suốt đời bệnh nhân.
- Phải kết hợp nhiều phương pháp: nội khoa, vật lý trị liệu, ngoại khoa. Tùy từng giai đoạn mà chọn lựa thuốc và phương pháp. Phải chú ý đến yếu tố tâm lý của bệnh nhân và khả năng lao động nghề nghiệp.

- Phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, bệnh nhân, gia đình người bệnh, giữa các cơ sở điều trị với điều dưỡng, phục hồi chức năng và tái giáo dục nghề nghiệp.

Các phương pháp điều trị:

- Các thuốc chống viêm, giảm đau.
- Các thuốc và phương pháp điều trị theo nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.
- Các phương pháp vật lý và ngoại khoa.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Bệnh nhân đau xuất phát từ khớp hay cột sống?
- Đau có tăng lên khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi không?
- Đau có lan xa hay không?
- Tuổi, nghề nghiệp bệnh nhân và tình trạng kinh nguyệt (nếu là nữ).
- Các thuốc đã sử dụng.
- Tiền sử bệnh tật.

2.1.2. Nhận định qua quan sát bệnh nhân

- Quan sát thể trạng chung của bệnh nhân.
- Tư thế giảm đau của bệnh nhân.
- Vận động có bị hạn chế không?
- Tại khớp hoặc cột sống có hiện tượng viêm hay không? có biến dạng khớp hay không? tổn thương khớp có đối xứng và nhiều vị trí hay không?

2.1.3. Nhận định bằng cách thăm khám bệnh nhân

2.1.3.1. Lâm sàng

- Tìm dấu hiệu đau, đây là dấu chứng quan trọng nhất (đau tăng khi vận động, đứng lâu, lao động, giảm hoặc hết khi nghỉ ngơi, ngày đau nhiều hơn đêm).
- Đánh giá vận động các khớp: hạn chế vận động.
- Khám cơ: teo cơ.
- Khám ở cột sống có thể thấy gù hoặc quá uốn, ở một vài khớp có thể thấy gai xương nổi lên (khớp ngón tay, khớp gối, ngón chân cái).
- Khám khớp gối có thể thấy tràn dịch, một số màng hoạt dịch có thể thoát ra ngoài vị trí bình thường tạo nên các kén hoạt dịch dưới da.
- Tìm dấu lạo xạo, lục cục khi vận động, dấu hiệu này ít giá trị.

2.1.3.2. Cận lâm sàng

- Dấu X quang:
 - + Hẹp khe khớp nhưng không bao giờ dính khớp.
 - + Xơ hóa, đặc xương dưới sụn.
 - + Mọc gai xương ở phần đầu xương.
 - + Các hốc nhỏ ở phần đầu xương xơ hóa.
- Các xét nghiệm về sinh hóa, máu và miễn dịch đều bình thường.

2.1.4. Nhận định bằng thu thập các thông tin đã có

- Qua gia đình bệnh nhân
- Qua hồ sơ bệnh án và cách thức điều trị

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua hỏi bệnh, khai thác tiền sử, bệnh sử và thăm khám bệnh nhân, người điều dưỡng phải biết cách thu thập và lựa chọn những thông tin cần thiết để chẩn đoán. Một số chẩn đoán có thể gặp ở bệnh nhân như sau:

- Hạn chế vận động do đau.
- Biến dạng chi do mọc gai xương, lệch trục hoặc thoát vị màng hoạt dịch.
- Hạn chế vận động do đau.
- Teo cơ do ít vận động.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc 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, nằm ở tư thế dễ chịu nhất và tránh tư thế gây biến dạng khớp.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tập luyện các khớp để hạn chế thoái khớp và biến dạng khớp.
- 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

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi tình trạng thương tổn các khớp.
- Theo dõi một số hình ảnh thoái khớp trên X-quang.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.
- Bệnh nhân phải biết rằng chế độ ăn uống và lao động nặng có ảnh hưởng đến thoái hóa khớp.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân thoái hóa khớp là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc. Tuy nhiên rất ít trường hợp dẫn đến tàn phế hoàn toàn.

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi ở tư thế cơ năng trong giai đoạn cấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự phục vụ mình. Nếu đã có hiện tượng biến dạng khớp, các đồ dùng của bệnh nhân phải được sắp xếp ở vị trí thích hợp và tiện sử dụng khi cần thiết.
- Động viên, trấn an bệnh nhân an tâm điều trị.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng, nhiều sinh tố.
- Vệ sinh sạch sẽ: vệ sinh cá nhân, vệ sinh buồng bệnh.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc tiêm, thuốc uống. Cần chú ý các thuốc kháng viêm, giảm đau. Đối với các thuốc này, hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc khi no và trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: chụp X-quang, siêu âm khớp, điện tim.

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở phải được theo dõi.
- Tình trạng tổn thương khớp trên lâm sàng.
- Tình trạng sử dụng thuốc.
- Các biến chứng do thuốc gây ra (viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, thủng vết loét dạ dày - tá tràng, có thể gây dị ứng).

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân và gia đình cần biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.
- Giáo dục cho bệnh nhân cách tập luyện đặc biệt trong giai đoạn cấp tránh biến dạng khớp.
- Bệnh nhân cần biết các tác dụng phụ của thuốc kháng viêm và biết cách theo dõi các tác dụng phụ của thuốc.
- Phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, bệnh nhân, gia đình người bệnh, giữa cơ sở điều trị với điều dưỡng, phục hồi chức năng và tái giáo dục nghề nghiệp.

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, dựa vào:

- Tổn thương tại khớp: tình trạng đau và vận động các khớp.
- Các biến chứng: biến dạng khớp, teo cơ...
- Các biến chứng của thuốc kháng viêm.
- Khả năng hợp tác điều trị của bệnh nhân và gia đình.
- Công tác chăm sóc điều dưỡng được thực hiện tốt và đáp ứng yêu cầu của người bệnh.
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu nguyên nhân của thoái khớp.
2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thoái hóa khớp

3. Đánh dấu X cho những câu đúng sau trong bệnh thoái khớp:
- A. Bệnh nhân được nghỉ ngơi ở tư thế cơ năng trong giai đoạn cấp.
 - B. Khi chăm sóc phải chú ý đến yếu tố tâm lý và khả năng lao động nghề nghiệp của bệnh nhân.
 - C. Thoái khớp là bệnh mạn tính do thoái hoá tổ chức của khớp gần sụn khớp và xương ở một hay nhiều vị trí.
4. Đặc điểm của tổn thương khớp trong bệnh thoái hóa khớp:
- a. Kèm sưng nóng đỏ
 - b. Tiến triển tăng dần
 - c. Di chuyển từ khớp này sang khớp khác
 - d. Cố định ở một vài vị trí khớp
 - e. Đau nhiều ban đêm
5. Điều trị bệnh thoái hóa khớp chủ yếu là:
- a. Sử dụng kháng sinh thích hợp
 - b. Vật lý liệu pháp
 - c. Sử dụng kháng viêm
 - d. Chỉnh hình
 - e. Triệu chứng và phục hồi chức năng

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán
2. Nêu được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm cột sống dính khớp (CSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính, chưa rõ nguyên nhân, gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi, gây tổn thương các khớp ở gốc chi và cột sống, nhanh chóng dẫn đến dính khớp, biến dạng và tàn phế.

1.2. Dịch tễ học

- Gặp ở mọi nơi trên thế giới, nhưng tỷ lệ mắc bệnh khác nhau do có liên quan đến yếu tố HLA-B27.
- Ở Việt Nam: VCSDK chiếm khoảng 20% số bệnh nhân khớp điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai, khoảng 1,5/1000 những người trên 16 tuổi.
- Nam giới chiếm khoảng 90-95%, tuổi dưới 30 chiếm 80%, 3-10% có tính chất gia đình.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Khởi phát

- Tuổi mắc bệnh:
 - + Trên thế giới: gần 70% trước tuổi 30.
 - + Việt Nam: 80% trước tuổi 30 và 60% trước tuổi 20.
- 70% bắt đầu từ từ, 30% bắt đầu đột ngột, 75% bắt đầu từ khớp háng, 25% bắt đầu từ cột sống.
- Dấu hiệu ban đầu: đau vùng hông, đau kiểu thần kinh tọa, viêm gân Achilles..., ở nước ta thường bắt đầu bằng viêm các khớp ở chi dưới (cổ chân, gối, háng) và đau cột sống thắt lưng. Các triệu chứng này kéo dài nhiều tháng, nhiều năm.

1.3.2. Toàn phát

Sưng, đau, hạn chế vận động nhiều khớp, teo cơ, biến dạng nhanh. Viêm khớp thường có tính chất đối xứng, đau tăng về đêm.

1.3.2.1. Các khớp ở chi

- Khớp háng: 90% thường bắt đầu một bên, sau đó cả hai bên.
- Khớp gối: 80% có thể có nước.
- Các khớp khác có thể có nhưng hiếm.

1.3.2.2. Cột sống

Thường xuất hiện muộn hơn các khớp ở chi.

- Cột sống thắt lưng: 100% đau liên tục, hạn chế vận động, teo cơ cạnh cột sống.
- Cột sống lưng: thường muộn hơn vùng thắt lưng, đau âm ỉ, hạn chế vận động, biến dạng (gù) hoặc cứng, teo cơ.
- Cột sống cổ: có thể muộn hơn hoặc sớm hơn các đoạn khác, biến dạng hạn chế vận động.

1.3.2.3. Khớp cùi chỏ

- Là dấu hiệu sớm, đặc hiệu (chủ yếu trên X-quang)
- Đau vùng cùi chỏ, lan xuống đùi
- Teo cơ mông
- Nghiệm pháp giãn cánh chỏ (+)

1.3.2.4. Những biểu hiện khác

Một số dấu chứng khác có thể gặp ở bệnh nhân VCSDK. Ở nước ngoài: chiếm 20-30% trường hợp, ở Việt Nam: khoảng 3%. Một số dấu chứng có thể gặp là:

- Sốt, gầy sút
- Mắt: viêm mống mắt, viêm mống mắt thể mi
- Tim: 5% có rối loạn dẫn truyền, hở van động mạch chủ
- Các biểu hiện hiếm gặp khác:
 - + Xơ teo da
 - + Xơ phổi
 - + Chèn ép rễ thần kinh tuỷ
 - + Thoát vị bẹn, rốn

1.4. Tiến triển

- Xu hướng chung của bệnh là nặng dần 50% tiến triển liên tục, 10% tiến triển nhanh dẫn đến dính khớp, biến dạng. Nếu không được điều trị sớm và đúng, bệnh nhân có nhiều tư thế xấu, tàn phế.

- Biến chứng: suy hô hấp, tâm phế mạn, lao phổi, liệt.
- Tiên lượng:
 - + Tiên lượng xấu: trẻ tuổi, viêm nhiều khớp ngoại vi, sốt, gầy sút
 - + Tiên lượng tốt hơn: bị bệnh sau 30 tuổi, thể cột sống.

1.5. Xét nghiệm và X quang

1.5.1. Xét nghiệm

1.5.1.1. Xét nghiệm chung: Ít có giá trị chẩn đoán

- Lắng máu tăng (90%)
- Sợi huyết tăng (80%)
- Điện di protein: albumine giảm, globulin tăng
- Xét nghiệm miễn dịch: Waaler Rose, KT-KN, tế bào Hargraves phần lớn âm tính và không có giá trị chẩn đoán.
- Các xét nghiệm khác ít thay đổi

1.5.1.2. Dịch khớp

- Test Mucine (+)
- Viêm không đặc hiệu

1.5.1.3. HLA-B27

- VCSDK: 75-95% (+), ở Việt Nam dương tính 87%
- Người bình thường có thể 4-8% (+), ở Việt Nam dương tính 4%

1.5.2. X quang

- Dấu hiệu sớm: viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 3 & 4.
- Giai đoạn muộn:
 - + Khớp háng: hẹp khe khớp, diện khớp mờ, khuyết xương, dính.
 - + Cột sống: cầu xương (thân cây tre), dải xơ (đường ray).

1.6. Các thể lâm sàng

1.6.1. Thể theo triệu chứng

- Thể gốc chi: chiếm khoảng 40%, tiên lượng xấu
- Thể cột sống: tiến triển chậm, bắt đầu sau tuổi 30
- Thể không đau: cột sống dính dần, không đau
- Thể phối hợp với VKDT: có viêm thêm các khớp nhỏ bàn tay

1.6.2. Thể theo cơ địa

- Phụ nữ: nhẹ, kín đáo
- Trẻ em dưới 15 tuổi: tiến triển nhanh, tiên lượng xấu
- Người già

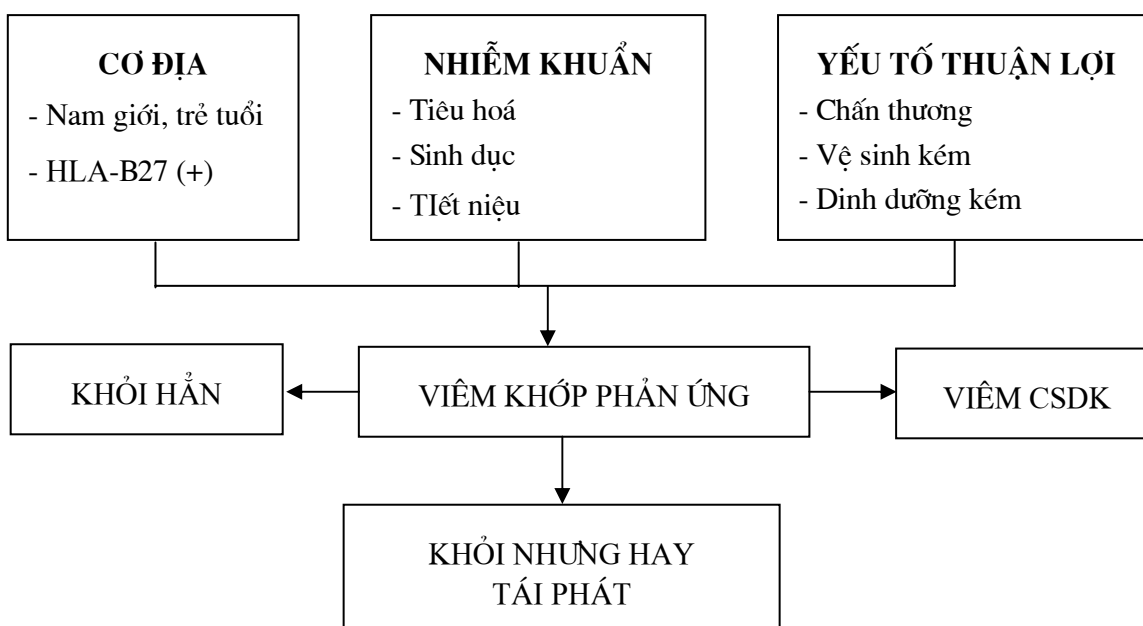
1.6.3. Thể bệnh theo hình ảnh X-quang

- Thể không có dấu hiệu viêm khớp cùng chậu
- Thể có cầu xương phía trước cột sống
- Thể có hình phá huỷ, khuyết xương.

1.7. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và tổn thương

1.7.1. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân chưa rõ, không có bằng chứng về miễn dịch nhưng có bằng chứng về vai trò của nhiễm khuẩn.



Biểu đồ 11.1. Cơ chế bệnh sinh VCSDK

1.7.2. Giải phẫu bệnh

1.7.2.1. Màng hoạt dịch & sụn khớp

- Giai đoạn đầu: màng hoạt dịch tăng sinh, thâm nhập tế bào (lympho, plasmocyte).
- Giai đoạn sau: sụn khớp bị viêm loét.
- Giai đoạn muộn: bao khớp, màng hoạt dịch xơ teo, vôi hoá, cốt hoá

1.7.2.2. Cột sống

- Tổ chức đệm giữa dây chằng dài trước và thân đốt sống bị viêm, vôi hoá, cốt hoá, hình thành cầu xương.
- Các dây chằng cột sống xơ hoá, vôi hoá dưới dây chằng gây dính cột sống.

1.8. Chẩn đoán

1.8.1. Chẩn đoán xác định

1.8.1.1. Tiêu chuẩn Hội thấp khớp NewYork, 1968

- Lâm sàng:
 - + Tiền sử hay hiện tại đau vùng thắt lưng hay lưng -thắt lưng.
 - + Hạn chế vận động vùng thắt lưng cả 3 tư thế.
 - + Độ giãn lồng ngực giảm.
- X-quang
 - + Viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 3,4
 - + Chẩn đoán xác định khi có 1 triệu chứng, mà triệu chứng đó là của X-quang.

1.8.1.2. Áp dụng thực tế ở Việt Nam

- Nam giới, trẻ tuổi.
- Đau và hạn chế vận động 2 khớp háng.
- Tốc độ lắng máu tăng cao.
- X quang: viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 2 trở lên.

1.8.2. Chẩn đoán phân biệt

1.8.2.1. Với thể viêm khớp gốc chi

- Lao khớp háng
- Chảy máu khớp trong Hemophilie
- Viêm khớp dạng thấp
- Goutte

1.8.2.2. Thể cột sống là chủ yếu

- Viêm cột sống do vi khuẩn (lao, tụ cầu...)
- Tổn thương cột sống trong bệnh Scheuermann: đau, gù, không biểu hiện viêm.
- Dị dạng, di chứng chấn thương.
- Các bệnh cơ cạnh cột sống: viêm, chấn thương, chảy máu.

1.8.2.3. Mối quan hệ giữa VCSDK với các bệnh khớp có HLA-B27 (+)

- HC Reiter, HLA-B27 (+) 80%

- Viêm khớp vảy nến: HLA-B27 (+) cao với thể cột sống.
- Viêm khớp mạn tính thiếu niên thể cột sống: HLA-B27 (+) cao.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM CỘT SỐNG ĐÍNH KHỚP

2.1. Nhận định tình hình

Bệnh nhân bị VCSDK thường là một bệnh mãn tính, tiến triển ngày càng nặng dần và dẫn đến tàn phế nếu không điều trị kịp thời và đúng cách. Vì vậy người điều dưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân cần phải đánh giá đúng thực trạng cũng như các nhu cầu cần thiết của bệnh nhân để có cách điều trị và chăm sóc tốt.

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Mức độ đau, thời gian đau và hạn chế vận động.
- Khớp nào thường đau trước và cách khởi phát của bệnh như thế nào?
- Có buồn nôn, nôn không?
- Có bị bệnh gì khác trước đây không?
- Điều kiện sống, kinh tế, công việc và nhận thức của bệnh nhân.
- Có lo lắng hay bị sang chấn gì không?
- Thời gian bị bệnh bao lâu?
- Các thuốc gì đã sử dụng và hiệu quả như thế nào?
- Tiến triển của bệnh như thế nào: nặng lên hay cầm chừng...

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân
- Tự đi lại được hay phải giúp đỡ
- Tình trạng các chi, khớp có bị biến dạng không?
- Các dấu hiệu khác kèm theo.

2.1.3. Đánh giá qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đánh giá tình trạng các khớp bị tổn thương, chú ý các khớp cột sống.
- Đánh giá các biến chứng hay các bệnh kèm theo, đặc biệt chú ý tình trạng về tiêu hoá, như đau bụng, dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá...

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận thông tin qua hồ sơ bệnh án và gia đình.
- Quá trình điều trị và chăm sóc trước đó.
- Các thuốc đã sử dụng và hiệu quả điều trị của các loại thuốc.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Qua nhận định bệnh nhân VCSDK một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân như sau:

- Sưng và đau các khớp do hiện tượng viêm.
- Biến dạng và hạn chế vận động do viêm và dính một phần khớp.
- Teo cơ do bất động.
- Hạn chế khả năng hô hấp do gù vẹo cột sống.
- Nguy cơ thất bại điều trị do tiến triển của bệnh.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua khai thác các dấu chứng trên, điều dưỡng cần đưa ra được các chẩn đoán điều dưỡng phù hợp với nhu cầu người bệnh. Người điều dưỡng 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 điều kiện kinh tế của bệnh nhân.

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế dễ chịu nhất và tránh tư thế xấu.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tập luyện các khớp để tránh teo cơ, đặc biệt trong giai đoạn cấp.
- 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

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi tình trạng thương tổn các khớp, nhất là khớp cột sống.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, tốc độ lắng máu, X-quang khớp, Waaler Rose, KT-KN, tế bào Hargraves.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc và đáp ứng của thuốc với điều trị.
- Theo dõi diễn tiến của bệnh về lâm sàng

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, các điều kiện thuận lợi, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ hỗ trợ điều trị và chăm sóc chu đáo, nhằm hạn chế các biến chứng cho bệnh nhân.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Bệnh nhân VCSDK là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc. Bệnh để lại di chứng rất nặng nề dẫn đến tàn phế. 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 cơ năng nếu trong giai đoạn cấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự phục vụ mình nếu đã có hiện tượng biến dạng khớp, bằng cách hàng ngày các đồ dùng của bệnh nhân phải được sắp xếp ở vị trí thích hợp và tiện sử dụng khi cần thiết.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng, nhiều sinh tố.
- 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.

Cần chú ý các thuốc điều trị viêm phải uống sau khi ăn no. 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: tốc độ lắng máu, công thức máu...
 - + Các xét nghiệm khác như chụp X-quang, siêu âm khớp, điện tim...

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng tổn thương khớp trên lâm sàng.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra.
- Theo dõi diễn biến của bệnh và thái độ hợp tác của bệnh nhân

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Cần phải giáo dục cho bệnh nhân và gia đình biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.

- Bệnh nhân cần phải biết cách tập luyện, đặc biệt trong giai đoạn cấp.
- Bệnh nhân cần phải biết các tác dụng phụ của thuốc có thể xảy ra.

2.5. Đánh giá

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu. Một số vấn đề cần đánh giá như sau:

- Đánh giá tình trạng các khớp có thuyên giảm không: tính chất sưng và đau, cũng như mức độ hạn chế vận động của bệnh nhân.
- Đánh giá sự tiến triển của bệnh.
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Đánh giá khả năng điều trị của bệnh nhân và gia đình.
- 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 những vấn đề sai sót hoặc thiếu để bổ sung vào kế hoạch chăm sóc.

LƯỢNG GIÁ

- Hãy nêu những tiêu chuẩn chẩn đoán VCSDK
- Đánh dấu x vào câu trả lời đúng
 - Bệnh VCSDK là bệnh tiến triển kéo dài.
 - Bệnh nhân bị VCSDK thường là một bệnh cấp tính.
 - Biến chứng của VCSDK là suy hô hấp, tâm phế mạn, lao phổi.
 - Viêm khớp thường có tính chất đối xứng, đau tăng về đêm.
 - Khớp cùng chậu là dấu hiệu sớm và đặc hiệu của VCSDK.
- (A) Viêm cột sống dính khớp là bệnh tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần. VÌ VẬY (B) Bệnh nhân cần phải biết cách tập luyện và biết các tác dụng phụ của thuốc có thể xảy ra.
 - A và B đúng, A và B có liên quan nhân quả
 - A và B đúng, A và B không có liên quan
 - A sai, B đúng
 - A đúng, B sai
 - A sai, B sai

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ GÚT

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được yếu tố dịch tễ, chuyển hoá của acid uric và triệu chứng lâm sàng*
2. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị gút*
3. *Thể hiện được thái độ đúng đắn khi chăm sóc bệnh nhân*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh hay gặp ở tầng lớp người có mức sống cao, tỉ lệ ở một số nước châu Âu khoảng 0,5% dân số, nam gấp 10 lần so với nữ. Ở Việt Nam bệnh gặp chưa nhiều song trong thập niên gần đây thấy bệnh tăng lên rõ.
- Gút là một bệnh chuyển hoá, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp và có hiện tượng lắng đọng natri urat trong các tổ chức, xảy ra do tăng acid uric trong máu.

1.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.1.1. Chuyển hoá của acid uric

- Acid uric là sản phẩm thoái giáng của nucleotid có base là purin. Có 3 nguồn cung cấp acid uric:
 - + Do thoái giáng acid nucleic từ thức ăn đưa vào
 - + Do thoái giáng acid nucleic từ các tế bào bị chết
 - + Do tổng hợp nội sinh và chuyển hoá purin trong cơ thể nhờ các men đặc hiệu
- Acid uric được thải qua nước tiểu 450-500 mg/ngày và trong phân 200 mg/ngày. Khi qua thận, urat được cầu thận lọc hoàn toàn, rồi tái hấp thu gần hoàn toàn ở ống lượn gần cuối cùng được ống lượn xa bài tiết. Trong phân, acid uric được các vi khuẩn phân huỷ.
- Nồng độ acid uric trong máu theo hằng số của người Việt Nam là 45 ± 10 mg/l ($208-327$ mol/l). Khi nồng độ > 70 mg/l ($> 416,5$ mol/l) được gọi là tăng acid uric máu

1.1.2. Các nguyên nhân làm tăng acid uric máu

- Tăng sản xuất acid uric: dùng nhiều thịt có purin, tăng thoái giáng nucleoprotein tế bào, tăng tổng hợp purin nội sinh.
- Giảm đào thải acid uric niệu: giảm độ lọc cầu thận, giảm bài tiết của ống thận. ôi khi giảm phân hủy acid uric do vi khuẩn trong phân.

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Khi acid uric trong máu tăng cao, các dịch đều bão hoà natri urat và sẽ xảy ra hiện tượng lắng đọng urat ở một số tổ chức, đặc biệt là màng hoạt dịch khớp, sụn xương, gân, tổ chức dưới da, nhu mô thận và đài bể thận...

Ở khớp, tăng acid uric máu lâu ngày dẫn đến hình thành các hạt tôphi vi thể trong các màng hoạt dịch, làm lắng đọng natri urat ở sụn. Các vi tinh thể acid uric có thể xuất hiện trong dịch khớp và khi đạt được một lượng nhất định thì sẽ gây viêm khớp và là biểu hiện của cơn gút cấp tính. Trong khi gút, tại khớp sẽ xảy ra một loạt phản ứng: các bạch cầu tập trung đến thực bào làm giải phóng các lysozym, các chất này gây viêm; các vi tinh thể còn hoạt hoá yếu tố Hageman dẫn đến hình thành kallikrein và kinin có vai trò gây viêm khớp; hoạt hoá các bổ thể và plasminogen, dẫn đến hình thành các sản phẩm cuối cùng cũng có vai trò trong viêm khớp.

Từ khi tăng acid uric máu đến cơn gút đầu tiên thường khoảng 20-30 năm và người ta thấy 10-40% số bệnh nhân gút có cơn đau quặn thận cả trước khi viêm khớp.

1.2. Phân loại các hội chứng tăng acid uric máu và bệnh gút

1.2.1. Hội chứng tăng acid uric máu vô căn và bệnh gút nguyên phát

Thể này hay gặp nhất chiếm tới 85% các trường hợp, có tính gia đình và di truyền do rối loạn chuyển hoá purin.

1.2.2. Hội chứng tăng acid uric máu và bệnh gút rối loạn men

Nói chung thể này hiếm gặp.

1.2.3. Hội chứng tăng acid uric máu thứ phát

Có thể xảy ra do suy thận, trong một số bệnh máu, bệnh nội tiết...

1.3. Lâm sàng

Cơn gút cấp đầu tiên thường xuất hiện ở lứa tuổi 35-55, ít khi trước 25 tuổi hoặc sau 65 tuổi. Ở nữ ít xảy ra trước tuổi mãn kinh, ở nam giới nếu xảy ra ở tuổi càng trẻ thì bệnh càng nặng.

Điều kiện thuận lợi: nhiều khi không rõ nhưng có thể xảy ra sau bữa ăn nhiều thịt rượu, sau xúc cảm mạnh, sau chấn thương kể cả vi chấn thương (đi giày chật), sau nhiễm khuẩn, dùng thuốc lợi tiểu như thiazid...

1.3.1. Cơ gút cấp tính

Xuất hiện đột ngột ban đêm, bệnh nhân thức dậy vì đau ở khớp, thường là khớp bàn ngón chân cái (60-70%): khớp sưng to, đỏ, phù, căng bóng, đau dữ dội và ngày càng tăng và chạm nhẹ cũng rất đau; các khớp khác có thể bị: cổ chân, gối, bàn tay, cổ tay, khuỷu. Hiếm thấy ở khớp háng, vai, cột sống. Lúc đầu chỉ một khớp sau có thể bị nhiều khớp.

Cơn kéo dài nhiều ngày, thường 5-7 ngày rồi các dấu hiệu viêm giảm dần. Hết cơn, khớp trở lại hoàn toàn bình thường. Trong cơn có thể có sốt vừa hoặc nhẹ, tốc độ lắng máu tăng, dịch khớp thấy bạch cầu khoảng $5000/\text{mm}^3$ phần lớn là đa nhân, dưới kính hiển vi thấy nhiều tinh thể natri urat. Cơn dễ tái phát khi có điều kiện thuận lợi.

Bên cạnh thể điển hình, cũng có thể tối cấp: khớp viêm sưng tấy dữ dội, đau nhiều và thể nhẹ kín đáo, đau ít dễ bị bỏ qua.

1.3.2. Lắng đọng urat

1.3.2.1. Hạt Tôphi

Hình thành các hạt tôphi dưới da. Thường xuất hiện chậm, hàng chục năm sau cơn gút đầu tiên. Khi đã xuất hiện thì dễ tăng số lượng, khối lượng và có thể loét. Tôphi hay thấy ở sụn vành tai, khuỷu tay, ngón chân cái, gót chân, mu bàn chân, gân Achille.



Hình 12.1. Hạt tôphi ngón chân cái và ở mu bàn chân

1.3.2.2. Bệnh khớp do urat

Khớp bị cứng, đau khi vận động và làm hạn chế vận động, khớp sưng vừa, không đối xứng, cũng có thể có tôphi kèm theo. Trên X-quang thấy hẹp khe khớp, khuyết xương, hình hốc ở đầu xương.

1.3.3. Biểu hiện ở thận

Urat lắng đọng rải rác ở tổ chức kẽ thận, bể thận, niệu quản.

1.3.3.1. Sỏi thận

10-20% các trường hợp sỏi, điều kiện thuận lợi là pH nước tiểu quá toan, nồng độ acid uric cao. Sỏi urat thường nhỏ và không cản quang.

1.3.3.2. Tổn thương thận

Lúc đầu chỉ có protein niệu, có thể có hồng cầu, bạch cầu vi thể, sau tiến dần đến suy thận. Suy thận hay gặp ở thể có tôphi, tiến triển chậm và là nguyên nhân gây tử vong.

1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

1.4.1. Tiêu chuẩn Rome 1963

- Acid uric máu > 70 mg/l (416,5 mol/l)
- Có hạt tôphi
- Có tinh thể natri urat trong dịch khớp hay lắng đọng urat trong các tổ chức khi soi kính hiển vi hay kiểm tra hoá học.
- Tiền sử có viêm khớp rõ, ít nhất lúc khởi đầu bệnh, viêm khớp xuất hiện đột ngột, đau dữ dội và khởi hoàn toàn sau 1-2 tuần.

Chẩn đoán: khi chỉ cần có 2 tiêu chuẩn là chẩn đoán chắc chắn.

1.4.2. Tiêu chuẩn New York 1966

- Ít nhất có 2 đợt viêm cấp một khớp ở chi, có khởi bệnh đột ngột và khởi sau 1-2 tuần.
- Có một đợt như trên nhưng liên quan đến khớp bàn ngón chân cái
- Có hạt tôphi
- Dùng colchicin bớt viêm nhiều trong 48 giờ.

Chẩn đoán: Chỉ cần có 2 tiêu chuẩn là đủ

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH GÚT

2.1. Nhận định tình hình

Gút là một bệnh mãn tính, ngày càng nặng dần, nên khi tiếp xúc với bệnh nhân cần phải nhẹ nhàng, biết thông cảm và biết được các nhu cầu cần thiết của bệnh nhân.

2.1.1. Đánh giá bằng cách hỏi bệnh

- Hỏi các điều kiện thuận lợi như ăn nhiều thịt rượu, sau chấn thương kể cả tinh thần và thể chất và thậm chí ngay cả vi chấn thương (đi giày chật), sau nhiễm khuẩn, dùng thuốc lợi tiểu như thiazid....

- Trong gia đình có ai bị bệnh như bệnh nhân không?
- Vị trí của khớp đau, mức độ đau và hạn chế vận động.
- Các khớp đau đột ngột hay từ từ và thời gian đau như thế nào?
- Gân dây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Bị như vậy lần đầu tiên hay lần thứ mấy?
- Thời gian các khớp đau kéo dài bao lâu?
- Có bị bệnh gì khác trước đây không?
- Hạt tôphi xuất hiện và tính chất của nó như thế nào?
- Sử dụng colchicin có giảm viêm hay không?

2.1.2. Đánh giá bằng quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân có mệt mỏi, đau đớn, trầm cảm không?
- Tự đi lại được hay phải giúp đỡ?
- Tình trạng các chi có bị biến dạng không?
- Trên da có gì bất thường không?

2.1.3. Đánh giá qua thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đánh giá tình trạng các khớp bị tổn thương, chú ý các khớp hay bị tổn thương
- Đánh giá các biến chứng hay các bệnh kèm theo, đặc biệt chú ý tình trạng về tiêu hoá, như đau bụng hay có dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá.

2.1.4. Thu nhận thông tin

- Thu nhận thông tin qua hồ sơ bệnh án và gia đình.
- Quá trình điều trị và chăm sóc trước đó, các thuốc đã sử dụng.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Người điều dưỡng phải phân tích, tổng hợp các dữ liệu thu được trên bệnh nhân bị bệnh gút, để xác định các chẩn đoán điều dưỡng. Một số chẩn đoán có thể có ở bệnh nhân như sau:

- Đau, sưng to các khớp do hiện tượng viêm.
- Nguy cơ biến dạng các khớp do tiến triển của bệnh.
- Nguy cơ loét các hạt Tôphi do điều trị và chăm sóc không tốt.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó có được chăm sóc điều dưỡng thật rõ ràng. 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 dễ chịu nhất và tránh tư thế xấu.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tập luyện các khớp để tránh teo cơ, đặc biệt trong giai đoạn cấp.
- 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.
- Hạn chế tối đa làm các hạt tôphi bị vỡ

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 độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi diễn biến của các hạt tôphi
- Theo dõi tình trạng thương tổn các khớp.
- Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, acid uric, tốc độ lắng máu.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc, diễn tiến của bệnh.

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân để phòng tránh bệnh gút.
- Phải biết được các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Đặc điểm của bệnh nhân gút là tiến triển kéo dài và ngày càng nặng dần nếu không được điều trị và chăm sóc. Bệnh để lại di chứng rất nặng nề dẫn đến

tàn phế nếu không được điều trị và chăm sóc một cách đúng. 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 cơ năng nếu trong giai đoạn cấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự phục vụ mình nếu đã có hiện tượng biến dạng khớp, bằng cách hàng ngày các đồ dùng của bệnh nhân phải được sắp xếp ở vị trí thích hợp và tiện sử dụng khi cần thiết.
- Động viên, trấn an bệnh nhân để an tâm điều trị.
- Ăn uống đầy đủ năng lượng, nhiều sinh tố. Không uống bia rượu và các thức ăn làm tăng acid uric.
- 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 có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

- 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: tốc độ lắng máu, công thức máu, acid uric...
 - + Các xét nghiệm khác như chụp X-quang, siêu âm khớp, điện tim ...

2.4.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở phải được theo dõi kỹ.
- Tình trạng tổn thương khớp trên lâm sàng.
- Tình trạng sử dụng thuốc và các biến chứng do thuốc gây ra.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Cần phải giáo dục cho bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, các tổn thương và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo.
- Bệnh nhân cần phải biết cách tập luyện, đặc biệt trong giai đoạn cấp, đồng thời các tác dụng phụ của thuốc có thể xảy ra.

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 tinh thần của bệnh nhân có được cải thiện không?
- Đánh giá tình trạng các khớp có thuyên giảm không: tính chất sưng và đau, cũng như tình trạng vận động của bệnh nhân.
- Đánh giá các hạt tôphi tiến triển như thế nào.
- Đánh giá hiệu quả của thuốc và tác dụng phụ của thuốc.
- Đánh giá khả năng điều trị của bệnh nhân và gia đình.
- 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 những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút.

2. Đánh dấu x vào câu đúng:

- A. Acid uric là sản phẩm thoái giáng của nucleotid có base là purin.
- B. Tăng acid uric do thoái giáng acid nucleic từ thức ăn đưa vào
- C. Tăng acid uric do thoái giáng acid nucleic từ các tế bào bị chết
- D. Tăng acid uric do tăng tổng hợp nội sinh và chuyển hoá purin trong cơ thể
- E. Con gút cấp đầu tiên thường xuất hiện ở lứa tuổi 35-55
- F. Từ khi tăng acid uric máu đến cơn gút đầu tiên thường khoảng 20-30 năm

3. (A) Gút là một bệnh chuyển hoá do hiện tượng lắng đọng natri urat trong các tổ chức, xảy ra do tăng acid uric trong máu. VÌ VẬY (B) Bệnh nhân phải biết được các tổn thương và tiến triển của gút để có thái độ điều trị và chăm sóc tốt.

- 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
- c. A sai, B đúng
- d. A đúng, B sai
- e. A sai, B sai

Bài 13

THĂM KHÁM LÂM SÀNG BỘ MÁY TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng của bộ máy tiêu hoá
2. Mô tả được các cơ quan ở các định khu trên ổ bụng
3. Khám được các cơ quan thuộc bộ máy tiêu hoá

Bộ máy tiêu hoá đi từ miệng đến hậu môn, đó là ống tiêu hoá. Ngoài ống tiêu hoá còn có gan và tụy. Tụy nằm ngoài ống tiêu hoá nhưng các cơ quan này đổ các dịch tiêu hoá vào ống tiêu hoá. Chức năng của bộ máy tiêu hoá gồm:

- Vận chuyển, nhào trộn thức ăn với dịch tiêu hoá
- Phân huỷ thức ăn
- Hấp thu thức ăn đã được tiêu hoá
- Chuyển hoá các thức ăn đã được hấp thu thành những chất cần thiết cho cơ thể.

Khám bộ máy tiêu hoá gồm:

- Hỏi bệnh: để phát hiện các rối loạn cơ năng của bộ máy tiêu hoá
- Khám phần tiêu hoá trên: miệng, tuyến nước bọt, họng và thực quản
- Khám bụng và phần tiêu hoá dưới

1. CÁC RỐI LOẠN CƠ NĂNG CỦA BỘ MÁY TIÊU HOÁ

Các triệu chứng cơ năng của bộ máy tiêu hoá rất quan trọng trong quá trình thăm khám và chẩn đoán bệnh, việc hỏi bệnh sử sẽ giúp thầy thuốc khu trú vị trí tổn thương, nhiều khi chỉ cần hỏi bệnh sử đã có thể đưa ra được chẩn đoán và hướng điều trị đúng đắn. Về mặt giải phẫu, cơ quan tiêu hoá được cấu tạo phức tạp và có chức năng khác nhau. Do đó các biểu hiện lâm sàng cũng rất phức tạp, nhưng nếu hỏi bệnh tỉ mỉ, khai thác đầy đủ các triệu chứng thì đã đi được 50% quãng đường chẩn đoán bệnh.

Hỏi bệnh nhằm xác định thời gian bắt đầu của bệnh, diễn biến và tiến triển của nó, sự liên quan của quá trình bệnh lý hiện tại với tiền sử bệnh tật. Các triệu chứng cơ năng của bộ máy tiêu hoá thường gặp như sau.

1.1. Đau

Đau là triệu chứng rất hay gặp và quan trọng, bao giờ cũng là triệu chứng chỉ điểm cho một tổ thương thực thể nhất định. Cần hỏi kỹ những đặc tính của đau như:

- Vị trí xuất hiện: thượng vị, hạ sườn phải, hạ sườn trái.
- *Hướng lan*: lên ngực, ra sau lưng, lên vai phải, sau xương ức.
- Diễn biến cơn đau: đột ngột, kéo dài âm ỉ, từng cơn có chu kỳ, định kỳ
- Kiểu đau: xoắn, thắt, quặn, căng tức hoặc dữ dội như dao đâm.
- Tư thế chống đau đặc biệt: gồng ngực, gập đầu vào bụng, nằm sấp.
- Yếu tố ảnh hưởng đến cơn đau: bữa ăn, rượu, thuốc kháng viêm như aspirin, corticoid, thuốc trung hoà toan.
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn, rối loạn đại tiện, sốt, chán ăn, vàng da, vàng mắt, gầy sút...

1.2. Rối loạn về nuốt

- Nuốt khó: không đưa thức ăn qua thực quản được, hoặc vào thực quản rất khó đi xuống dưới, bị tắc, nghẹn lại ở một chỗ nào đó (gặp trong hẹp thực quản, bóng thực quản, u tâm vị, u trung thất chèn ép thực quản...).
- Nuốt đau: đau ở phần họng, hoặc đau ở chỗ dừng thức ăn (viêm họng, áp xe thành sau họng).
- Trớ: thức ăn xuống chỗ hẹp không qua được gây cảm giác khó nuốt đồng thời đi ngược trở lại lên miệng, gặp trong giãn thực quản, u thực quản.
- Nghẹn đặc sặc lỏng gặp trong liệt màng hầu.

1.3. Nôn, buồn nôn

- Nôn là tình trạng chất chứa trong dạ dày bị tống ra ngoài.
- Buồn nôn là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn được.
- Nôn và buồn nôn thường là do nguyên nhân của bộ máy tiêu hoá nhưng cũng có thể là do nguyên nhân nằm ngoài bộ máy tiêu hoá.

1.4. Oẹ

Do co thắt của lồng ngực và cơ hoành khi đạt đến cao điểm sẽ đẩy các thành phần trong dạ dày ra ngoài và gây ra oẹ.

1.5. Ợ

Là tình trạng chất chứa trong dạ dày thực quản kể cả hơi đi ngược lên miệng. Do rối loạn chức năng vận động của ống tiêu hoá trên. Người ta phân biệt:

- Ợ hơi: do trong dạ dày thực quản có nhiều hơi, do ăn uống hoặc do rối loạn chức năng dạ dày thực quản, hoặc do nuốt nhiều hơi vào, hơi đó sẽ bị tống ra ngoài.
- Ợ nước chua: từ dạ dày hoặc thực quản lên.
- Ợ nước đắng: thường là do có mật vào dạ dày và bị ợ lên.

1.6. Rối loạn về phân

- Khối lượng: quá nhiều, hoặc quá ít.
- Số lần: 3-4 lần hoặc vài chục lần trong ngày.
- Tính chất phân:
 - + Phân táo: phân khô, rắn, ỉa chảy: nát, lỏng.
 - + Phân sống.
 - + Có mũi nhầy, máu, bọt...

1.7. Rối loạn về đại tiện

- Khó đại tiện
- Đau hậu môn khi đại tiện
- Mót rặn

1.8. Rối loạn về ăn uống

- Không có cảm giác thèm ăn: trông thấy thức ăn là sợ hãi, nhịn mấy ngày cũng được, không có cảm giác đói.
- Đầy bụng khó tiêu: ăn vào thấy tức bụng, cảm giác đó cứ kéo dài đến bữa sau hoặc kéo dài trong nhiều ngày làm cho người bệnh không muốn ăn, ăn kém.
- Ăn không biết ngon: bệnh nhân ăn được, muốn ăn hoặc tiêu hoá được nhưng khi ăn không thấy ngon miệng.
- Đắng miệng: làm cho mất cảm giác ngon miệng.

1.9. Hiện tượng sinh hơi trong ống tiêu hoá

- Trung tiện nhiều, hoặc không trung tiện được.
- Sôi bụng: do có nhiều nước và hơi trong ống tiêu hoá. Có khi sôi nhỏ chỉ người bệnh mới nghe thấy, có khi sôi to người khác cũng nghe thấy.

1.10. Chảy máu tiêu hoá

- Nôn ra máu: máu tươi hoặc đen.
- Ỉa ra máu: máu tươi, máu đen, lơ lơ như máu cá.

1.11. Vàng da, vàng mắt

Gặp trong các bệnh lý về gan mật.

2. KHÁM LÂM SÀNG PHẦN TIÊU HOÁ TRÊN

2.1. Khám miệng

Miệng mở ra phía trước, giới hạn bởi môi dưới, phía trên giới hạn bởi vòm miệng, phía dưới bởi xương sàng, hai bên bởi má, tiếp giáp phía sau với họng bởi một lỗ gọi là eo. Trong mồm có răng và lưỡi.

2.1.1. Khám môi

- Bình thường: môi màu hồng, mềm mại, cân đối.
- Bệnh lý: thay đổi màu:
 - + Môi tím gặp trong suy tim, suy hô hấp.
 - + Môi nhạt: thiếu máu.
 - + Môi to ra: trong bệnh to đầu và chi.
 - + Dị dạng: sứt môi.
 - + Liệt mặt: môi lệch về một bên, nhân trung lệch về một bên. Khi vận động môi không cân xứng.
 - + Nứt mép, hoặc chốc mép: nhiễm khuẩn hoặc virus.

2.1.2. Khám hố miệng

Bảo bệnh nhân há to miệng, dùng đèn pin chiếu vào, dùng đè lưỡi khám 2 thành bên và nền miệng.

- Bình thường: niêm mạc miệng màu hồng, nhẵn không phẳng, niêm mạc mặt trong má mang dấu ấn của răng.
- Bệnh lý:
 - + Màng đen: trong bệnh Addison, u hắc tố.
 - + Chấm xuất huyết: bệnh máu, (leucemie, giảm tiểu cầu...)
 - + Loét: thiếu vitamin (nhóm B) nhiễm khuẩn đặc biệt là biến chứng của bệnh sởi
 - + Mụn mọng nước: nhiễm khuẩn, virus.
 - + Hạt koplik: màu đỏ, ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu đinh nằm ở mặt trong má, gặp trong bệnh sởi.
 - + Lỗ ống Stenon: sưng, gặp trong bệnh quai bị.

2.1.3. Khám lưỡi: lưỡi gồm hai phần

- Phần xương: xương móng, có màng xơ rất chắc
- Phần cơ: gồm 17 cơ làm cho lưỡi rất di động. Niêm mạc lưỡi có các cơ quan vị giác. Đó là các gai vị giác nằm rải rác khắp trên mặt lưỡi.

Cách khám: bảo bệnh nhân há miệng rộng, lè lưỡi ra ngoài và cong lưỡi lên để nhìn mặt dưới.

Bình thường: lưỡi màu hồng, hơi ướt, không nhẵn mà có các gai lưỡi. Gai hình đài hoa xếp hình chữ V phân chia phần thân lưỡi và cuống lưỡi.

Bệnh lý: màng màu đen trong bệnh Addison. Chấm đen trong hội chứng Peutz Jêghrs. Lưỡi đen trong urê máu cao. Lưỡi đỏ sẫm trong nhiễm khuẩn, đa hồng cầu, suy gan. Lưỡi màu tím trong suy tim, suy hô hấp. Lưỡi màu vàng (mặt dưới lưỡi) trong hoàng đả.

- Thay đổi niêm mạc: nhiều rêu trắng trong nhiễm khuẩn nấm. Lưỡi nhẵn bóng, đỏ trong thiếu máu Biermer.
- Loét và nứt lưỡi: trong nhiễm khuẩn đặc biệt loét ở hãm lưỡi gặp trong bệnh ho gà.
- Thay đổi về khối lượng:
 - + Lưỡi to trong bệnh to đầu và chi.
 - + Lưỡi teo 1 bên do liệt thần kinh dưới lưỡi.
 - + Khối u lành hoặc ác tính (rất hiếm).

2.1.4. Khám lợi và răng

2.1.4.1. Khám lợi

Bình thường: lợi màu hồng, bóng, nhẵn ướt giống niêm mạc miệng, có hàm sát chân răng.

Bệnh lý:

- Thay đổi màu sắc: cũng gặp trong các bệnh giống như trên, đặc biệt lợi có viền đen gặp trong nhiễm độc chì, thủy ngân, Bismuth...
- Lợi phì đại: gặp trong bệnh leucemie, hoặc viêm chân răng có mũ...
- Chảy máu: gặp trong các bệnh máu (như leucemie suy tủy, giảm tiểu cầu, bệnh ưa chảy máu, bệnh máu chậm đông), viêm lợi.

2.1.4.2. Khám răng

Số lượng răng phụ thuộc vào tuổi.

- Từ 6 tháng mọc 2-4 răng, cho đến 5 tuổi mọc 20 răng sữa. Bắt đầu từ tuổi thứ 7 trở đi các răng sữa lần lượt được thay bằng răng vĩnh viễn cho đến 25 tuổi thì có đầy đủ 32 răng (mỗi hàm 16 răng).

- Cách khám răng:
 - + Khám răng cửa: bảo bệnh nhân nhe răng, kéo môi lên trên hoặc xuống dưới.
 - + Khám răng hàm: phải bảo bệnh nhân há miệng, dùng đèn lưỡi đẩy má ra hai bên hoặc đẩy lưỡi để bộc lộ răng.
- Bình thường: răng mọc đều, hình thái thay đổi tùy từng răng, lớp men trắng bóng.
- Bệnh lý:
 - + Viêm quanh chân răng có mủ.
 - + Nhiều cao răng.
 - + Thiếu sản lớp men răng biểu hiện bởi những chấm trắng ở thân răng. Phụ nữ có thai hoặc trẻ em dùng nhiều tetracyclin có thể dẫn đến đổi màu răng và thiếu sản men răng.
 - + Rụng răng sớm: hậu quả của viêm quanh răng đặc biệt là đái tháo đường.

2.1.5. Khám họng

Họng là ngã tư của đường hô hấp và đường tiêu hoá.

- Cách khám họng: khám họng rất khó, phải có đủ dụng cụ khám. Tuy nhiên trong phạm vi ngoài chuyên khoa tai mũi họng, người thầy thuốc cũng cần phải biết khám họng để phát hiện một số bệnh thông thường của họng cũng như các bệnh khác biểu hiện ở họng. Người bệnh há mồm ngửa cổ ra phía sau, dùng đèn pin hay đèn chuyên dùng chiếu ánh sáng vào họng.
- Bình thường: họng có màu hồng, phần trên lưỡi gà và màn hầu, hai bên là 2 tuyến hạnh nhân nằm giữa 2 cột trước và sau, phía sau là thành sau họng. Khi nuốt, lưỡi gà và màn hầu kéo lên che kín phần sau của mũi.
- Bệnh lý:
 - + Liệt màn hầu: khi nuốt, màn hầu không kéo lên bịt lỗ sau của mũi gây sặc.
 - + Hạnh nhân sưng to, loét có mủ, giả mạc.
 - + Họng có giả mạc: gặp trong viêm do nhiễm khuẩn, nấm, đặc biệt trong bệnh bạch hầu giả mạc phát triển nhanh có thể gây tắc thở.
 - + Dị dạng: lưỡi gà bị chẻ đôi.

2.1.6. Khám tuyến nước bọt

Có 3 đôi tuyến nước bọt: tuyến mang tai, tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi

- Tuyến mang tai: nằm ở sau xương hàm dưới, trước tai. Tuyến này là tuyến to nhất. Ống Stenon của tuyến đổ vào mặt trong má

- Tuyến dưới hàm: nằm ở phía trong nhánh ngang của xương hàm dưới. Ống tiết của nó là ống Wharton đổ vào cạnh phanh dưới lưỡi.
- Tuyến dưới lưỡi: nằm ở cạnh phanh dưới lưỡi, dưới niêm mạc miệng. Nó là tuyến nước bọt nhỏ nhất, nhưng lại có nhiều ống tiết hơn.

Bình thường: không nhìn thấy, không sờ thấy tuyến nước bọt, dù là tuyến lớn nhất. Miệng luôn luôn ướt.

Bệnh lý: tuyến có thể sưng to hoặc bài tiết ít đi gây khô miệng, không đủ nước bọt để làm ướt thức ăn:

- Tuyến sưng to do viêm
 - + Viêm cấp do quai bị
 - + Viêm cấp do nhiễm khuẩn: dễ tái phát, quan sát lỗ Stenon thấy chảy mủ ra.
 - + Sỏi tuyến nước bọt: làm tắc ống dẫn nước bọt gây đau, nhất là mỗi khi ăn, lúc đó tuyến nước bọt to lên và đau. Tuyến mang tai hay bị nhất
 - + Hội chứng Mikulicz: tuyến nước mắt và tuyến nước bọt cả hai bên đều to và to đều nhau nhưng không đau. Thường kèm theo giảm bài tiết nước bọt. Nguyên nhân chưa rõ. Bệnh Biesner Boeck Schaumann có thể là một nguyên nhân.
 - + Giảm không bài tiết nước bọt: gặp trong hội chứng Sjogren hoặc trong bệnh Sarcoidose, gây giảm nước bọt thường xuyên, do đó, dẫn đến hình thành cao răng ở cổ của răng. Sự hình thành cao răng này lại càng làm cho khô mồm. Ngoài hai bệnh trên, một số yếu tố khác gây giảm bài tiết nước bọt nhất thời như:

Yếu tố tinh thần, tâm lý

Một số thuốc: atropin, kháng histamin, một số thuốc chữa bệnh tâm thần.

- + U tuyến nước bọt: lành tính hoặc ác tính rất ít gặp, thường gặp là u hỗn hợp. U tuyến nước bọt có thể gây chèn ép dây thần kinh mặt.

3. KHÁM BỤNG

Trong ổ bụng có rất nhiều nội tạng thuộc nhiều bộ máy khác nhau (sinh dục, tiết niệu, tuần hoàn, thần kinh...) do đó việc khám bụng không phải chỉ để phát hiện các triệu chứng tiêu hoá, mà còn để phát hiện các triệu chứng có liên quan đến các bộ máy đó nữa. Để phát hiện được đầy đủ các triệu chứng và biết được các triệu chứng đó thuộc về nội tạng nào, cần phải biết phân khu ổ bụng và các nội tạng tương ứng của từng khu vực.

3.1. Phân khu vùng bụng

3.1.1. Giới hạn của bụng

Phía trên là cơ hoành, phía dưới là 2 xương chậu, phía sau là cột sống và các cơ lưng, hai bên là các cân và cơ hoành bụng. Bao quanh mặt ổ bụng và các nội tạng là lớp phúc mạc.

3.1.2. Phân khu vùng bụng

- Phía trước: kẻ 2 đường ngang: đường trên qua bờ sườn, nơi có điểm thấp nhất, đường dưới qua 2 gai chậu trước trên.
Kẻ hai đường dọc ổ bụng: qua giữa bờ sườn và cung đùi (mỗi bên một đường).
Như vậy sẽ chia ổ bụng ra làm 9 vùng (3 tầng mỗi tầng 3 vùng).
- Phía sau: là hố thất lưng giới hạn bởi cột sống ở giữa, xương sườn 12 ở trên, mào chậu ở dưới.

3.2. Hình chiếu của các cơ quan trong ổ bụng

3.2.1. Vùng thượng vị

- Thùy gan trái
- Phần lớn dạ dày kể cả tâm vị, môn vị
- Mạc nối, gan, dạ dày trong đó có mạch máu và ống mật
- Tá tràng
- Tụy trạng
- Đám rối thái dương
- Động mạch chủ bụng, động mạch thân tạng
- Tĩnh mạch chủ bụng
- Hệ thống hạch bạch huyết

3.2.2. Vùng hạ sườn phải

- Thùy gan phải
- Túi mật
- Góc đại tràng phải
- Tuyến thượng thận phải, cực trên thận phải

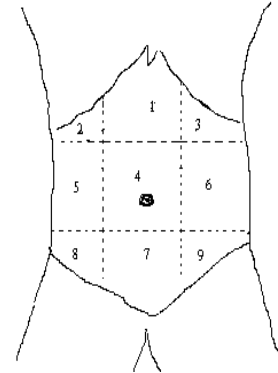
3.2.3. Vùng hạ sườn trái

- Lách
- Một phần dạ dày

- Góc đại tràng trái
- Đuôi tụy
- Tuyến thượng thận trái, cực trên thận trái

3.2.4. Vùng rốn

- Mạc nối lớn: không phải chỉ ở vùng này mà toả đi nhiều vùng trong ổ bụng
- Đại tràng ngang
- Ruột non
- Mạc treo ruột, trong đó có mạch máu của ruột
- Hệ thống hạch treo và các hạch ngoài mạc treo
- Động mạch chủ bụng, động mạch thận 2 bên
- Tĩnh mạch chủ bụng



Hình 13.1. Phân khu ổ bụng (1: Thượng vị; 2: Hạ sườn phải; 3: Hạ sườn trái; 4: Vùng quanh rốn; 5: Mạng mỡ phải; 6: Mạng mỡ trái; 7: Hạ vị; 8: Hố chậu phải; 9: Hố chậu trái)

3.2.5. Vùng mạng mỡ phải

- Đại tràng lên
- Thận phải
- Ruột non

3.2.6. Vùng mạng mỡ trái

- Đại tràng xuống
- Thận trái
- Ruột non

3.2.7. Vùng hạ vị

- Ruột non
- Trực tràng và đại tràng Sigma
- Bàng quang
- Đoạn cuối của niệu quản.
- Ở phụ nữ: tử cung
- Hai vòi trứng
- Dây chằng rộng, dây chằng tròn
- Động tĩnh mạch tử cung

3.2.8. Vùng hố chậu phải

- Manh tràng
- Ruột non, chủ yếu là ruột cuối

- Ruột thừa
- Buồng trứng phải (ở nữ)
- Động mạch chậu gốc phải
- Hệ thống hạch bạch huyết
- Một phần cơ đáy chậu

3.2.9. Vùng hố chậu trái

- Đại tràng Sigma
- Ruột non (đoạn có túi thừa mecklen)
- Buồng trứng trái (ở nữ)
- Động mạch chậu gốc trái
- Hệ thống hạch bạch huyết
- Một phần cơ đáy chậu
- Phía sau: vùng hố thắt lưng có thận và niệu quản

Sự phân khu trên đây chỉ là tương đối vì vị trí một số nội tạng có thể thay đổi bẩm sinh hoặc do mắc phải. Ví dụ: đảo ngược phủ tạng bẩm sinh, gan sẽ sang phải, dạ dày sang trái. Thận sẽ không còn nằm trong hố thận bình thường, manh tràng ruột thừa không nằm ở vùng hố chậu phải mà nằm ở vùng hạ sườn phải...

3.3. Cách khám bụng

3.3.1. Nguyên tắc chung

- Tư thế người bệnh: nằm trên giường hai tay duỗi thẳng hai bên người, hai chân hơi co để cho mềm thành bụng, phải nằm cân đối ngay ngắn, không nên gối đầu cao quá.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi hoặc đứng bên phải người bệnh.
- Phòng khám: phải đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm, có đủ dụng cụ khám kể cả găng tay cao su.
- Phải bộc lộ toàn bộ vùng bụng.

3.3.2. Cách khám

- Lần lượt quan sát bụng từ nhìn, sờ, gõ, nghe và cuối cùng là thăm trực tràng nếu cần thiết. Không nên bỏ qua một khâu nào.

3.3.2.1. Nhìn

Bình thường: bụng thon, tròn đều, thành bụng ngang xương ức di động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hoặc phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra 2 bên, trên da bụng có vết rạn nếu đã đẻ.

Quan sát bụng có thể thấy những thay đổi:

- Bụng lõm lõng thuyên do suy mòn, lao màng bụng thể xơ dính
- Bụng chướng:
 - + Do dạ dày, ruột chướng hơi hoặc trong ổ bụng có hơi (thủng tạng rỗng)
 - + Do tắc ruột hơi bị ứ lại trong ruột
 - + Do bụng có nước
 - + Do bụng có khối u: u nang nước buồng trứng, thận ứ nước, gan to...
 - + Do phình thành bụng: nhất là sau mổ ổ bụng, thành bụng yếu lớp cơ mỏng hay không có, các tạng trong ổ bụng phình to ra chỗ thành bụng yếu đó.
- Rốn lồi: do thoát vị hay có nước

Cần chú ý cân đối hai bên của thành bụng. Nếu bụng lép hay chướng to cân đối hai bên là tổn thương lan rộng toàn ổ bụng, nếu chỉ ở một vùng làm cho ổ bụng không cân đối thì tổn thương có tính chất khu trú tại vùng đó.

- + Thay đổi về di động thành bụng: thành bụng co cứng không di động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ, gập trong viêm phúc mạc, hoặc do đau quá. Thành bụng khi chướng căng quá cũng không di động theo nhịp thở được
- + Triệu chứng rắn bò: có thể thấy ở toàn bộ hay chỉ ở một vùng. Triệu chứng này là biểu hiện của tắc, hẹp ống tiêu hoá. Ví dụ:
 - * Hẹp môn vị: rắn bò vùng thượng vị
 - * Tắc đại tràng thấp: rắn bò dọc khung đại tràng
 - * Tắc ruột non thấp: rắn bò toàn ổ bụng

Cần phân biệt triệu chứng rắn bò với hiện tượng thành bụng mỏng yếu, có thể nhìn thấy quai ruột co bóp chuyển động giống rắn bò, nhưng bụng không chướng, không đau.

- Tuần hoàn bàng hệ: cần phân biệt tuần hoàn bàng hệ và trường hợp gây suy mòn cũng có thể thấy một số mạch máu lộ rõ hơn vì mất lớp mỡ da bụng.

3.3.2.2. Sờ nắn

- Nguyên tắc:
 - + Sờ nắn nhẹ nhàng từ vùng không đau trước, vùng đau sau.
 - + Phải đặt sát cả lòng bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng 5 đầu ngón tay
 - + Bảo bệnh nhân thở đều, sờ nhịp nhàng theo động tác thở của bệnh nhân.
 - + Bệnh nhân không để ý đến động tác khám của thầy thuốc, không lên gân bụng, mà phải thật mềm. Nếu cần bảo bệnh nhân nhìn lên trần nhà, đếm đều đặn từ 1 trở đi, để bệnh nhân không không co cứng thành bụng...

- Phương pháp sờ nắn:
 - + Dùng một bàn tay
 - + Dùng 2 bàn tay ấn lên thành bụng, hoặc 2 bàn tay chồng lên nhau để ấn sâu xuống ổ bụng.
 - + Sờ ở tư thế nằm ngửa là chính, nếu cần phải sờ ở tư thế nằm nghiêng 2 bên, tư thế ngồi hoặc đứng.



Hình 13.2. Phương pháp dùng 1 tay để khám

- Những dấu hiệu bệnh lý:
 - + Lớp mỡ da bụng quá dày, quá mỏng.
 - + Thành bụng phù nề: lấy 2 ngón tay cái và ngón trỏ véo vào da bụng, nếu có phù nề sẽ để lại vết lõm, thường kèm theo phù ở nơi khác.
 - + Thành bụng căng: có nước hoặc hơi.
 - + Thành bụng cứng toàn bộ: cần lưu ý những người khoẻ mạnh.

Luyện tập nhiều thành bụng cũng cứng, hoặc một số người quá nhạy cảm, sờ tay vào là co cứng thành bụng, hoặc co cứng thành bụng do yếu tố tâm thần. Ở những người này thành bụng tuy cứng nhưng vẫn di động theo nhịp thở không đau khi sờ nắn. Co cứng thành bụng chỉ ở một vùng, hoặc bụng chỗ cứng chỗ mềm đều là những dấu hiệu rất quan trọng. Thành bụng co cứng kèm tăng cảm giác đau bao giờ cũng là dấu hiệu của một bệnh cấp tính biến chuyển nhanh, cần phải theo dõi sát.



Hình 13.3. Phương pháp khám 2 tay chồng lên nhau

- + Tăng cảm giác đau: hay còn gọi phản ứng thành bụng

Ấn nhẹ tay vào vùng bị đau, bệnh nhân co thắt bụng lại hoặc nẩy nhẹ người lên, gạt tay ra không cho khám vì đau. Thường gặp trong các bệnh cấp tính như viêm phúc mạc, viêm ruột thừa, viêm túi mật...

- Tìm điểm đau:

Dùng 1 hoặc 2 đầu ngón tay ấn vào vùng nghi ngờ để tìm điểm đau.

- + Điểm đau túi mật: điểm gặp nhau của bờ ngoài cơ thẳng to và bờ sườn phải.

Trong trường hợp không phát hiện được điểm túi mật đau thì phải làm nghiệm pháp Murphy:

Ấn nhẹ và từ từ đầu ngón tay vào vùng túi mật từ nông đến sâu, trong khi đó bảo bệnh nhân hít vào sâu một cách từ từ, nửa chừng bệnh nhân phải ngừng thở vì đau: nghiệm pháp dương tính gặp trong viêm túi mật.

+ Điểm ruột thừa hay điểm Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài 2/3 trong của đường nối từ rốn và đến gai chậu trước trên bên phải. Điểm này đau trong viêm ruột thừa.

+ Điểm mũi ức: ngay dưới mũi ức trên đường trắng giữa. Thường gặp trong các bệnh dạ dày (loét, ung thư...), bệnh sỏi mật, giun chui ống mật, hoặc viêm túi mật...

+ Vùng đầu tụy và ống mật chủ: ở trong một góc 45⁰ mà một cạnh là đường trắng giữa bụng, cạnh kia ở phía bên phải, đi từ rốn lên hạ sườn phải. Vùng này đau trong viêm tụy, sỏi ống mật chủ.

+ Điểm sườn lưng: nằm trong góc giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chông thắt lưng. Điểm này đau trong viêm tụy cấp, viêm quanh thận.

+ Dấu hiệu chạm khối u hay chạm thắt lưng: bàn tay đặt phía sau lưng vùng thắt lưng, bàn tay kia đặt đối diện phía trước bụng, tay dưới để yên, tay trên ấn sâu xuống tay dưới có cảm giác một cục cứng chạm vào và đẩy nhẹ tay xuống, sau đó làm ngược lại.

+ Dấu hiệu bập bênh: hai tay cũng đặt như trên, nhưng phải đẩy nhanh và mạnh, tay kia sẽ có cảm giác một cục cứng chạm vào bàn tay rồi mất ngay giống như quả trứng trong cốc nước, đẩy quả trứng xuống, quả trứng chạm vào đáy cốc rồi nổi lên nhanh. Dấu hiệu này hay gặp trong thận to.

- Mô tả đặc điểm của khối u:

+ Vị trí: tương ứng với bộ phận nằm ở vùng đó

+ Hình thể: hình tròn, dài dẹt...

+ Kích thước

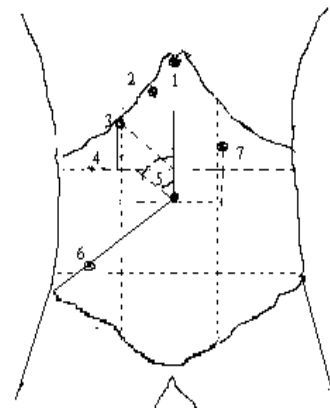
+ Bờ: hình tròn, sắc, đều hay lồi lõm

+ Mật độ: cứng, chắc, mềm, căng

+ Bề mặt: nhẵn hay gồ ghề

+ Đau hay không đau

+ Di động: di động theo nhịp thở hay theo tư thế bệnh nhân. Khối u của gan lách thường di động theo nhịp thở. Khối u dạ dày không di động theo nhịp thở nhưng có thể đẩy đi đẩy lại được, hoặc thay đổi tư thế bệnh nhân khối u cũng thay đổi theo.



Hình 13.4. Vị trí các điểm đau trên ổ bụng
Điểm thượng vị (1); Điểm cạnh ức phải (2); Điểm túi mật (3); Vùng túi mật (4); Vùng đầu tụy ống mật (5); Điểm Mac Burney (6); Điểm đuôi tụy (7)

- + Sờ thấy khối u nhưng gõ lại trong chúng tỏ khối u ở sâu phía sau: thận, tụy.
- + Chạm thất lưng (+): chúng tỏ khối u ở phía sau.
- + Dấu hiệu bập bênh (+): chúng tỏ khối u nằm trong tổ chức lỏng lẻo, thường là thận to.
- + Có đập theo nhịp đập động mạch chủ hay không: nếu có, chúng tỏ khối u ở sát ngay động mạch chủ, cần phải phân biệt với phình động mạch chủ bụng.
- + Nghe khối u: có tiếng thổi không hay.
- + Độ nông sâu của khối u: khối u ở phía trước hay phía sau ổ bụng.

3.3.2.3. Gõ bụng

Có nhiều cách gõ bụng: gõ theo đường ngang lần lượt từ trên xuống dưới hoặc gõ theo đường dọc từ mạn sườn bên này sang mạn sườn bên kia, chú ý gõ cả phần ngực thuộc về ổ bụng. Có thể gõ từ rốn gõ ra theo hình nan hoa xe đạp.

– Bình thường:

- + Vùng trước gan đục, diện đục tính từ bờ sườn trở lên theo đường giữa đòn là 6-12 cm, theo đường giữa ức là 4-8 cm.
- + Vùng túi hơi dạ dày gõ trong (khoang Traube). Khoang này hình bán nguyệt ngay trên bờ sườn trái sát dưới mũi ức.
- + Vùng lách: đục. Vùng lách nằm ở đường nách sau, giữa xương sườn 9-10-11

– Bệnh lý:

- + Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi
- + Gõ đục toàn bộ, hoặc đục ở vùng thấp trong ở phần cao: có dịch trong ổ bụng
- + Vùng đục của gan mất: có hơi trong ổ bụng (do thủng tạng rỗng).
- + Khoang Traube mất trong: do gan to chiếm chỗ của dạ dày, hoặc khối u dạ dày vùng túi hơi.

3.3.2.4. Nghe bụng

– Nghe bằng tai thường:

- + Nghe thấy tiếng óc ách trong dạ dày: người bệnh nhin đói buổi sáng, lác mạnh người bệnh thấy có tiếng óc ách, chúng tỏ hẹp môn vị.
- + Nghe thấy tiếng sôi: khi có nhiều hơi và dịch trong ống tiêu hoá, mỗi khi ruột co bóp tạo nên tiếng sôi bụng. Hay gặp trong bán tắc ruột. Nếu dùng ống nghe có thể nghe thấy tiếng sôi bụng cứ 5-15 giây, hoặc mỗi phút có 15-20 lần sôi bụng (tuỳ từng tác giả). Trong khối u hồi manh tràng, hơi thường tập trung ở cuối, cho nên mỗi khi ấn vào hố chậu phải thường thấy tiếng ùng ục.

- Nghe bằng ống nghe:
 - + Nghe bằng ống nghe rất quan trọng trong một số trường hợp, nghe ở đây để phát hiện các tiếng thổi của mạch máu.
 - + Dùng ống nghe đặt lên vùng có mạch máu của ổ bụng bắt đầu từ thượng vị dưới mũi ức dọc theo động mạch chủ bụng xuống động mạch chậu gốc hai bên, đến động mạch đùi, dọc theo các động mạch khác trong ổ bụng: động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng.
 - + Không nên đặt ống nghe nhẹ quá không nghe thấy, hoặc ấn mạnh quá, vì nếu mạnh quá ống nghe sẽ đè vào động mạch và gây ra tiếng thổi. Khi bụng chướng hơi nhiều hoặc bụng có nước cũng khó nghe hơn. Nếu cần có thể làm cho tiếng thổi mạnh lên bằng cách tiêm isuprel làm tăng cung lượng tim. Cần phân biệt tiếng thổi từ tim lan xuống.

- Giá trị của tiếng thổi ở ổ bụng

Để chẩn đoán các bệnh mạch máu: hẹp động mạch, phình động mạch, thông động tĩnh mạch.

- Còn tĩnh mạch rốn trong hội chứng Cruveillier Baumgarten: tiếng thổi liên tục ở trên rốn dọc đường trắng, lan lên mũi ức sang vùng hạ sườn phải.
- Hẹp động mạch chủ bụng: tiếng thổi tâm thu dọc động mạch chủ bụng xuống động mạch chậu gốc hai bên.
- Hẹp động mạch thận: tiếng thổi tâm thu ở vùng rốn lan ra hai bên, có thể nghe thấy cả hai phía sau lưng đối chiếu với hố thận.
- Phình động mạch chủ bụng: tiếng thổi liên tục lan xuống dưới dọc theo động mạch chủ.

Để chẩn đoán các khối u ổ bụng: khi khám thấy khối u ổ bụng bao giờ cũng nên nghe có tiếng thổi hay không, dù khối u đó là gan hay lách to, hay bất cứ khối u nào khác.

- Khối u gan: tiếng thổi tâm thu thượng vị, lan sang hạ sườn phải. Nếu mạch máu phát triển nhiều có thể nghe thấy tiếng thổi liên tục.
- Khối u tụy: tiếng thổi tâm thu thượng vị lan sang trái, đằng sau lưng cũng có thể nghe thấy.

4. KHÁM HẬU MÔN, TRỰC TRÀNG

Những triệu chứng lâm sàng của vùng hậu môn trực tràng là:

- Đau khi đi ngoài.
- Cảm giác đầy trực tràng như có dị vật ở trong bắt buộc phải đi ngoài.

4.1. Khám hậu môn

4.1.1. Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc

- Bệnh nhân nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, mông cao, vai thấp.

- Thấy thuốc đứng đối diện với hậu môn của bệnh nhân, dùng hai ngón tay kéo giãn và banh nếp nhăn ở hậu môn ra, đồng thời bảo bệnh nhân rặn như rặn ỉa để làm giãn hơn nữa các nếp nhăn hậu môn.
- Hoặc bệnh nhân nằm nghiêng phải hoặc trái, thầy thuốc đứng phía sau lưng phía dưới mông bệnh nhân và khám như trên.

4.1.2. Bình thường

Da của hậu môn nhăn, các nếp nhăn mềm mại đều đặn, lỗ hậu môn khép kín, khô ráo, các nếp nhăn tập trung đều đặn vào lỗ hậu môn.

4.1.3. Bệnh lý

- Lỗ hậu môn khép không kín, ướt, có mùi.
- Lỗ rò hậu môn: mủ hoặc chất dịch đục chảy ra khi ấn vào lỗ rò.
- Trĩ hậu môn: màu đỏ sẫm hoặc tím, nổi lồi lên ở một bên lỗ hậu môn, giống như một nếp nhăn hậu môn bị sưng to.
- Bảo bệnh nhân rặn càng nhìn rõ.
- Viêm hậu môn: sưng, phù nề chảy nước hậu môn.
- Sa trực tràng: một đoạn trực tràng lồi ra ngoài, màu đỏ, tạo thành một vòng tròn bên ngoài hậu môn. Có thể đẩy đoạn này vào được, nhưng nếu đã lâu ngày thì không đẩy vào được.

4.2. Thăm trực tràng

Là một động tác rất cần thiết và bắt buộc trong quá trình thăm khám tiêu hoá. Thăm khám trực tràng không phải chỉ để phát hiện bệnh của trực tràng, mà còn để phát hiện nhiều bệnh ngoài trực tràng như chửa ngoài dạ con bị vỡ, viêm ruột thừa...

4.2.1. Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc

- Bệnh nhân nằm phủ phục như khi khám hậu môn, hoặc bệnh nhân ngửa, hai chân co và dang rộng (giống tư thế sản khoa) thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.
- Bệnh nhân nằm nghiêng, chân dưới duỗi chân trên co, thầy thuốc đứng sau lưng thấp hơn mông bệnh nhân.

4.2.2. Cách khám

Thầy thuốc phải đeo găng tay, bôi dầu parafin hoặc một chất dịch nào đó làm cho trơn găng cao su. Đưa ngón tay trở đeo găng từ từ và nhẹ nhàng vào hậu môn. Phải xoay ngón tay sao cho có thể thăm khám được toàn bộ chu vi của bóng trực tràng.

4.2.3. Bình thường

Trực tràng rỗng, không đau. Khi ấn vào túi cùng màng bụng (túi cùng Douglas), niêm mạc mềm mại, nhăn, rút tay ra không có máu hoặc mủ nhầy.

4.2.4. Bệnh lý

- Trĩ nội: từng búi nổi lên ngoằn ngoèo như giun nằm dọc ống trực tràng.
- Polip trực tràng: một khối dài, tròn có thể đẩy sang bên này hay bên kia.
- Ung thư trực tràng: một khối cứng, lồi, nổi lên, làm hẹp lòng trực tràng, có thể hẹp đến mức không rút lọt ngón tay. Rút tay ra có thể dính máu theo tay.
- Ở nữ khi thăm trực tràng phối hợp với tay đè ở trên bụng có thể sờ thấy tử cung, buồng trứng. Thăm trực tràng có thể thấy những thay đổi bất thường ở bộ phận sinh dục nữ như tử cung bị lệch, to, u buồng trứng...
- Ở nam khi thăm trực tràng có thể sờ thấy tiền liệt tuyến nằm ở vùng cổ bàng quang: bình thường thấy tuyến này nhỏ không sờ thấy, chỉ hơi đẩy lồi niêm mạc lên, đường kính khoảng 2-3 cm. Trong trường hợp bệnh lý, tiền liệt tuyến to lên và sờ thấy.
- Những khối u trong ổ bụng cạnh trực tràng: Hodgkin và không Hodgkin.
- Túi cùng Douglas phồng và đau: viêm phúc mạc mũ, chửa ngoài dạ con vỡ gây chảy máu trong ổ bụng.
- Viêm ruột thừa: ấn thành trực tràng bên phải đau.

5. KHÁM PHÂN

Là động tác quan trọng đối với các bệnh lý về đại, trực tràng không nên bỏ qua: người thầy thuốc cần trực tiếp nhìn thấy phân người bệnh, không nên chỉ nghe người bệnh kể lại hay qua người khác kể. Khi khám phân chú ý các đặc điểm sau:

- Khối lượng: ít hoặc nhiều
- Độ cứng mềm: táo, lỏng, sền sệt, thành khuôn
- Khuôn phân:
 - + Bình thường: khuôn phân tròn, to
 - + Bệnh lý: nhỏ, dẹt, có rãnh
- Màu sắc:
 - + Phân đen: có thể do chảy máu, phân bón...
 - + Bạc màu hoặc trắng như vôi: thiếu mật do xơ gan hoặc tắc mật (tắc không hoàn toàn phân nhạt màu, tắc mật hoàn toàn phân sẽ trắng như vôi).
 - + Phân có mũi nhầy trong.
 - + Phân có mũi nhầy nhưng đục.
 - + Phân có máu tươi: máu ở đầu cục phân, cuối hay giữa cục phân.
 - + Phân lờ lờ như máu cá: chất nhầy và máu trộn lẫn với nhau, hay gặp trong kiết lỵ hoặc ung thư.
 - + Phân vàng sẫm: do lượng dịch mật trong phân nhiều.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu được các triệu chứng cơ năng của bộ máy tiêu hoá
2. Thực hành khám được các cơ quan thuộc bộ máy tiêu hoá
3. Đánh dấu X và câu trả lời đúng sau:
 - A. Môi tím gặp trong suy tim, suy hô hấp.
 - B. Môi nhạt gặp trong thiếu máu.
 - C. Môi to ra trong bệnh to đầu và chi.
 - D. Hẹp môn vị có dấu rắn bờ vùng thượng vị
 - E. Tắc đại tràng thấp rắn bờ trên rốn
 - F. Đau vùng thượng vị thường gặp trong viêm đường mật
 - G. Phân có máu tươi thường do xuất huyết dạ dày tá tràng
4. Khi có khối u vùng ổ bụng cần mô tả đặc điểm khối u:
 - a. Vị trí
 - b. Hình thể
 - c. Kích thước
 - d. Đau hay không đau
 - e. Tất cả các đặc điểm trên
5. Các cơ quan có ở vùng hố chậu trái, **ngoại trừ**:
 - a. Đại tràng lên
 - b. Ruột non (đoạn có túi thừa mecken)
 - c. Buồng trứng trái (ở nữ)
 - d. Động mạch chậu gốc trái
 - e. Một phần cơ đáy chậu
6. (A) Triệu chứng rắn bờ có thể thấy ở toàn bộ hay chỉ ở một vùng. (B) Triệu chứng này là biểu hiện của tắc, hẹp ống tiêu hoá.
 - a. A đúng, B đúng, A và B có liên quan nhân quả
 - b. A đúng, B đúng, A và B không liên quan
 - c. A đúng, B sai
 - d. A sai, B đúng
 - e. A sai, B sai

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và triệu chứng của loét dạ dày tá tràng
2. Phát hiện được các biến chứng của loét dạ dày tá tràng
3. Sử dụng được một số thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng
4. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

1. MỘT SỐ ĐIỂM CHÍNH VỀ BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh khá phổ biến ở nước ta cũng như ở các nước khác trên thế giới. Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ. Lứa tuổi bị bệnh từ 20 đến 40 tuổi, tuy nhiên bệnh cũng có thể gặp ở mọi lứa tuổi.

Tần suất bệnh tiến triển theo thời gian và thay đổi tùy theo nước, hoặc là theo khu vực. Loét tá tràng có xu hướng tăng, và hiện nay tỉ lệ loét tá tràng/loét dạ dày là 2/1, đa số gặp ở nam giới. Có khoảng 10-15% dân chúng trên thế giới bị bệnh loét dạ dày tá tràng. Ở Anh và ở Úc là 5,2-9,9%, ở Mỹ là 5-10%. Hiện nay có khoảng 10% dân chúng trên thế giới bị loét dạ dày tá tràng.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

Do sự mất thăng bằng giữa yếu tố gây loét và các yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày là giả thuyết hiện nay được nhiều người công nhận nhất. Loét xảy ra là do tăng nồng độ hoặc hoạt động của acid pepsin hoặc là do giảm sự chống đỡ bình thường của niêm mạc dạ dày tá tràng. Một niêm mạc đã bị tổn thương thường không có đủ khả năng tiết đủ chất nhầy để có tác dụng như một hàng rào bảo vệ dạ dày, chống lại acid chlohydric. Gần đây, người ta ngày càng chứng minh vai trò của *Helicobacter Pylori*, một xoắn khuẩn gram âm trong bệnh sinh của loét dạ dày tá tràng. Một số nguyên nhân sau thường hay gặp.

1.2.1.1. Di truyền

Cho rằng loét tá tràng có tính di truyền, tần suất cao ở một số gia đình. Loét dạ dày tá tràng xảy ra ở 2 anh em sinh đôi đồng noãn hơn là dị noãn. Trong số những yếu tố di truyền đã biết đến là:

- Nhóm máu O.
- Tăng tiết pepsinogen I phối hợp với tăng tiết acid HCL.
- Cường gastrin máu do u gastrinome trong bệnh đa u nội tiết nhóm I.
- Cường gastrin máu do phì đại tế bào G vùng hang vị.
- Các bệnh lý di truyền khác phối hợp với loét: Bệnh mastocytose, hội chứng run, sang chấn và loét.

1.2.1.2. Yếu tố tâm lý

Loét cũng thường xảy ra ở người có nhiều sang chấn tình cảm, hoặc trong giai đoạn căng thẳng tinh thần nghiêm trọng như trong chiến tranh.

1.2.1.3. Rối loạn vận động

Đó là sự làm vơi dạ dày và sự trào ngược của tá tràng dạ dày. Trong loét tá tràng có sự làm vơi dạ dày quá nhanh làm tăng lượng acid tới tá tràng. Ngược lại trong loét dạ dày sự làm vơi dạ dày quá chậm, gây ứ trệ acide ở dạ dày. Trong trào ngược tá tràng dạ dày, muối mật và lecithin làm viêm hang vị rồi gây ra loét.

1.2.1.4. Yếu tố môi trường

- Yếu tố tiết thực

Bản chất của thức ăn, gia vị, giờ ăn hoặc tốc độ ăn nhanh dường như không đóng vai trò trong bệnh nguyên của loét. Tuy nhiên không loại trừ loét phân bố theo địa dư là có sự đóng góp của thói quen về ăn uống. Thật vậy nước bọt chứa nhiều yếu tố tăng trưởng, thượng bì giữ vai trò nuôi dưỡng niêm mạc và làm giảm tiết acid. Sữa không có tác dụng bảo vệ proteine, cafein và calci là những chất gây tiết acid, với liều cao rượu gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

- Thuốc lá

Loét dạ dày tá tràng thường gặp ở người hút thuốc lá, thuốc lá cũng làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo hoặc gây đề kháng với điều trị. Cơ chế gây loét của thuốc lá vẫn hoàn toàn chưa biết rõ, có thể do kích thích dây X, hủy niêm dịch do trào ngược tá tràng dạ dày hoặc do giảm tiết bicarbonat.

- Thuốc

- + Aspirin: gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân.

Tại chỗ: trong môi trường acid của dạ dày, aspirin không phân ly và hòa tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét.

Toàn thân: do aspirin ức chế prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

- + Nhóm kháng viêm Nonsteroid: gây loét và chảy máu tương tự như aspirin nhưng không gây ăn mòn tại chỗ.
- + Corticoid: không gây loét trực tiếp vì chỉ làm ngăn chặn sự tổng hợp prostaglandin, nên chỉ làm bộc phát lại các ổ loét cũ, hoặc ở người có sẵn yếu tố gây loét.

1.2.1.5. *Helicobacter Pylori* (HP)

Đã được Marshall và Warren phát hiện năm 1983, HP gây viêm dạ dày mạn tính, nhất là vùng hang vị (type B) và viêm tá tràng do dị sản niêm mạc dạ dày vào ruột non, rồi từ đó gây loét. 90% trường hợp loét dạ dày, và 95% trường hợp loét tá tràng có sự hiện diện HP ở ổ loét.

1.2.2. Bệnh sinh

1.2.2.1. Pepsin

Được tiết ra dưới dạng tiền chất pepsinogen, dưới tác động của acid HCL biến thành pepsin hoạt động khi pH < 3, 5 làm tiêu hủy chất nhầy và collagen. Có 2 loại pepsinogen I và II, được phát hiện bằng điện di miễn dịch. Lượng pepsinogen I quan hệ chặt chẽ với lượng tế bào tuyến tiết hang vị và tăng cao ở 2/3 bệnh nhân loét tá tràng và 1/3 ở bệnh nhân loét dạ dày.

1.2.2.2. Sự phân tán ngược của ion H^+

Tiến trình loét được khởi phát do tăng tiết HCL, do lượng tế bào thành quá nhiều hoặc quá hoạt động, do đó lượng dịch vị cơ bản hoặc sau kích thích gia tăng, sự phân tán ngược và sự đi vào của ion H^+ làm thương tổn thành dạ dày và gây ra loét. Do đó việc làm trung hòa ion H^+ đã làm giảm tỉ lệ loét rất nhiều. Nguy cơ loét càng cao khi sự tiết acid càng nhiều. Tuy nhiên một mình acid không giải thích được hết tất cả các trường hợp loét vì có 1/3 trường hợp loét mà acid dịch vị không tăng.

1.2.2.3. Yếu tố bảo vệ của niêm mạc dạ dày

- Hàng rào niêm dịch: để chống lại sự tấn công của ion H^+ , yếu tố chính là lớp niêm dịch giàu bicarbonate tạo bởi glycoprotein có chứa các phospholipid không phân cực, nằm trên bề mặt của lớp gel này có tính nhầy đàn hồi. Khi pepsin cắt chuỗi peptid phóng thích các tiểu đơn vị glycoprotein, chúng làm mất tính chất nhầy đàn hồi này. Các ion H^+ xâm nhập vào lớp nhầy, nhưng chúng bị trung hòa bởi bicarbonat. Nhưng khi

pH < 1, 7 thì vượt quá khả năng trung hoà của nó và ion H⁺ đến được lớp niêm mạc dạ dày và gây ra loét.

- Lớp niêm mạc dạ dày: tiết ra glycoprotein, lipid và bicarbonat, chúng có khả năng loại bỏ sự đi vào bào tương của ion H⁺ bằng 2 cách: một là làm trung hòa do bicarbonat, hai là đẩy ion H⁺ vào khoảng kẽ nhờ bơm H⁺K⁺ ATPase nằm ở cực đáy.
- Lớp Lamina Propria: có chức năng điều hòa. Oxy và bicarbonat được cung cấp trực tiếp cho lớp dưới niêm mạc bởi các mao mạch có rất nhiều lỗ hở, mà các tế bào này rất nhạy cảm với toan chuyển hóa. Một lượng bicarbonat đầy đủ được cung cấp cho tế bào niêm mạc để ngăn chặn sự acid hóa trong thành dạ dày gây ra bởi ion H⁺ xuyên qua hàng rào niêm mạc này.

1.2.2.4. Vi khuẩn H.P

Gây tổn thương niêm mạc dạ dày tá tràng đồng thời sản xuất ra amoniac làm acid hóa môi trường tại chỗ, tạo ra ổ loét. HP sản xuất men urease làm tổn thương niêm mạc dạ dày, nó cũng sản xuất ra protein bề mặt, có hoá ứng động (+) với bạch cầu đa nhân trung tính và monocyte. Nó còn tiết ra yếu tố hoạt hoá tiểu cầu, các chất tiền viêm, các chất superoxyde, interleukin 1 là những chất gây viêm và hoại tử tế bào. HP còn sản xuất ra các men protease, phospholipase làm phá huỷ chất nhầy niêm mạc dạ dày.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh có thể biểu hiện điển hình hoặc không điển hình

1.3.1. Thể điển hình: Bệnh biểu hiện bởi hội chứng loét

- Đau bụng là triệu chứng chính, biểu hiện:
 - + Đau vùng thượng vị, đau như bóng rớt, quặn, đau xoắn, hoặc có thể chỉ đau âm ỉ.
 - + Đau có tính chất chu kỳ trong ngày, mùa và trong năm.
 - + Đau theo nhịp điệu với bữa ăn: đau khi đói, ăn vào thì đỡ đau (loét hành tá tràng) hoặc đau ngay sau khi ăn (loét dạ dày). Đau như vậy trong 1, 2 hay 3 tuần lễ rồi tự khỏi nhiều khi không điều trị gì.

Thời kỳ không đau kéo dài trong nhiều tuần lễ hoặc nhiều tháng, có khi cả năm. Thường đến năm sau vào mùa rét, hay có một yếu tố thuận lợi nào đó thì một chu kỳ đau mới như trên lại xuất hiện.

Càng về sau bệnh đau loét mất dần tính chất chu kỳ, bệnh nhân có nhiều đợt đau trong năm, rồi trở thành đau liên tục.

- Ngoài cơn đau có khi bệnh nhân còn bị ợ hơi, ợ chua hay ợ nóng.

Bảng 1. So sánh một số tính chất giữa loét tá tràng và loét dạ dày

Loại	Loét tá tràng	Loét dạ dày
Tính chất đau	- Đau lúc đói và ban đêm - Đau muộn sau khi ăn (4-5 giờ) - Ăn vào đỡ đau	- Đau sớm sau khi ăn (1 giờ) - Ăn vào không đỡ đau, có khi làm đau tăng lên
Xét nghiệm dịch vị	- Độ acid tăng	- Độ acid giảm hoặc bình thường
Chảy máu tiêu hóa	- Ỉa phân đen thường gặp hơn nôn ra máu	- Nôn ra máu thường gặp hơn ỉa phân đen
Ung thư hóa	- Không xảy ra	- Có nguy cơ ung thư hóa
Tiến triển	- Khỏi xong dễ tái phát	- Nếu sau 2 đến 3 đợt điều trị nội khoa tích cực, đúng phương pháp mà ổ loét không lành nên mổ cắt

1.3.2. Thể không điển hình

Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng của đau loét và biểu hiện đột ngột bởi một biến chứng như: chảy máu tiêu hóa, thủng ổ loét hoặc ung thư hoá hay hẹp môn vị.

1.4. Cận lâm sàng

Không có triệu chứng thực thể nào khi loét chưa có biến chứng. Chẩn đoán xác định dựa vào những thăm dò cận lâm sàng.

- Chụp X-quang dạ dày - tá tràng có thuốc cản quang: có thể phát hiện thấy ổ loét.
- Nội soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm: là phương pháp có giá trị chẩn đoán nhất. Nhìn thấy trực tiếp ổ loét, đánh giá đúng kích thước, vị trí của ổ loét và các tổn thương khác kèm theo.
- Xét nghiệm dịch vị: độ acid tăng trong loét tá tràng, giảm trong loét dạ dày.
- Tìm Helicobacter Pylori: trong các mảnh sinh thiết niêm mạc dạ dày.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán loét dạ dày

Đặt ra khi lâm sàng có cơn đau loét điển hình, xác định bằng chụp phim dạ dày baryt và bằng nội soi. iễn hình là ổ đọng thuốc khi ổ loét ở bờ của dạ dày. Về nội soi, dễ nhận ra ổ loét, đáy của ổ loét phủ một lớp fibrin màu trắng xám, bờ đều hơi nhô lên do phù nề hoặc được bao quanh bởi các nếp niêm mạc hội tụ. Điều quan trọng là xác định bản chất của ổ loét bằng sinh thiết.

1.5.2. Chẩn đoán loét tá tràng

Gợi ý bằng cơn đau loét điển hình tá tràng, thường xảy ra ở người trẻ tuổi, có nhóm máu O. Xác định bằng nội soi và phim baryt, cho thấy ổ đọng thuốc thường nằm theo trục của môn vị ở trên hai mặt hoặc hình ảnh hành tá tràng bị biến dạng. Trong trường hợp loét mạn tính xơ hóa, hành tá tràng bị biến dạng nhiều, các nếp niêm mạc bị hội tụ về ổ loét làm môn vị bị co kéo, hoặc hành tá tràng bị chia cắt thành 3 phần tạo thành hình cánh chuồn. Nội soi có thể nhận ra dễ dàng ổ loét do đáy màu xám sẫm được phủ một lớp fibrin.

1.5.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dạ dày mạn

Đau vùng thượng vị mơ hồ, liên tục, không có tính chu kỳ, thường đau sau ăn, kèm chướng tiêu, đầy bụng. Chẩn đoán dựa vào nội soi sinh thiết có hình ảnh viêm dạ dày mạn với tẩm nhuộm tế bào viêm đơn nhân, xơ teo tuyến tiết.

- Ung thư dạ dày

Thường xảy ra ở người lớn tuổi, đau không có tính chu kỳ, ngày càng gia tăng, không đáp ứng điều trị loét. Cần nội soi sinh thiết nhiều mảnh cho hình ảnh ung thư.

- Viêm tụy mạn

Có tiền sử viêm tụy cấp, những người uống rượu nhiều, kèm tiêu chảy mạn và kém hấp thu. Đau thường lan ra sau lưng ở vùng tụy. Xét nghiệm men amylase máu thường tăng 2-3 lần. Siêu âm và chụp phim X-quang thấy tụy xơ teo có sỏi, ống tụy giãn.

- Viêm đường mật túi mật mạn do sỏi

Tiền sử sỏi mật, lâm sàng có cơn quặn gan, nhiễm trùng và tắc mật. Chẩn đoán dựa vào siêu âm và chụp đường mật ngược dòng cho hình ảnh sỏi, túi mật xơ teo.

1.5.4. Các biến chứng

- Chảy máu tiêu hóa

Là biến chứng hay gặp nhất với nhiều mức độ khác nhau, bệnh nhân nôn ra máu, sau đó ỉa phân đen. Nếu mất nhiều máu sẽ gây trụy tim mạch, hạ huyết áp và có thể tử vong nếu không được xử trí cấp cứu kịp thời và có hiệu quả.

- Thủng ổ loét

Bệnh nhân đột nhiên đau bụng dữ dội vùng thượng vị, đau như dao đâm, khám thấy bụng cứng như gỗ.

Các triệu chứng của sốc xuất hiện.

- Hẹp môn vị

Bệnh nhân ăn không tiêu. Buồn nôn rồi nôn ra những thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày hôm trước, thức ăn có mùi đặc biệt vì đã lên men. Có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng óc ách lúc bụng đói.

- Ung thư hóa: chỉ có loét dạ dày mới gây ung thư hóa.

1.6. Cách xử trí

Điều trị loét dạ dày tá tràng chủ yếu là điều trị nội khoa.

1.6.1. Chế độ ăn uống

Mục đích của chế độ ăn uống là tránh tăng tiết và tăng vận động trong ống tiêu hóa. Trong đợt đau nên ăn lỏng (sữa, nước cháo) hoặc mềm (súp, cháo bột).

Ngoài đợt đau, ăn uống bình thường. Nên kiêng rượu, cà phê, chè đặc, gia vị, không hút thuốc lá. Hạn chế các sang chấn về tinh thần và thể chất.

1.6.2. Thuốc điều trị

- Các thuốc kháng acid như hydroxid alumin (biệt dược: Maalox, Alusi, Gelox)

Tác dụng: làm giảm độ acid của dạ dày - tá tràng, làm mất hoạt tính của pepsin. Uống khoảng 30 phút đến 1 giờ sau khi ăn, ngày uống 2-3 lần. Liều lượng tùy theo loại thuốc và tùy thuộc bệnh nhân.

- Các thuốc kháng tiết: là những thuốc làm giảm tiết acid dịch vị, gồm:

- + Các thuốc kháng tiết cholin như belladon, atropin v.v.

Tác dụng: ức chế việc bài tiết acid chlohydric trong dạ dày. Thường uống khoảng 30 phút trước khi ăn.

- + Các thuốc kháng thụ thể H₂

Các thụ thể H₂ của histamin được tìm thấy trong các tế bào thành của niêm mạc dạ dày và trong một số tổ chức khác. Các thuốc kháng thụ thể H₂ ức chế rất mạnh việc bài tiết acid trong dạ dày. Một số thuốc thường dùng:

Cimetidin (thế hệ 1): liều 800mg/ngày, dùng trong 4-6 tuần lễ.

Uống vào bữa ăn và trước khi đi ngủ.

Biệt dược: Tagamet, Cimet, Cementin...

Ranitidin (thế hệ 2): liều dùng 150mg/ngày uống khoảng 4 tuần lễ.

Uống vào bữa ăn và trước khi đi ngủ.

Biệt dược: Zantac, Azantac,....

Famotidin (thế hệ 3): liều 1 viên 40mg, uống buổi tối trước khi đi ngủ vì tác dụng mạnh và kéo dài hơn Ranitidin

Biệt dược: Pepcidine, Pepcid, Pepdine...

Nizacid (thế hệ 4): liều 1 viên 300mg uống một lần vào buổi tối

Biệt dược: Nizatidine

+ Các thuốc kháng bơm proton: Omeprazol

Tác dụng: ức chế bơm proton

Liều 20mg uống 1 lần vào buổi tối, khoảng 4 tuần đối với loét tá tràng và khoảng 6 tuần đối với loét dạ dày.

Biệt dược: Lomac, Omez, Losec,...

– Thuốc diệt H.P: chủ yếu sử dụng các kháng sinh

Thường hay sử dụng nhóm beta lactamin (Penicilline, Ampicilline, Amoxilline...), nhóm Cycline (Tetracycline, Doxycyline), Macrolid (Erythromycin, Clarithromycin...)

1.6.3. Xử trí chảy máu tiêu hóa

- Xác định nhanh chóng số lượng máu đã mất và tốc độ máu chảy
- Bù đắp nhanh chóng lượng máu đã mất: truyền máu, truyền dịch
- Cầm máu bằng nước lạnh
- Trấn an bệnh nhân

1.6.4. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật cắt bỏ vùng loét hay thắt các mạch máu, được chỉ định trong những trường hợp sau:

- Chảy máu tiêu hóa tái phát nhiều lần, hoặc chảy máu nặng, điều trị nội khoa không kết quả. Nếu sau 24 giờ điều trị nội vẫn tiếp tục chảy máu, hay nếu đã phải dùng đến 5 đơn vị máu trong 24 giờ để duy trì khối lượng tuần hoàn.
- Thủng ổ loét, hẹp môn vị, loét ác tính.
- Loét đã được điều trị nội khoa đúng phương pháp trong nhiều năm mà không có kết quả vẫn đau bụng nhiều.
- Một số bác sĩ đề nghị nếu loét dạ dày tá tràng gây chảy máu 3 lần thì tiến hành phẫu thuật.
- Những yếu tố khác quyết định chỉ định phẫu thuật:
 - + Bệnh nhân trên 60 tuổi, chảy máu ô ạt thì nguy cơ tử vong gấp 3 lần
 - + Bệnh nhân có tiền sử loét tá tràng mãn tính

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh

- Đúng trước một bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, người điều dưỡng cần hỏi:
 - + Bệnh nhân đau ở vùng nào? (thường đau ở vùng thượng vị)
 - + Cảm giác của bệnh nhân khi đau: bỏng rát, đau quặn, đau xoắn hay đau âm ỉ?
 - + Đau khi đói hay khi no, ăn vào đỡ đau hay đau tăng thêm?
 - + Hướng lan của cơn đau?
 - + Đau thường xuất hiện vào mùa nào?
 - + Thời gian đau trong ngày.
 - + Bệnh nhân có ợ hơi, ợ chua và ợ nóng không?
 - + Thói quen ăn uống gì? có ăn những thức ăn có nhiều gia vị, uống cà phê không?
 - + Bệnh nhân có hút thuốc lá và uống rượu không?
 - + Các thuốc đã sử dụng và cách điều trị trong thời gian trước đây.
 - + Tinh thần bệnh nhân và công việc đang làm?
 - + Các bệnh đã mắc phải có liên quan với loét dạ dày tá tràng bệnh không?
 - + Gia đình bệnh nhân có ai bị loét dạ dày tá tràng không?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Da và niêm mạc.
- Tư thế chống đau, tình trạng tâm thần.
- Tính chất của chất nôn và phân.

2.1.3. Thăm khám

- Lấy các dấu hiệu sống.
- Khám bụng để xác định vị trí và mức độ đau.
- Xem xét kết quả cận lâm sàng: nội soi dạ dày tá tràng, X-quang, hồ sơ bệnh án.

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 các chẩn đoán điều dưỡng có thể có đối với bệnh nhân loét dạ dày tá tràng:

- Đau do loét dạ dày tá tràng.
- Lo lắng do sợ phải phẫu thuật đầu với tình trạng bệnh cấp.
- Ăn kém do ăn vào bị đau.
- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do ổ loét sâu.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm lo lắng.
- Giảm đau.
- Chế độ dinh dưỡng.
- Chế độ nghỉ ngơi.
- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc.
- Theo dõi phát hiện biến chứng.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cách phòng và chăm sóc sức khỏe.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

2.4.1.1. Giảm lo lắng

- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, tránh suy nghĩ căng thẳng.
- Người điều dưỡng cần quan tâm chăm sóc đến bệnh nhân, trấn an và giải thích những câu hỏi của bệnh nhân trong phạm vi nhất định.
- Hướng dẫn bệnh nhân những phương pháp thư giãn nghỉ ngơi để giảm lo lắng.

2.4.1.2. Chế độ ăn uống

- Trong đợt đau nên cho bệnh nhân ăn những thức ăn mềm, lỏng (cháo, sữa, súp...). Ngoài đợt đau ăn uống bình thường.
- Nên ăn nhẹ, từng ít một và nhai kỹ, không nên ăn quá nhiều và quá nhanh.
- Kiên rượu, cà phê, chè đặc, thuốc lá và các loại gia vị hoặc các chất dễ kích thích có ảnh hưởng đến dạ dày tá tràng.
- Có thể thực hiện chế độ ăn theo yêu cầu của bác sĩ để trung hòa acid dạ dày.
- Khuyến bệnh nhân uống nhiều nước, không nên ăn những thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh.

2.4.1.3. Chế độ nghỉ ngơi

- Có chế độ nghỉ ngơi và làm việc thích hợp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tiết kiệm năng lượng: đau nhiều thì nghỉ, khi đỡ đau thì đi lại nhẹ nhàng.
- Nếu bệnh nhân mất ngủ có thể dùng thuốc ngủ.
- Tránh cho bệnh nhân những suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng tới sức khỏe.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc

- Cho bệnh nhân uống thuốc theo y lệnh:
 - + Thuốc kháng acid: uống khoảng 30 phút - 1 giờ sau khi ăn.
 - + Thuốc kháng tiết: uống khoảng 30 phút trước khi ăn.
 - + Khi dùng thuốc phải theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, siêu âm, nội soi .

2.4.3. Theo dõi

- Các dấu sinh tồn.
- Tình trạng đau.
- Tình trạng ăn uống.
- Tình trạng sử dụng thuốc.
- Phát hiện sớm các biến chứng của loét dạ dày tá tràng, cụ thể:

2.4.3.1. Chảy máu tiêu hóa

- Biểu hiện lâm sàng:
 - + Bệnh nhân nôn ra máu, ỉa phân đen.
 - + Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, thở nhanh.
- Xử trí:
 - + Xác định nhanh chóng số lượng máu đã mất và tốc độ máu chảy.
 - + Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 30 phút một lần.
 - + Đặt Cathete đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - + Đo lượng nước tiểu để phát hiện dấu hiệu vô niệu.
 - + Truyền dịch, truyền máu khẩn trương theo y lệnh.
 - + Đặt ống thông dạ dày để theo dõi máu chảy. Có thể cầm máu bằng nước đá.
 - + Cho bệnh nhân thở oxy.
 - + Đặt bệnh nhân ở tư thế an toàn để phòng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.
 - + Thực hiện các y lệnh chăm sóc khác: thuốc men, xét nghiệm, X quang

2.4.3.2. Thủng ổ loét

- Biểu hiện lâm sàng:
 - + Bệnh nhân đau vùng thượng vị dữ dội, đau như dao đâm.
 - + Bụng cứng như gỗ.
 - + Các triệu chứng của sốc xuất hiện, đây là một cấp cứu ngoại khoa phải báo thầy thuốc và nhanh chóng chuyển bệnh nhân sang khoa ngoại.

2.4.3.3. Hẹp môn vị

- Biểu hiện lâm sàng:

Bệnh nhân chán ăn, ăn không tiêu, buồn nôn, nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày hôm trước, có mùi đặc biệt vì đã lên men.
- Xử trí:
 - + Cho bệnh nhân ăn nhẹ, ăn lỏng ăn từng ít một.
 - + Đặt thông dạ dày khi bệnh nhân chướng bụng.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân chu đáo khi có chỉ định nội soi dạ dày.
 - + Điều trị nội khoa không đỡ chuyển sang điều trị ngoại khoa.

2.4.3.4. Ung thư hóa

- Chỉ gặp trong loét dạ dày.
- Theo dõi, chăm sóc theo y lệnh của thầy thuốc.

2.4.4. Giáo dục bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

- Cung cấp cho bệnh nhân một số kiến thức về bệnh giúp họ tránh được những yếu tố làm bệnh nặng thêm.
- Bệnh nhân kiêng các chất kích thích như rượu, cà phê, nước trà đặc, ớt, hạt tiêu.
- Nên ăn những thức ăn mềm, dễ tiêu, ăn chậm và nhai kỹ.
- Phát hiện sớm tình trạng viêm dạ dày và có thái độ điều trị đúng đắn.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Sau khi đã thực hiện kế hoạch chăm sóc, cần đánh giá lại cụ thể từng vấn đề:

- Tình trạng tinh thần kinh
- Tình trạng đau bụng, tình trạng nôn, rối loạn tiêu hoá
- Cách ăn uống và nghỉ ngơi

- Cách chăm sóc và điều trị
- Cách sử dụng các thuốc
- Các tác dụng phụ của thuốc cũng như các biến chứng xảy ra

LƯỢNG GIÁ

1. Kể 3 nguyên nhân hay gặp gây loét dạ dày tá tràng.
2. Kể được các biến chứng của loét dạ dày tá tràng.
3. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của cơn đau loét điển hình.
4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng sau.
 - A. Loét tá tràng gặp nhiều hơn loét dạ dày
 - B. Loét tá tràng có nguy cơ ung thư hoá
 - C. Loét dạ dày đau sớm sau bữa ăn
 - D. Nội soi dạ dày tá tràng có giá trị nhất trong chẩn đoán loét dạ dày tá tràng
 - E. Thuốc băng niêm mạc thường cho bệnh nhân uống sau bữa ăn
5. Chọn câu trả lời đúng nhất
 - 5.1. Các biểu hiện lâm sàng của loét dạ dày tá tràng
 - a. Đau vùng thượng vị
 - b. Ăn khó tiêu
 - c. Đau có liên quan với bữa ăn
 - d. Đau có tính chất chu kỳ
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng
 - 5.2. Biến chứng hay gặp nhất trong loét dạ dày tá tràng

a. Chảy máu	b. Hẹp môn vị	c. Ung thư hoá
d. Thủng ổ loét	e. Loét xơ chai	

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN GIAI ĐOẠN CUỐI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của ung thư gan giai đoạn cuối
2. Điều dưỡng thể hiện được thái độ đúng đắn khi chăm sóc bệnh nhân
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối

1. BỆNH HỌC VỀ UNG THƯ GAN

1.1. Đại cương

Ung thư gan đứng hàng thứ 4 trong các loại ung thư trên thế giới. Ở Trung Quốc, Đông nam Á: đứng hàng đầu ở nam giới. Ở miền bắc Việt Nam: đứng thứ 3 trong các loại ung thư. Ở thành phố Hồ Chí Minh: đứng hàng đầu ở nam và thứ 5 ở nữ. Ở Đông Nam Á: có tần suất cao, liên quan với nhiễm virus viêm gan B. Tiên lượng xấu, tỷ lệ sống sót sau 5 năm dưới 3%. Các thể tổ chức học thường gặp là:

- Ung thư biểu mô tế bào gan (hepato-cellular carcinoma)
- Ung thư biểu mô đường mật (cholangio-cellular carcinoma).
- Các loại khác: ung thư nguyên bào gan, Angiosarcome

1.2. Bệnh nguyên và yếu tố nguy cơ

1.2.1. Virus viêm gan B

- Tần suất ung thư gan ở người mang HBsAg (+) cao hơn 200 lần so với người có HBsAg (-).
- Protein X trên genome virus B có lẽ có vai trò trong đột biến gây ung thư.
- Vùng dịch tể nhiễm virus viêm gan B cao thì cũng có tần suất ung thư gan cao.
- Gây ung thư gan qua 2 cơ chế: trực tiếp và gián tiếp qua trung gian xơ gan.

1.2.2. Virut viêm gan C

- Các nghiên cứu về sinh học phân tử, sử dụng RT-PCR đã cho phép phát hiện ARN của virut C trong 50-70% huyết thanh và trong 55-100% tổ chức gan ở những bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) và HbsAg(-).
- 90% ung thư gan liên quan với virut C xuất hiện trên một nền gan xơ.
- Những bệnh nhân ung thư gan có Anti-HCV dương tính (có hoặc không có HBsAg) thường có các thương tổn gan nặng hơn so với những bệnh nhân chỉ có HBsAg dương tính và gan thường có nhiều khối u hơn.

1.2.3. Xơ gan

Do bất kỳ nguyên nhân nào.

1.2.4. Aflatoxin B1

Độc tố nấm mốc (*Aspergillus*), thường gặp trong đậu phụng mốc, được chứng minh là chất gây ung thư gan ở chuột, gia cầm.

Vai trò sinh ung thư có lẽ qua trung gian chất chuyển hóa là Epoxide gắn vào các acid nucleic và thay đổi sự sao mã ADN.

- Một số tác giả cho rằng Aflatoxine chỉ ức chế miễn dịch qua trung gian tế bào và tạo thuận lợi cho nhiễm HBV tiến triển.
- Tương tác với protein 53 đột biến.

1.2.5. Các yếu tố khác

- Rượu: có lẽ thúc đẩy quá trình sinh ung thư
- Nội tiết tố nam androgen, thuốc ngừa thai uống
- Hóa chất (Thorotrast)
- Ký sinh trùng (*Schistosoma japonicum*, *Sch. mansoni*, *clonorchis sinensis*)
- Thiếu alpha 1-antitrypsin
- Nhiễm huyết thiết tố (Hémochromatose), hội chứng Budd-Chiari

1.3. Lâm sàng

- Đau bụng: thường gặp, cảm giác nặng tức hạ sườn phải, lan sau lưng, hiếm khi đau dữ dội.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, đi chảy.
- Sốt: liên tục, dao động.
- Gầy sút: rõ ở giai đoạn muộn.

- Gan lớn: nhìn thấy hoặc sờ thấy dưới bờ sườn phải, cứng, bề mặt không đều, đau nhiều hoặc ít, có khi cố định không di động theo nhịp thở. Có khi gan lớn vượt quá đường giữa.
- Vàng da: chủ yếu do chèn ép đường mật trong gan.
- Cổ trướng: ít hoặc nhiều, có thể gặp báng máu, tái tạo nhanh sau chọc tháo.
- Nghe: tiếng thổi trên vùng gan.

1.4. Cận lâm sàng

1.4.1. Xét nghiệm

- Công thức máu: thiếu máu, cá biệt có khi có đa hồng cầu.
- Tốc độ lắng máu tăng.
- Chức năng gan: chỉ rối loạn trong ung thư gan trên nền xơ gan hoặc khi khối u chiếm trên 75% thể tích gan. Enzyme phosphatase kiềm, gamma GT, 5'Nucléotidase, Alpha-2 globulin, SGOT thường cao hơn SGPT, Fibrinogen tăng, giảm đường máu.
- Các chất chỉ điểm ung thư:

+ Alpha Foeto Protein (AFP): là một glycoprotein do gan phôi sản xuất, giảm 3 tuần sau sinh, nồng độ ở người trưởng thành khoảng 4-10 ng/ml.

Khi Alpha Foeto Protein > 1000 ng/ml: chắc chắn ung thư gan nguyên phát.

Tăng nhẹ trong u quái buồng trứng, tinh hoàn, một số ung thư tiêu hóa, viêm gan hoại tử.

+ AFP có ái lực Lectin (AFP-L3) mới được tìm ra, đặc hiệu hơn AFP nhưng kỹ thuật xét nghiệm phức tạp.

Nếu không có điều kiện định lượng, có thể định tính AFP bằng phương pháp miễn dịch khuếch tán (Ouchterlony).

+ DCP (Descarboxy Prothrombin hay PIVKA-II): dương tính ở 70% bệnh nhân ung thư gan nguyên phát và khoảng 50% ở những bệnh nhân ung thư gan có AFP bình thường.

+ Alpha L-Fucosidase: enzym này tăng cao trong ung thư gan nguyên phát, với độ đặc hiệu 90% và độ nhạy khoảng 75%, cũng tăng trong u gan lành tính.

1.4.2. Thăm dò hình ảnh

1.4.2.1. Siêu âm

- Một hoặc nhiều khối (nodule) trong gan.
- Echo giàu, nghèo, hỗn hợp, dạng khảm.

- Xô đẩy mạch máu, đường mật, viên giảm âm chung quanh.
- Tăng sinh mạch máu trong u, thường có huyết khối trong tĩnh mạch cửa.
- Hướng dẫn chọc hút, sinh thiết.

1.4.2.2. Chụp cắt lớp tỷ trọng

Một hoặc nhiều khối giảm đậm độ (hypodense), bắt thuốc không đều, giúp hướng dẫn chọc hút, sinh thiết.

1.4.2.3. Chụp động mạch

Xét nghiệm cơ bản tiền phẫu, giúp xác định vị trí, tưới máu, khả năng cắt bỏ u

1.4.3. Giải phẫu bệnh

1.4.3.1. Sinh thiết

Sinh thiết dưới sự hướng dẫn của siêu âm, CT-scan hoặc soi ổ bụng. Sinh thiết: chính xác nhưng dễ chảy máu.

1.4.3.2. Chọc hút kim nhỏ

Ít biến chứng, nhưng độ chính xác và độ nhạy thấp hơn sinh thiết.

1.5. Tiến triển và biến chứng

1.5.1. Tiến triển

Thường nặng, tiên lượng xấu, tử vong 6-12 tháng

1.5.2. Các biến chứng

- Báng ung thư.
- Vàng da do chèn ép đường mật trong gan.
- Xuất huyết: Xuất huyết tiêu hóa cao, xuất huyết vào phúc mạc do vỡ nhân ung thư.
- Chèn ép tĩnh mạch: trên gan hoặc tĩnh mạch chủ dưới.
- Di căn: trong gan, phổi, màng phổi, xương, hạch, não.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN GIAI ĐOẠN CUỐI

Bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối khi vào bệnh viện có thể chết đột ngột. Trách nhiệm đầu tiên của người điều dưỡng trong việc chăm sóc bệnh nhân là tạo sự thoải mái tới mức có thể đáp ứng các nhu cầu về mặt tình cảm của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Việc chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối cũng quan trọng như chăm sóc bệnh nhân đang hồi phục.

Mục đích của chăm sóc bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối là phối hợp về điều trị, chăm sóc và nâng đỡ cho bệnh nhân. Hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý, tình cảm và tinh thần cho bệnh nhân và thân nhân.

Điều dưỡng viên đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao sức mạnh thể chất và tinh thần cho người bệnh.

2.1. Nhận định

Đứng trước một bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối, người điều dưỡng cần xác định các triệu chứng và biến chứng gây ra đau đớn, khó chịu cho người bệnh.

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh nhân

- Bệnh nhân có tiền sử viêm gan virus hay nghiện rượu không?
- Cảm giác nặng tức hạ sườn phải, lan sau lưng hay không? Đau nhức các nội tạng khác hoặc xương trong trường hợp có di căn. Đau có giảm khi dùng các thuốc giảm đau thông thường không?
- Chán ăn, buồn nôn, nôn, đi chầy không?
- Bệnh nhân có triệu chứng sốt trước khi vào viện hay không?
- Có sụt cân nhiều trong thời gian gần đây không?

2.1.2. Quan sát

- Da, mắt có vàng không?
- Bụng có chướng không?
- Bệnh nhân có chảy máu chân răng, chảy máu cam, chảy máu dưới da không?
- Gầy, sút cân thường rõ trong ung thư gan giai đoạn cuối.

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

Ngoài các dấu chứng cơ năng do hỏi bệnh và quan sát được. Khám thường phát hiện gan lớn, đau, vàng da, báng. Lấy dấu hiệu sống.

Bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối thường có các dấu chứng khác kèm theo như: buồn nôn và nôn, xuất huyết tiêu hóa, táo bón, ăn uống kém, tưa miệng do nấm candida, lo âu, cảm giác mất mát, trầm cảm, lú lẫn, mê sảng, co giật.

Bên cạnh các dấu hiệu trên cần tìm hiểu các triệu chứng sinh học như thiếu máu, hạ đường huyết, các chức năng gan bị rối loạn...

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán chính có thể có đối với bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối

- Táo bón do nằm lâu
- Đau do chèn ép
- Suy dinh dưỡng do ăn kém
- Lo lắng do tình trạng bệnh nặng
- Nguy cơ nhiễm trùng do suy giảm miễn dịch và suy dinh dưỡng.
- Nguy cơ xuất huyết do vỡ nhân ung thư

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Những biện pháp chung

- Làm giảm hay ngăn ngừa triệu chứng
- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, chăm sóc toàn diện
- Chế độ ăn lỏng, dễ tiêu. Đảm bảo năng lượng và vitamin
- Hạn chế muối khi có phù, cổ trướng
- Vệ sinh răng miệng và vệ sinh thân thể cho bệnh nhân.

2.3.2. Lập kế hoạch thực hiện các y lệnh

- Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm theo yêu cầu.
- Thực hiện y lệnh chính xác kịp thời.
- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, thuốc men, phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch màng bụng khi có chỉ định.

2.3.3. Lập kế hoạch theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và cân nặng.
- Vị trí đau, hướng lan.
- Các dấu chứng hôn mê gan.
- Dấu xuất huyết.
- Diễn biến của bệnh.
- Tác dụng và cách dùng một số thuốc thông thường sử dụng ở giai đoạn cuối.

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn bệnh nhân tự phục vụ bản thân.
- Hướng dẫn gia đình bệnh nhân chăm sóc, giúp đỡ người bệnh.
- Thân nhân người bệnh nên kết hợp với điều dưỡng viên ghi chép, theo dõi bảng theo dõi sử dụng thuốc.

- Thân nhân người bệnh cần biết nguyên nhân ung thư gan và tầm quan trọng của vấn đề ngăn ngừa viêm gan siêu vi.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Khi tiếp cận người nhà bệnh nhân người điều dưỡng phải luôn nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và thông cảm với họ.
- Trọng tâm của chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối là làm giảm đau và các triệu chứng khác, làm cho bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn. Việc làm giảm hay ngăn ngừa triệu chứng có ý nghĩa và đem lại sự an lành cho bệnh nhân giai đoạn cuối.
- Chăm sóc về tinh thần:
 - + Tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của bệnh nhân tuân theo tôn giáo và những yêu cầu của bệnh nhân.
 - + Ở giai đoạn cuối cùng của cuộc đời, bệnh nhân thường cảm thấy cô đơn tuyệt vọng, do vậy người người điều dưỡng phải thường xuyên ở bên cạnh bệnh nhân để động viên và giúp đỡ họ.
 - + Giúp đỡ bệnh nhân ổn định về mặt tâm lý, sinh lý và tinh thần.
 - + Đảm bảo cho bệnh nhân và thân nhân không bị đơn độc trong giai đoạn cuối.

- Đối với thân nhân:

Phải tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của thân nhân khi họ đến thăm bệnh nhân (trong điều kiện cho phép). Khi gia đình bệnh nhân hỏi về những vấn đề chuyên môn, người điều dưỡng có thể trả lời trong phạm vi cho phép. Khi chăm sóc bệnh nhân điều dưỡng viên thông báo và giải thích cho thân nhân về việc mình cần làm và yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài. Người nhà đến thăm và ở lâu với bệnh nhân, điều dưỡng hướng dẫn, giúp đỡ họ nơi ăn ở, các điều kiện sinh hoạt.

- + Chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, tránh gây ồn ào, tiện cho việc chăm sóc và không ảnh hưởng đến bệnh nhân khác.
- Chế độ ăn uống:
 - + Thức ăn lỏng, dễ tiêu, ăn nhạt khi có cổ trướng, hạn chế lipid, ăn tăng glucid và protein.
 - + Theo dõi lượng nước vào ra bằng cách theo dõi lượng nước uống vào và đo lượng nước tiểu 24 giờ.
- Ở giai đoạn cuối bệnh nhân mất cảm giác ngon miệng, buồn nôn, miệng bị khô, đỏ hoặc phỏng rộp lưỡi. Do đó, cần chăm sóc miệng thường xuyên

(2 giờ /1 lần), kiểm tra tưa miệng, hướng dẫn kỹ thuật súc miệng và khuyến khích uống nhiều nước (nếu bệnh nhân không có cổ trướng, suy thận).

- Chăm sóc điều dưỡng rất quan trọng ở giai đoạn cuối. Đôi khi còn hiệu quả hơn dùng thuốc. Bệnh nhân lúc này rất yếu do nằm bất động quá lâu nên thường bị loét, táo bón, chán ăn, đau, buồn nôn và trầm cảm.
- Ở bệnh nhân nằm lâu một tư thế, làm đau và co cứng cơ nên cần thay đổi gối kê, xoa bóp và nếu được cho ra khỏi giường trong một thời gian ngắn.
- Dù bất cứ nguyên nhân nào, cảm giác đau chịu tác động của nhiều yếu tố phối hợp. Đau cũng sẽ tăng lên khi lo lắng, trầm cảm, cô đơn... và các triệu chứng khác như táo bón. Đau sẽ giảm nhờ vào giải trí, thư giãn, bình tĩnh và tình thân hữu.
- Công tác chính của điều dưỡng viên khi thăm bệnh là làm vệ sinh cá nhân cho bệnh nhân hàng ngày, đây là cơ hội để nhận định tình trạng bệnh nhân tiến triển tốt hay xấu đi để kịp thời thông báo cho bác sĩ.
- Chăm sóc khi có biến chứng chảy máu tiêu hóa:
 - + Cho bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, đầu thấp, gối mỏng dưới vai, kê chân cao.
 - + Tạm ngừng cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng.
 - + Ủ ấm cho bệnh nhân.
 - + Phụ giúp thầy thuốc đặt cathete theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - + Truyền dịch, truyền máu khẩn trương theo y lệnh.
- Đề phòng hôn mê gan:
 - + Đặt ống thông hút hết máu còn ứ đọng trong dạ dày, sau đó rửa dạ dày bằng nước lạnh.
 - + Thụt tháo phân để loại trừ nhanh chóng máu đã xuống ruột.
 - + Hạn chế các yếu tố làm dễ: nhiễm trùng, xuất huyết, rối loạn nước điện giải.
- Tận tình chăm sóc cứu chữa bệnh nhân đến phút cuối.

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thuốc: thực hiện đúng qui trình, kỹ thuật, thực hiện chính xác kịp thời chỉ định của bác sĩ.
- Thực hiện các xét nghiệm.
- Nếu có chỉ định của bác sĩ, điều dưỡng viên có thể thăm khám trực tràng và thụt tháo cho bệnh nhân.
- Tiến hành khẩn trương mọi y lệnh, đồng thời tìm mọi cách để làm giảm sự đau khổ của bệnh nhân.

- Mọi công việc thực hiện một cách nhẹ nhàng, nhanh gọn, có hiệu quả, tránh để thân nhân nghĩ là điều dưỡng thờ ơ với bệnh nhân khi họ sắp chết.
- Dựa vào việc cho bệnh nhân dùng thuốc và theo dõi, điều dưỡng có thể báo bác sĩ thay đổi thuốc nếu cần.

2.4.3. Thực hiện kế hoạch theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và cân nặng
- Các dấu chứng hôn mê gan
- Dấu xuất huyết
- Vị trí đau, hướng lan
- Các triệu chứng khác như: buồn nôn và nôn, xuất huyết tiêu hóa, táo bón, ăn uống kém, tưa miệng, lo âu, cảm giác mất mát, trầm cảm, lú lẫn, mê sảng, co giật...
- Theo dõi tác dụng và cách dùng một số thuốc thông thường được sử dụng ở giai đoạn cuối.
- Các xét nghiệm: công thức máu, VS, chức năng gan, chức năng thận...
- Tác dụng phụ của thuốc: tác dụng phụ của morphin: buồn nôn, chóng mặt, lú lẫn, táo bón, co giật. Có thể làm giảm tác dụng phụ bằng cách giảm liều hoặc cho thuốc chống nôn và chế độ ăn chống táo bón.
- Theo dõi các dấu chứng hôn mê gan:
 - + Theo dõi sự thay đổi tính tình: bệnh nhân đang vui rồi lại buồn, thờ ơ
 - + Bệnh nhân có những biểu hiện rối loạn về trí nhớ
 - + Mất phương hướng về thời gian, không gian, mất khả năng tập trung tư tưởng
 - + Bàn tay run do rối loạn trương lực cơ.
- Khi có dùng bơm tiêm tự động, điều dưỡng phải theo dõi nơi tiêm để phát hiện sớm tắc nghẽn hay có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Trong trường hợp bệnh nhân đái dầm, có thể dùng các loại vải trải giường thấm hút hoặc giường bằng nhựa, dẫn lưu.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn bệnh nhân tự phục vụ bản thân.
- Hướng dẫn gia đình bệnh nhân kỹ thuật chăm sóc, giúp đỡ người bệnh, để họ tự tin và có khả năng chăm sóc bệnh nhân một cách độc lập. Mối quan hệ thân mật giữa người bệnh và điều dưỡng giúp cho người bệnh niềm tin để xua đi nỗi lo lắng và nỗi thất vọng.

- Thân nhân người bệnh nên kết hợp với điều dưỡng viên ghi chép, theo dõi bảng theo dõi sử dụng thuốc.
- Để giảm nguy cơ gây táo bón, điều dưỡng có thể hướng dẫn cách thụt tháo nhẹ cho người chăm sóc.
- Thân nhân người bệnh cần biết nguyên nhân ung thư gan và dự phòng ung thư gan chủ yếu dựa vào tiêm chủng phòng virus viêm gan B và điều trị các bệnh viêm gan mạn do virus.

2.5. Đánh giá

Việc chăm sóc bệnh nhân có hiệu quả khi đảm bảo các vấn đề sau:

- Bệnh nhân ăn thấy ngon miệng và không sụt cân.
- Bệnh nhân được yên tâm, thoải mái khi nằm viện và có sự hiểu biết nhất định về bệnh.
- Bệnh nhân được chăm sóc toàn diện, không có tai biến do quá trình điều trị.
- Đánh giá chức năng gan và thận ảnh hưởng như thế nào đến sự hấp thu, chuyển hóa và bài tiết của các loại thuốc và hạn chế tối đa tác dụng phụ của thuốc.
- Dựa vào xét nghiệm máu, cân bằng kiềm toan, chức năng gan, đường máu, chức năng thận, huyết sắc tố, siêu âm và X-quang để so sánh với các kết quả lần trước, để theo dõi diễn tiến của bệnh.
- Vai trò người điều dưỡng là chăm sóc, giáo dục, động viên, an ủi cho bệnh nhân và gia đình phát hiện sớm các triệu chứng, theo dõi diễn tiến của bệnh để có kế hoạch chăm sóc và điều trị tốt hơn.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của ung thư gan
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư gan
3. Trình bày quy trình điều dưỡng bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối
4. Các nguyên nhân gây ung thư gan, **ngoại trừ**:
 - a. Virus viêm gan B
 - b. Virus viêm gan C
 - c. Virus HIV
 - d. Xơ gan
 - e. Aflatoxin B1

5. Đánh dấu x ở những câu đúng

Theo dõi bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối, gồm:

- A. Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và cân nặng
- B. Theo dõi các dấu chứng hôn mê gan
- C. Theo dõi dấu hiệu xuất huyết
- D. Theo dõi vị trí đau, hướng lan
- E. Theo dõi các triệu chứng khác như: buồn nôn và nôn, xuất huyết tiêu hóa, táo bón, ăn uống kém, tưa miệng, lo âu, cảm giác mất mát, trầm cảm, lú lẫn, mê sảng...
- F. Theo dõi diễn biến của bệnh

Bài 16

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá trên và dưới
2. Phát hiện được các triệu chứng lâm sàng của xuất huyết tiêu hoá
3. Chăm sóc được bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá

1. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) là biểu hiện của chảy máu đường tiêu hoá do nhiều nguyên nhân. Xuất huyết tiêu hoá là một cấp cứu nội khoa cần được xác định sớm, theo dõi và xử lý kịp thời để tránh tử vong cho người bệnh.

1.1. Định nghĩa

Xuất huyết tiêu hoá là sự chảy máu có nguồn gốc từ đường tiêu hoá ra ngoài qua đường miệng (nôn ra máu) hoặc hậu môn (đi cầu ra máu).

Xuất huyết tiêu hoá có thể là kết quả của sự tổn thương thành mạch do:

- Viêm cấp chảy máu
- Giảm tính thấm của thành mạch
- Do phát triển ổ loét sâu vào mạch máu
- Do giãn vỡ các mạch máu

1.2. Nguyên nhân thường gặp và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Xuất huyết ống tiêu hoá trên

Nguồn gốc chảy máu từ góc Treitz (góc tá hồng tràng) trở lên, không kể chảy máu từ răng lợi cụ thể:

- Tổn thương trực tiếp ở dạ dày, tá tràng
- + Loét dạ dày tá tràng: là nguyên nhân hay gặp nhất của xuất huyết tiêu hoá cao chiếm từ 50-75% số bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá cao.

Chảy máu chủ yếu là do các mạch máu bị loét. Các ổ loét non thường gây chảy máu mao mạch nên số lượng thường ít và tự cầm ngược lại các ổ loét sâu và loét xơ chai thường gây chảy máu ồ ạt và rất khó cầm do loét vào các mạch máu lớn và khả năng co mạch bị hạn chế.

- + Viêm cấp chảy máu ở dạ dày tá tràng do uống thuốc như: aspirin, corticoid, phenylbutazon, kali chlorua, các thuốc kháng viêm không steroid, thuốc chống đông...

Aspirin gây chảy máu dạ dày theo các cơ chế sau: Aspirin có chứa các tinh thể acid Salysilic làm ăn mòn niêm mạc dạ dày gây loét chảy máu; Aspirin ức chế sản xuất gastromucoprotein của niêm mạc dạ dày. Aspirin gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân.

Tại chỗ: trong môi trường acid của dạ dày, aspirin không phân ly và hòa tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét.

Toàn thân: do aspirin ức chế prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

Các thuốc corticoid gây ức chế tổng hợp prostaglandin

Các thuốc kháng viêm không steroid: những thuốc kháng viêm này gây ức chế men cyclo -oxygenase (cần thiết cho sự tổng hợp prostaglandin từ acid Arachidonic), ngoài ra chúng còn làm gia tăng Leucotrien (là chất làm co mạch và gây viêm).

Một số thuốc chống đông (heparin), kháng vitamin K làm giảm các yếu tố đông máu.

- + Viêm cấp chảy máu dạ dày do rượu: rượu tác dụng trực tiếp lên niêm mạc dạ dày gây viêm phù nề, xuất tiết và xuất huyết.
- + Viêm cấp chảy máu dạ dày do tăng ure máu: do làm viêm niêm mạc dạ dày và tăng tính thấm mao mạch.
- + Loét cấp chảy máu dạ dày do stress: stress làm tăng tiết HCl và giảm yếu tố bảo vệ cấp.
- + Ung thư dạ dày: chảy máu từ các mạch máu tân sinh nên thường chảy máu dai dẳng, tuy nhiên đôi khi ồ ạt.
- + Polip ở dạ dày tá tràng: do viêm làm chảy máu
- Do bệnh lý ngoài ống tiêu hoá:
 - + Xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa, gây giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; trong trường hợp suy gan nặng làm giảm prothrombin và các yếu tố đông máu gây chảy máu.
 - + Chảy máu đường mật: chủ yếu gặp ở bệnh nhân viêm loét đường mật, sỏi mật, giun chui ống mật. Cơ chế chảy máu ở đây là do viêm và tác nhân cơ học gây ra do giun và sỏi.

- + Chảy máu từ tụy: do sỏi hoặc do các nang tụy loét vào mạch máu.
- + Bệnh lý ở tủy xương gây rối loạn đông máu và chảy máu như: bệnh bạch cầu cấp, kinh, suy tủy xương, xuất huyết giảm tiểu cầu gây chảy máu kéo dài.
- + Các bệnh máu ác tính: gây viêm dạ dày và do các yếu tố stress làm chảy máu.
- + Tai biến do điều trị
- + Do tăng huyết áp

1.2.2. Xuất huyết tiêu hoá dưới

Xuất huyết tiêu hoá dưới là máu chảy có nguồn gốc từ góc Treitz trở xuống.

- Chảy máu từ ruột non hiếm gặp, bao gồm các nguyên nhân sau: viêm túi thừa Meckel, bệnh Crohn, lồng ruột, u, bất thường mạch máu, huyết khối động mạch treo ruột
- Chảy máu từ đại trực tràng: là loại chảy máu thường gặp trong xuất huyết tiêu hóa thấp
 - + Viêm loét chảy máu ở trực tràng, đại tràng: chảy máu do viêm và loét vào các mạch máu
 - + Polip trực tràng đại trực tràng có viêm chảy máu: thường chảy máu từng đợt do viêm loét nhiễm trùng các polype.
 - + Ung thư trực tràng, đại tràng: thường gặp ở người già.
 - + Trĩ hậu môn: do vỡ hoặc viêm nhiễm vùng búi trĩ.
 - + Lỵ trực trùng, lỵ amip: do tổn thương niêm mạc đại tràng.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Xuất huyết tiêu hoá trên

- Tiền triệu: bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao thường có cảm giác lợm giọng, buồn nôn và cồn cào vùng thượng vị.
- Nôn ra máu:
 - + Máu tươi
 - + Máu bầm đen, máu cục
 - + Có lẫn thức ăn

Số lượng và màu sắc chất nôn thay đổi tùy theo số lượng máu chảy, tính chất chảy máu và thời gian máu lưu giữ trong dạ dày.

- Đi cầu ra máu: nếu chảy máu ít thường không thể phát hiện được, phân chỉ có màu đà nâu; nếu chảy máu quá nhiều và cấp thì phân có thể có màu

đỏ tươi hoặc máu bầm. Nhưng hay gặp nhất là đi cầu phân đen, mùi thối khắm. Phân có đặc điểm:

- + Phân đen, lỏng
- + Phân đen nhánh như bã cà phê
- + Phân đen táo như nhựa đường

Có thể vừa nôn ra máu vừa ỉa phân đen. Có thể chỉ đi ngoài phân đen mà không có nôn ra máu.

Nếu bệnh nhân nôn toàn máu tươi, máu cục hoặc đi cầu máu bầm thì chứng tỏ máu chảy rất nhiều.

Tuy nhiên số lượng máu chảy ra không phản ánh hoàn toàn số lượng máu mất vì có thể máu chảy nhiều nhưng không nôn mà chảy xuống ruột và giữ ở đó.

- Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào tình trạng mất máu nhiều hay ít. Sốc là tình trạng nặng nhất, do giảm thể tích máu đột ngột thường xuất hiện sau khi nôn ra máu nhiều hoặc sau ỉa phân đen, biểu hiện:
 - + Da xanh tái vã mồ hôi
 - + Niêm mạc, môi, mắt trắng bệch
 - + Chân tay lạnh thở nhanh
 - + Mạch nhanh nhỏ khó bắt
 - + Huyết áp thấp và kẹt

1.3.2. Xuất huyết tiêu hoá dưới

- Ỉa ra máu tươi, máu cục lẫn theo phân hoặc ra sau phân, có khi chảy thành tia khi đại tiện thường gặp trong bệnh trĩ, các tổn thương ở hậu môn.
- Ỉa ra máu tươi lẫn chất nhầy theo phân hoặc lẫn mủ.
- Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào khối lượng máu mất nhiều hay ít như phần mất máu nặng đã nêu ở trên.

Chảy máu tiêu hoá dưới thường chảy ít, mạn tính, hiếm khi chảy máu ô ạt đưa đến tình trạng choáng.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Công thức máu: tỷ lệ hematocrit, số lượng huyết sắc tố, số lượng hồng cầu: thường phản ánh trung thực lượng máu mất, tuy nhiên phải sau 3-4 giờ.
- Nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hoá trên:
 - + Cho soi thực quản, dạ dày, tá tràng cấp cứu
 - + Chụp X quang thực quản, dạ dày, tá tràng

- + Làm các xét nghiệm chức năng gan, mật nếu nghi ngờ do xơ gan, do chảy máu đường mật.
- Nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hoá dưới:
 - + Xem phân để xác định tính chất của máu
 - + Xét nghiệm phân: cấy phân, ký sinh trùng đường ruột, máu ẩn
- Thăm trực tràng, hậu môn
- Soi trực tràng tìm các tổn thương đặc hiệu như: hình ấn móng tay, hình cúc áo gập trong lý amip.
- Soi đại tràng ống mềm
- Chụp X-quang khung đại tràng có thuốc cản quang.

1.5. Xử trí

- Hồi sức và hồi phục lại thể tích máu đã mất bằng cách truyền máu tươi theo khối lượng máu đã mất.
- Xử trí nguyên nhân để tránh xuất huyết tái phát.
- Cầm máu tại chỗ qua nội soi.
- Nếu điều trị nội khoa tích cực không có kết quả phải chuyển sang ngoại khoa để phẫu thuật cầm máu.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh

Đứng trước một bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá người điều dưỡng cần hỏi:

- Nôn ra máu hay đi ngoài ra máu?
- Nếu bệnh nhân nôn ra máu thì phải hỏi:
 - + Trước khi nôn ra máu có uống thuốc gì không?
 - + Máu tươi hay bầm đen?
 - + Máu có lẫn thức ăn không?
 - + Trước khi nôn ra máu có dấu hiệu báo trước gì không?
 - + Số lượng máu nôn ra và thời gian nôn ra máu như thế nào?
- Nếu bệnh nhân đi ngoài ra máu thì hỏi:
 - + Bệnh nhân đi ngoài ra máu tươi từ bao giờ?
 - + Tính chất của máu có ở phân: máu tươi hay máu cục?

- + Máu ra trước phân, cùng với phân, hay máu ra sau phân?
- + Máu có lẫn chất nhầy hay mũ không?
- + Máu đen hay máu tươi?
- + Số lượng nhiều hay ít?
- Trước khi nôn ra máu, đi ngoài phân có máu, có lao động nặng gì không?
- Có lo lắng gì không?
- Có sốt không?
- Có đau bụng khi nôn hoặc khi đại tiện không?
- Có bị bệnh lý dạ dày hay tá tràng không?
- Các thuốc đã sử dụng và các bệnh đã mắc trước đó

2.1.2. Quan sát bệnh nhân, cần chú ý:

- Tình trạng tinh thần
- Tình trạng toàn thân
- Tính chất của chất nôn và phân
- Tư thế chống đau

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Lấy dấu hiệu sống: chú ý mạch và huyết áp.
- Khám bụng: chú ý vùng thượng vị.
- Thăm trực tràng nếu có chỉ định.
- Xem xét các xét nghiệm nếu có.

2.1.4. Nhận định qua thu thập các dữ liệu khác

- Qua hồ sơ và các phiếu xét nghiệm
- Sử dụng các thuốc và cách sử dụng thuốc
- Qua gia đình bệnh nhân

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa:

1. Chóng mặt do mất máu.
2. Chảy máu do loét dạ dày tá tràng.
3. Lo lắng do tình trạng bệnh cấp và nặng.
4. Chảy máu do viêm loét polyp trực tràng.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho bệnh nhân nhịn ăn, nằm yên tĩnh trong 24 giờ đầu.
- Trấn an bệnh nhân.
- Thực hiện các y lệnh kịp thời và chính xác.
- Theo dõi và phát hiện có tình trạng mất máu nặng.
- Hướng dẫn người nhà bệnh nhân cách theo dõi và chăm sóc.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải nằm tại giường, đầu không kê gối. Phòng nghỉ yên tĩnh
- Động viên để bệnh nhân yên tâm, tránh lo lắng
- Cho bệnh nhân thở oxy nếu tình trạng chảy máu nặng có choáng
- Đặt catheter và truyền giữ mạch bằng nước muối đẳng trương
- Đặt ống thông dạ dày tá tràng hút hết máu đông trong dạ dày, đồng thời theo dõi tình trạng chảy máu qua ống thông.
- Đi đại tiện tại giường để theo dõi tính chất phân
- Khi hết nôn ra máu cho bệnh nhân ăn nhẹ: sữa, cháo, súp...

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện các thuốc cho bệnh nhân theo y lệnh một cách khẩn trương
- Lấy máu xét nghiệm theo y lệnh, chụp X quang
- Phụ giúp đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm khi có chỉ định

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 30 phút một lần nếu bất thường báo bác sĩ xử trí kịp thời
- Theo dõi tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Đo lượng nước tiểu để phát hiện triệu chứng thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Theo dõi tình trạng nôn và tính chất của chất nôn.
- Theo dõi tình trạng đau bụng và tính chất của phân (màu sắc, số lần, số lượng máu và phân của bệnh nhân)
- Theo dõi việc sử dụng thuốc.
- Theo dõi tình trạng toàn thân để phát hiện sớm tình trạng mất máu (da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp thấp, chóng mặt...)

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Phòng và tránh bị bệnh bằng cách lao động, nghỉ ngơi hợp lý, tránh lo lắng.
- Không nên uống rượu, cà phê nhiều.
- Sử dụng các thuốc kháng viêm hợp lý và đúng cách.
- Phát hiện sớm các bệnh lý ở đường tiêu hoá và điều trị triệt để.
- Phát hiện sớm các dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá và tích cực điều trị.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Đối với bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi yên tĩnh, an tâm điều trị
- Tình trạng chảy máu giảm hoặc mất
- Các dấu hiệu sống ổn định
- Lượng nước tiểu tăng lên
- Bệnh nhân được cho ăn, uống theo chế độ hợp lý.
- Nguyên nhân gây xuất huyết được giải quyết.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ khẩn trương, đầy đủ, chính xác
- Khi ra viện, bệnh nhân được hướng dẫn cách phát hiện sớm nhất tình trạng xuất huyết tiêu hoá và các nguyên nhân có thể gây xuất huyết tiêu hoá.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá trên

2. Đánh dấu X vào câu trả lời đúng

2.1. Chăm sóc bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá trên:

- A. Cho bệnh nhân nằm đầu cao
- B. Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 giờ một lần
- C. Không cho bệnh nhân ăn uống gì ngay cả khi đã cầm máu
- D. Đo lượng nước tiểu để phát hiện thiếu hoặc vô niệu

2.2. Những nguyên nhân hay gặp đối với những bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá trên

- A. Polip trực tràng đại trực tràng có viêm chảy máu
- B. Ung thư dạ dày

C. Ung thư trực tràng, đại tràng.

D. Loét dạ dày tá tràng

E. Viêm loét chảy máu ở trực tràng, đại tràng

3. Chọn câu trả lời đúng nhất

3.1. Dấu hiệu thay đổi sớm nhất khi theo dõi bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa:

a. Mạch b. Huyết áp c. Nhịp thở d. Màu sắc da e. Nước tiểu

3.2. Khi nhận định một bệnh nhân choáng mất máu trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa, triệu chứng nào sau đây **Không đúng**:

a. Da xanh tái vã mồ hôi b. Chân tay lạnh c. Nhịp thở nhanh

d. Mạch nhanh nhỏ khó bắt e. Huyết áp cao

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, nguyên tắc điều trị và biến chứng của viêm tụy cấp
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp

1. BỆNH HỌC

1.1. Bệnh nguyên

- Sỏi đường mật
- Ký sinh trùng: giun đũa là nguyên nhân hay gặp nhất.
- Virus: quai bị.
- Do rượu gây viêm tụy cấp và viêm tụy mạn.
- Sau phẫu thuật bụng và chụp đường mật ngược dòng qua nội soi.
- Chấn thương vùng bụng.
- Suy dinh dưỡng.
- Do thuốc, nhất là corticoid.
- Do thủng ổ loét dạ dày tá tràng dính vào tụy.
- Túi thừa tá tràng.
- Ống tụy chia đôi.

1.2. Cơ chế bệnh sinh

- Thuyết ống dẫn: do sự trào ngược dịch mật, dịch tá tràng vào tuyến tụy, có thể do sỏi kẹt ở bóng Vater, co thắt cơ vòng Oddi hoặc có thể do sự tăng áp lực ở đường mật do giun đũa. Thuyết này không được chấp nhận vì hiện tượng trào ngược có thể xảy ra ở người bình thường hoặc khi chụp đường mật có cản quang.

- Thuyết mạch máu: nhồi máu tụy do tắc tĩnh mạch và do sự phóng thích các kinase tổ chức vào máu làm hoạt hoá tại chỗ men này.
- Thuyết quá mẫn: hay còn gọi là thuyết thần kinh X vì có sự giống nhau về triệu chứng trong cường phó giao cảm và viêm tụy cấp.
- Thuyết dị ứng: giải thích hiện tượng tắc mạch rải rác.
- Thuyết tự tiêu: giải thích trên cơ sở hoạt hoá Trypsin bởi trào ngược Kinase ruột như Enterokinase, Kinase bạch cầu vi khuẩn, tiểu thể do các thương tổn tuyến tụy phóng thích.

1.3. Lâm sàng

- Đau: đột ngột, dữ dội tùy theo bệnh nguyên. Có thể có khởi đầu khác nhau.
- Nôn: là triệu chứng hay gặp, tỷ lệ khoảng 70-80%, nôn xong không đỡ đau.
- Bụng chướng: do liệt dạ dày và ruột cũng thường gặp. Một số trường hợp có dấu hiệu bụng ngoại khoa, hoặc dấu xuất huyết nội.
- Hội chứng nhiễm trùng: tùy theo nguyên nhân tình trạng nhiễm trùng có thể đến sớm hay muộn.
- Với thể xuất huyết hoại tử, toàn thân có biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.
- Vàng da: ít gặp, nếu có thường là rất nặng.
- Khám bụng: vùng Chauffard Rivet đau, điểm Mallet Guy đau, điểm Mayo-Robson đau.

1.4. Xét nghiệm

- Amylase máu: thường tăng sau khi đau khoảng 4-12 giờ. Với viêm tụy cấp thể phù nề sau khoảng 3-4 ngày sẽ trở về bình thường.
- Amylase niệu: tăng chậm sau 2-3 ngày.
- Lipase máu: thường tăng song song với amylase máu và đặc hiệu hơn. Tồn tại lâu trong máu.
- Men LDH và SGOT có thể tăng trong các thể nặng. Đây là những men giúp đánh giá tiên lượng.
- Calci máu thường giảm trong những thể nặng.
- PaO₂ thường giảm
- Công thức máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, khi bạch cầu tăng trên 16.000/mm³ là có ý nghĩa tiên lượng nặng.
- Siêu âm: tụy lớn, cấu trúc nghèo hơn bình thường.
- X quang bụng không chuẩn bị: hình ảnh quai ruột gác.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định cần dựa vào

- Cơn đau bụng cấp vùng thượng vị, hạ sườn trái.
- Nôn mửa.
- Hội chứng nhiễm trùng.
- Bụng chướng.
- Các điểm tụy đau.
- Siêu âm.

1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thủng tạng rỗng.
- Viêm đường mật, túi mật cấp.
- Tắc ruột, lồng ruột cấp.
- Nhồi máu cơ tim: thường gặp ở người già có tiền sử đau thắt ngực, khám các điểm tụy không đau. Dựa vào amylase máu.

1.6. Biến chứng

- Tại chỗ:
 - + Áp xe tụy
 - + Nang giả tụy
 - + Báng: do thủng hay vỡ ống tụy, nang tụy vỡ vào ổ bụng...
- Toàn thân:
 - + Phổi: tràn dịch xẹp, viêm đáy phổi trái.
 - + Tim mạch; tiêu hóa; thận; chuyển hóa.

1.7. Điều trị

- Giúp tụy nghỉ ngơi
 - Bù nước điện giải: trong viêm tụy cấp thể phù nề, truyền khoảng 2-3l/ngày dung dịch Ringer lactat và glucose đẳng trương.
 - Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá.
 - Các thuốc giảm đau: atropin, Dolargan hoặc Visceralgin
 - + Atropin 1/4 mg tiêm dưới da 1-2 mg chia 3-4 lần trong ngày.
 - + Visceralgin viên nén, ống 5ml.
- Uống 2-6 viên /ngày; tiêm bắp, tĩnh mạch 1/2-2 ống /ngày.

- Kháng sinh:
 - + Trong viêm tụy cấp do rượu chỉ dùng kháng sinh để chống bội nhiễm nên thường dùng chậm.
 - + Trong viêm tụy cấp do giun, nhiễm trùng rất sớm nên cần sử dụng kháng sinh ngay từ đầu, thường dùng kháng sinh kháng vi khuẩn gram âm như ampicilin, gentamycin.
- Ampicillin 500mg ống tiêm bắp
- Gentamycin 80mg ống tiêm bắp
- + Trong trường hợp nhiễm trùng nặng cần phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 và Quinolon thế hệ 2, nếu nhiễm trùng nặng kéo dài cần dùng kháng sinh chống kỵ khí: Imidazol, betalactamin, Macrolid (Clindamycin, Dalacin).
- Điều trị viêm tụy cấp do giun đũa: cần sử dụng thuốc liệt giun sớm: Mebendazol (Fugacar) viên 100mg.
 - Điều trị viêm tụy cấp do sỏi: xẻ cơ vòng oddi hoặc tán sỏi.

1.8. Dự phòng

- Tẩy giun đũa định kỳ, nhất là những người có tiền sử giun chui đường mật.
- Điều trị tốt sỏi mật.
- Hạn chế bia rượu.
- Có chế độ ăn hợp lý.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM TỤY

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Xem có biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng không?
- Bệnh nhân có đau bụng không? vị trí, cường độ đau như thế nào?
- Đau từng cơn hay đau liên tục.
- Chú ý các yếu tố làm tăng cơn đau
- Đau có tăng khi nằm ngửa và giảm khi cúi gập mình ra trước không?
- Bệnh nhân có buồn nôn hoặc nôn không? Nôn ra có đờ đau không?
- Có chướng bụng không?
- Bệnh nhân có tiền sử uống rượu không? Có tiền sử viêm tụy cấp do giun hay sỏi đường mật không?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Tình trạng nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, mệt nhọc, hốc hác không?
- Tình trạng tinh thần: có vật vã, bất an, vã mồ hôi hay choáng không?
- Quan sát tư thế chống đau của bệnh nhân

2.1.3. Thăm khám

- Đo các dấu hiệu sống, chú ý: nhiệt độ, mạch và nhịp thở.
- Khám bụng để xác định tìm các điểm đau tụy
- Xem xét kết quả cận lâm sàng:
 - + Công thức máu: bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
 - + Tốc độ lắng máu cao.
 - + Amylase máu hay amylase niệu tăng.
 - + Siêu âm và CT scan có hình ảnh của viêm tụy.

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 chính có thể có đối với bệnh nhân viêm tụy cấp:

- Đau do viêm tụy.
- Nôn do kích thích dạ dày
- Bụng chướng do liệt dạ dày, ruột
- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Nguy cơ choáng do đau.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc.
- Theo dõi đề phòng các biến chứng có thể xảy ra.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phòng bệnh.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường.
- Vệ sinh răng miệng, thân thể, thay quần áo cho bệnh nhân hàng ngày, khi bệnh nhân nôn phải chăm sóc sạch sẽ, chu đáo.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, điện tim và kiểm tra tri giác người bệnh.
- Tiến hành đặt ống thông dạ dày theo kỹ thuật thường quy. Hút dịch dạ dày nhẹ nhàng với bơm tiêm 50 ml, sau đó nối ống thông dạ dày với bình hoặc chai dẫn lưu.
- Giúp tuy nghỉ ngơi làm giảm đau và giảm tiết bằng nhịn ăn uống, hút dịch vị.
- Bù nước và điện giải: bệnh nhân thường thiếu nước do nhịn ăn uống, do nôn mửa, sốt nên cần được truyền dịch.
- Nuôi dưỡng bằng đường miệng chỉ được thực hiện khi triệu chứng đau giảm nhiều và bệnh nhân được cho ăn từ lỏng đến đặc, bắt đầu với nước đường, đến hồ và cháo để giảm tiết dịch vị.

2.4.2. Thực hiện theo y lệnh của thầy thuốc

- Xem hồ sơ bệnh án để thực hiện các chỉ định của bác sỹ: thuốc, dịch truyền và các thủ thuật khác.
- Lấy máu, nước tiểu đi làm xét nghiệm thường quy và các xét nghiệm bắt buộc đối với người bệnh viêm tụy cấp như: chảy máu, niệu, đường máu, điện giải (calci máu), amylase máu...
- Hút dịch dạ dày theo chỉ định.
- Truyền dịch: thông thường đối với viêm tụy cấp thể phù thì truyền khoảng 2-3l/ngày.
- Các thuốc giảm đau chỉ nên sử dụng khi phương pháp nhịn ăn uống và hút dịch không làm đỡ đau, có thể sử dụng Dolargan nhưng không dùng morphin vì có thể làm co thắt cơ oddi.

2.4.3. Theo dõi và đề phòng biến chứng

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn 3 giờ /lần.
- Theo dõi tình trạng bụng của người bệnh: chướng, đau, gõ đục.
- Treo bảng theo dõi hộ lý cấp I tại giường cho những người bệnh nặng.
- Đề phòng và theo dõi các biến chứng:
 - + Áp xe tụy: nhiễm trùng nặng, sốt cao 39-40⁰ kéo dài hơn một tuần, vùng tụy rất đau, khám có một mảng gỗ lên, xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp tỷ trọng.

- + Nang giả tụy: bệnh nhân giảm đau, giảm sốt nhưng không trở lại bình thường. Vào tuần lễ thứ 2-3 khám vùng tụy có một khối, ấn căng tức, Amylase máu còn cao gấp 2-3 lần, siêu âm có khối Echo trống.
- + Cổ trướng: do thủng hoặc vỡ các ống tụy hoặc nang giả tụy vào ổ bụng.
- Ghi rõ ngày giờ, tên điều dưỡng chăm sóc và tình trạng người bệnh vào phiếu theo dõi và săn sóc toàn diện.
- Báo cáo với bác sỹ điều trị tình trạng bệnh nhân và việc thực hiện theo y lệnh hàng ngày.

2.4.4. Giáo dục bệnh nhân

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các chỉ định của thầy thuốc, dặn nhịn ăn, giữ nước tiểu... và các quy định hành chính của khoa phòng điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh có chế độ ăn phù hợp khi đã được phép ăn (tránh mỡ, rượu, bia) và hẹn khám lại sau mổ nhằm phát hiện các biến chứng xa.
- Tẩy giun đũa định kỳ, đặc biệt khi đã có tiền sử giun chui đường mật.
- Điều trị tốt sỏi mật.
- Hạn chế uống rượu.

2.5. Đánh giá

Một bệnh nhân viêm tụy cấp được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân đỡ đau, hết nôn, có thể ăn uống bằng đường miệng.
- Tình trạng nhiễm trùng giảm.
- Các xét nghiệm trở về bình thường
- Các y lệnh được thực hiện đầy đủ và chính xác.
- Không xảy ra các biến chứng
- Bệnh nhân được theo dõi để phát hiện sớm các biến chứng
- Bệnh nhân hiểu biết về tình trạng bệnh và thực hiện được các y lệnh về ăn uống và nghỉ ngơi.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày các nguyên nhân của viêm tụy
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tụy
3. Hãy chọn câu đúng nhất trong các câu sau:

3.1. Trong viêm tụy cấp amylase máu tăng:

- a. Sau khi đau khoảng 4-6 giờ.
- b. Sau khi đau khoảng 4-8 giờ.
- c. Sau khi đau khoảng 4-10 giờ.
- d. Sau khi đau khoảng 4-12 giờ.
- e. Sau khi đau khoảng 4-14 giờ.

3.2. Trong chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp cần chuẩn bị các dụng cụ sau, **ngoại trừ:**

- a. Ống thông dạ dày.
- b. Ống đựng xét nghiệm máu, nước tiểu.
- c. Ống tiêm 200 ml để hút dịch dạ dày.
- d. Dụng cụ thường quy để lấy mạch, nhiệt, huyết áp.
- e. Bảng theo dõi tình trạng bệnh nhân.

3.3. Trong viêm tụy cấp cần làm các xét nghiệm bắt buộc, **ngoại trừ:**

- a. Amylase máu
- b. ường máu
- c. Chụp cắt lớp vi tính tụy
- d. Cali máu
- e. Amynase niệu

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XƠ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và triệu chứng lâm sàng của xơ gan giai đoạn còn bù và mất bù
2. Phát hiện được các biến chứng của xơ gan
3. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân phù và cổ trướng trong xơ gan

1. BỆNH HỌC VỀ XƠ GAN

1.1. Đại cương

Tên Hy Lạp của xơ gan là kirros có nghĩa là gan bị xơ, do Laennec đặt ra từ năm 1819 khi mô tả tổn thương gan do nghiện rượu lâu ngày. Từ đó bệnh được mang tên ông gọi là xơ gan Laennec.

Người ta định nghĩa bệnh xơ gan dựa trên các tổn thương giải phẫu bệnh của gan. Tùy theo nguyên nhân mà bệnh cảnh xơ gan, ngoài các triệu chứng chung của nó, có thể kèm theo các biểu hiện lâm sàng khác đặc trưng cho nguyên nhân gây bệnh.

Tổn thương đặc trưng xơ gan là một quá trình tổn thương mạn tính, không hồi phục kèm theo sự xơ hóa lan tỏa kết hợp với sự thành lập các nốt nhu mô gan tái sinh. Các tổn thương này đưa đến hoại tử tế bào gan, làm xẹp khung lưới nâng đỡ của gan từ đó dẫn đến sự lắng đọng của các tổ chức liên kết, các mạch máu trong gan trở nên nghèo nàn khúc khuỷu, các nhu mô gan còn sót lại phát sinh thành từng nốt. Tổn thương này là hậu quả của tổn thương gan mạn tính do nhiều nguyên nhân khác nhau.

1.2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây xơ gan, tuy nhiên vẫn còn một số nguyên nhân chưa biết rõ.

1.2.1. Xơ gan do rượu

Là nguyên nhân thường gặp ở châu Âu, gặp ở người uống rượu nhiều, tuyến mang tai lớn, nốt giãn mạch, SGOT/SGPT >2.

1.2.2. Xơ gan do nhiễm trùng

Đứng hàng đầu là viêm gan B, C gây xơ gan nốt lớn (xơ gan sau hoại tử). Đây là hậu quả của viêm gan mạn hoạt động mà không tìm thấy sự nhân lên của virut. Xét nghiệm huyết thanh cho thấy mang mầm bệnh B, C mạn: HbsAg(+), Anti HbC(+), HCV(+). Các nhiễm khuẩn khác ít gặp là: Brucellose, Echinococcus, Schistosomiasis, Toxoplasmosis.

1.2.3. Xơ gan do biến dưỡng

- Bệnh thiết huyết tố di truyền: xét nghiệm có sắt huyết thanh tăng, độ bão hòa ferritine và transferritine máu tăng.
- Bệnh Wilson (xơ gan đồng): đồng huyết thanh tăng.
- Các bệnh ít gặp: thiếu antitrypsin, bệnh porphyrin niệu, bệnh tăng galactose máu, fructose niệu.

1.2.4. Xơ gan do rối loạn miễn dịch

- Xơ gan mật nguyên phát: đây là bệnh viêm mạn tính đường mật nhỏ trong gan không nung mủ, gặp ở phụ nữ 30-50 tuổi, biểu hiện ứ mật mạn tính, tăng γ globulin IgM và kháng thể kháng ty lạp thể.
- Viêm gan tự miễn: gây hủy tế bào gan mạn tính, thường có đợt cấp, xét nghiệm máu có kháng thể kháng cơ trơn, kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng ty lạp thể.

1.2.5. Xơ gan cơ học

- Xơ gan mật thứ phát: do nghẽn đường mật mạn tính, do hẹp cơ oddi, do sỏi.
- Tắc mạch: tắc tĩnh mạch trên gan trong hội chứng Budd-chiari (hẹp các tĩnh mạch trên gan), suy tim phải lâu ngày, viêm màng ngoài tim cơ thắt.

1.2.6. Xơ gan do thuốc

Méthotrexate, methyl dopa, thuốc ngừa thai, oxyphenisatin, izoniazide...

1.2.7. Các nguyên nhân khác chưa được chứng minh

Bệnh viêm ruột mạn tính, đái đường, sarcoidosis.

1.3. Cơ chế bệnh sinh

Diễn tiến xơ gan là diễn tiến chậm qua nhiều năm, nhiều khi nguyên nhân đã mất nhưng bệnh vẫn tiếp tục tiến triển do một vòng luẩn quẩn.

1.3.1. Các yếu tố miễn dịch

Duy trì tình trạng tổn thương tế bào gan, có thể gặp các kháng nguyên (KN) chống tế bào gan, chống hồng cầu, chống γ globulin được thành lập trong

diễn tiến xơ gan, từ đó gây hủy hoại tế bào gan, hủy hồng cầu, gây thiếu máu và tăng nguy cơ nhiễm trùng.

1.3.2. Tăng áp cửa

Làm giảm thêm sự lưu thông máu trong hệ thống cửa, làm thiếu máu tương đối trong tế bào gan, tế bào gan sẽ thiếu oxy và chất dinh dưỡng dễ bị hoại tử thêm, dẫn đến xơ hóa, sẹo, đảo lộn cấu trúc gan làm tăng áp cửa.

1.3.3. Xuất huyết

Vì bất cứ nguyên nhân gì cũng sẽ làm tăng thiếu máu tế bào gan, gây hoại tử và suy gan.

1.3.4. Các thông động tĩnh mạch trong gan, phổi

Làm giảm lượng máu đến gan gây thiếu máu, hoại tử và suy gan.

1.3.5. Các nốt tân tạo ít mạch máu

Là nguyên nhân chèn ép lên các mạch máu làm thiếu máu thêm.

1.4. Lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng của xơ gan rất phức tạp, thay đổi tùy giai đoạn.

1.4.1. Giai đoạn còn bù

Có rất ít dấu chứng cơ năng và thực thể, phát hiện nhờ khám điều tra sức khỏe, theo dõi những người có nguy cơ cao.

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Ăn kém ngon, khó tiêu, nặng tức vùng thượng vị.
 - + Giảm tình dục, rối loạn kinh nguyệt.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Gan lớn bờ sắc mặt nhẵn chắc không đau, lách lớn.
 - + Không có cổ trướng.
 - + Có giãn mạch ở gò má, nốt giãn mạch hình sao, hồng ban lòng bàn tay.
 - + Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết gan.

1.4.2. Giai đoạn mất bù

Đây là giai đoạn có nhiều biến chứng. Bệnh có biểu hiện qua 2 hội chứng:

1.4.2.1. Hội chứng suy gan

- Chán ăn, ăn chậm tiêu, đầy bụng.

- Rối loạn kinh nguyệt, liệt dương, vú lớn, teo tinh hoàn
- Chảy máu chân răng, chảy máu cam, chảy máu dưới da
- Lông tóc dễ rụng, móng tay khum mặt kính đồng hồ
- Mặt, ngực và chi trên gầy.
- Da vàng nhẹ, thiếu máu.
- Phù mềm 2 chân
- Nốt giãn mạch hình sao ở ngực và lưng, hồng ban lòng bàn tay.
- Môi đỏ, lưỡi bóng đỏ.
- Viêm thần kinh ngoại biên.
- Gan nhỏ lại.

1.4.2.2. Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa

- Khởi đầu là dấu trướng hơi hoặc đi cầu phân sệt hoặc đi cầu ra máu, nôn ra máu.
- Tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ ở vùng thượng vị và 2 bên mạng sườn, vùng hạ vị và 2 bên hố chậu, hoặc quanh rốn (hình đầu sứa). Trong trường hợp bàng lớn chèn ép tĩnh mạch chủ dưới sẽ có thêm tuần hoàn bàng hệ kiểu chủ - chủ phối hợp.
- Lách lớn: lúc đầu mềm, về sau xơ hóa trở nên chắc hoặc cứng, phát hiện bằng dấu chạm đá.
- Cổ trướng thể tự do. Nguyên nhân chính là do tăng áp tĩnh mạch cửa, còn do các yếu tố khác như giảm áp lực keo, giảm sức bền thành mạch, yếu tố giữ muối và nước.
- Trĩ thường là trĩ nội do tăng áp lực tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, biểu hiện bằng đi cầu ra máu tươi.

1.5. Cận lâm sàng

1.5.1. Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa

- Đo áp lực tĩnh mạch cửa: bình thường: 10-15 cm nước, tăng khi > 25 cm nước; áp lực tĩnh mạch lách tăng, thời gian lách cửa kéo dài.
- Đường kính tĩnh mạch cửa: bình thường 8-11 mm, khi có tăng áp cửa thì đường kính lớn hơn 13 mm (đo bằng siêu âm).
- Nội soi ổ bụng: giãn tĩnh mạch phúc mạc, mạc treo, tĩnh mạch rốn, hoặc soi thực quản dạ dày thấy có trướng tĩnh mạch thực quản, dạ dày.

1.5.2. Hội chứng suy gan

- Protid máu giảm nhất là albumin, γ globulin tăng, tỷ A/G đảo ngược.

- Tỷ prothrombin giảm, đây là 1 yếu tố tiên lượng nặng.
- Cholesterol máu giảm, nhất là loại este hóa.
- Nghiệm pháp BSP(+), nghiệm pháp nalactose niệu (+), Rose bengale(+).
- Rối loạn điện giải đồ: natri máu tăng hoặc giảm, kali máu giảm, natri niệu giảm (natri niệu /24giờ < 50 mEq), NH₃ máu tăng.
- Hội chứng viêm: Fibrinogen máu tăng > 4g/l, LDH > 250 đơn vị, CRP > 20mg/l, VS tăng (khi có xơ tiến triển).
- Hội chứng hủy hoại tế bào gan: biểu hiện khi có viêm trong xơ gan tiến triển, khi có nhiễm trùng tại gan với tăng ALAT, ASAT.
- Hội chứng thiếu máu đẳng sắc, hoặc giảm 3 dòng tế bào máu khi có cường lách
- Các xét nghiệm ghi hình:
 - + Siêu âm gan: gan nhỏ, bờ không đều, hình răng cưa, dạng nốt, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách giãn, tái lập tĩnh mạch rốn, thuyên tắc tĩnh mạch cửa.
 - + Chụp cắt lớp tỷ trọng: cho hình ảnh tương tự.
- Sinh thiết gan: là xét nghiệm quyết định trong chẩn đoán xơ gan, tìm nguyên nhân và phân loại xơ gan.

1.6. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố sau:

- Tiền sử có bệnh gan mãn tính.
- Lâm sàng: dựa vào hội chứng tăng áp cửa và hội chứng suy gan.
- Cận lâm sàng: các xét nghiệm máu, siêu âm, sinh thiết gan.

1.7. Tiến triển, biến chứng

1.7.1. Tiến triển

Âm ỉ, kéo dài qua nhiều năm, giai đoạn còn bù với rất ít triệu chứng, chẩn đoán bằng sinh thiết gan. Giai đoạn mất bù với triệu chứng lâm sàng rõ, cận lâm sàng điển hình. Giai đoạn này có nhiều biến chứng.

1.7.2. Biến chứng

Nhiều và phức tạp vào giai đoạn cuối.

- Nhiễm trùng: da, ruột, bàng, tĩnh mạch cửa, phổi.
- Bệnh lý dạ dày tá tràng: loét dạ dày tá tràng, viêm dạ dày trong tăng áp cửa.
- Chảy máu: da, niêm mạc, nội tạng, chảy máu từ tĩnh mạch trướng thực quản, tử trĩ trong tăng áp cửa.

- Hôn mê gan: là tiến trình của giai đoạn cuối xơ gan. Thường có các yếu tố làm dễ như nhiễm trùng, xuất huyết, rối loạn nước điện giải, sau phẫu thuật nối tắc tĩnh mạch chủ còn gọi là bệnh não gan.
- Hội chứng gan thận: là biến chứng nặng, tử vong cao. Đây là bệnh cảnh suy thận cấp rất nặng, phát khởi trên một gan suy, báng quá nặng, dùng lợi tiểu bữa bãi, thuốc độc cho thận.
- Ung thư hoá: thường gặp xơ gan do viêm gan siêu vi B, C, D chiếm tỷ lệ cao, do protein X của vỏ siêu vi làm biến đổi hệ genome của tế bào gan thành các tế bào không biệt hóa gây ra ung thư.
- Rối loạn đường máu: tăng đường máu nhẹ, hoặc giảm trong suy gan nặng.
- Rối loạn yếu tố đông máu

1.8. Điều trị

Trong xơ gan chủ yếu là điều trị triệu chứng, còn nguyên nhân gây xơ gan thường không còn nữa. Các điều trị tập trung vào:

- Chế độ ăn uống nghỉ ngơi
- Điều trị cổ trướng
- Điều trị suy gan
- Điều trị biến chứng: nhiễm trùng, xuất huyết, hôn mê gan

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XƠ GAN

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh

Đứng trước một bệnh nhân xơ gan, người điều dưỡng cần nhận định bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan còn hay mất bù để có kế hoạch chăm sóc thích hợp. Phần nhận định tập trung vào 2 hội chứng: hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan.

- Bệnh nhân có đau tức hạ sườn phải không?
- Có những rối loạn tiêu hóa như: chán ăn, sợ mỡ, khó tiêu, tiêu chảy, có dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa không?
- Giảm tình dục, rối loạn kinh nguyệt không?
- Bệnh nhân có tiền sử viêm gan siêu vi hay nghiện rượu không?
- Bụng có chướng không?
- Có bao giờ bị vàng da vàng mắt không?
- Bệnh nhân có chảy máu chân răng, chảy máu cam, chảy máu dưới da không?
- Có cảm thấy đầy hơi, bụng chướng sau đó có cổ trướng xuất hiện không?
- Bệnh nhân đã được điều trị như thế nào trước đây?

2.1.2. Nhận định bằng cách quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: lo lắng, chậm chạp hay hôn mê...
- Da, mắt có vàng không?
- Bụng có chướng không?
- Hai chi dưới có phù không?
- Quan sát tình trạng chảy máu chân răng, chảy máu cam, chảy máu dưới da
- Quan sát tuần hoàn bàng hệ
- Quan sát chất nôn, phân của bệnh nhân
- Quan sát thể trạng bệnh nhân: giảm sút, suy nhược.

2.1.3. Nhận định bằng cách thăm khám

- Lấy các dấu hiệu sống.
- Khám dấu hiệu giãn tĩnh mạch thực quản: phát hiện được bằng chụp X-quang thực quản sau khi cho bệnh nhân uống baryte hoặc nội soi thực quản.
- Bụng chướng, có dịch ổ bụng.
- Khám thấy lách lớn.
- Phù 2 chi dưới, tiểu ít.
- Dấu hình sao, nốt nhện ở ngực.

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 điều trị của bệnh nhân...

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng chính có thể có ở bệnh nhân xơ gan:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng
- Khó thở do cổ trướng lớn
- Cổ trướng do tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- Chán ăn, chậm tiêu do suy tế bào gan
- Nguy cơ nhiễm trùng do suy giảm miễn dịch và suy dinh dưỡng

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Nghỉ ngơi khi bệnh tiến triển, không làm các công việc nặng nhọc.
- Chế độ ăn đảm bảo protein, glucid, vitamin và hạn chế lipid.

- Cân bệnh nhân hàng tuần.
- Theo dõi sát bệnh nhân và điều trị các biến chứng kịp thời
- Giáo dục cho bệnh nhân biết về nguyên nhân cũng như các biến chứng có thể xảy ra để bệnh nhân hợp tác với điều trị và chăm sóc.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi khi bệnh tiến triển, không làm các công việc nặng
- Trấn an cho bệnh nhân để bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù và cổ trướng.
- Hạn chế protein khi xơ gan mất bù.
- Tuyệt đối không được uống rượu.
- Vệ sinh mũi miệng khi bệnh nhân có chảy máu cam, chảy máu chân răng, thực hiện y lệnh chính xác kịp thời.
- Chăm sóc bệnh nhân phù và cổ trướng:
 - + Để bệnh nhân nằm nghỉ tương đối, không lao động nặng.
 - + Ăn nhạt hoàn toàn, hạn chế lipide, ăn tăng glucid và protein. Cụ thể:
 - * Ăn nhạt < 1g natri/ngày
 - * Ít mỡ < 50g/ngày
 - * Protide khoảng 2 g /kg/ngày
 - * Năng lượng khoảng 2500 calo /ngày
 - * Nước uống < 1 lít /ngày dựa vào bilan nước vào và ra.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, thuốc men, phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch màng bụng và làm phản ứng Rivalta khi cần thiết.
- Chăm sóc khi có biến chứng chảy máu tiêu hóa: chăm sóc như đối với các chảy máu nặng nói chung:
 - + Cho bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, đầu thấp, gối mỏng dưới vai, kê chân cao.
 - + Tạm ngừng cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng.
 - + Ủ ấm cho bệnh nhân.
 - + Phụ giúp thầy thuốc đặt cathete theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - + Truyền dịch, truyền máu khẩn trương theo y lệnh.
- Đề phòng hôn mê gan:
 - + Đặt ống thông hút hết máu còn ứ đọng trong dạ dày, sau đó rửa dạ dày bằng nước lạnh.

- + Thụt tháo phân để loại trừ nhanh chóng máu đã xuống ruột.
- + Ngăn chặn các yếu tố làm dễ: nhiễm trùng, xuất huyết, rối loạn nước điện giải.

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện các thuốc tiêm, thuốc uống và làm các xét nghiệm theo chỉ định
- Chuẩn bị bệnh nhân chu đáo khi chỉ định chụp X-quang thực quản hoặc nội soi thực quản bằng ống soi mềm.
- Chuẩn bị các dụng cụ chọc tháo dịch ổ bụng, đảm bảo vô khuẩn khi chọc hút.

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi tình trạng tinh thần và thần kinh
- Theo dõi tình trạng nôn và phân của bệnh nhân
- Phát hiện những biểu hiện chán ăn, chậm tiêu để nuôi dưỡng phù hợp.
- Quan sát màu sắc của dịch cổ trướng, đo số lượng dịch.
- Theo dõi tình trạng xuất huyết
- Theo dõi tình trạng phù, cổ chướng, lượng nước tiểu ...
- Theo dõi để phòng hôn mê gan:
 - + Theo dõi sự thay đổi tính tình: bệnh nhân đang vui rồi lại buồn, thờ ơ.
 - + Bệnh nhân có những biểu hiện rối loạn về trí nhớ.
 - + Mất phương hướng về thời gian và không gian, mất khả năng tập trung tư tưởng.
 - + Bàn tay run do rối loạn trương lực cơ.
 - + Theo dõi các yếu tố làm dễ: nhiễm trùng, xuất huyết, rối loạn nước điện giải.

Khi phát hiện ra các dấu hiệu trên người điều dưỡng phải báo cáo ngay với thầy thuốc để có biện pháp xử trí kịp thời.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Nghỉ ngơi hoàn toàn khi bệnh tiến triển.
- Tránh lao động nặng. Không làm việc nặng khi xơ gan còn bù
- Tuyệt đối không được uống rượu.
- Chế độ ăn nên hạn chế lipid tăng glucid và các vitamin. Hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù.
- Theo dõi sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở.

2.5. Đánh giá

Việc chăm sóc bệnh nhân có hiệu quả khi có các dấu hiệu sau:

- Tuần hoàn bàng hệ giảm.

- Cổ trướng giảm.
- Vàng da không còn.
- Hết chảy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da.
- Bệnh nhân ăn thấy ngon miệng và không sụt cân.
- Không xảy ra biến chứng.
- Bệnh nhân yên tâm, thoải mái khi nằm viện và có sự hiểu biết nhất định về bệnh.

LƯỢNG GIÁ

1. Liệt kê các nguyên nhân gây xơ gan.
2. Chẩn đoán xác định xơ gan.
3. Nêu các biến chứng của xơ gan.
4. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng:

Chăm sóc bệnh nhân phù, cổ trướng trong xơ gan mất bù, bệnh nhân cần được:

- A. Nghỉ ngơi tương đối, không lao động nặng
- B. Ăn nhạt hoàn toàn
- C. Hạn chế lipid
- D. Đảm bảo cân bằng lượng nước và o, ra
- E. Theo dõi màu sắc, lượng dịch cổ trướng

5. Để đánh giá bệnh nhân xơ gan đang đáp ứng với điều trị dựa vào các dấu chứng sau, ngoại trừ:

- a. Tuần hoàn bàng hệ giảm
- b. Cổ trướng giảm
- c. Dấu hiệu xuất huyết giảm hoặc mất
- d. Tỷ prothrombin giảm
- E. Ăn ngon miệng

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế sinh bệnh của viêm đường mật
2. Nêu được chẩn đoán xác định và biến chứng viêm đường mật cấp
2. Trình bày được cách chăm sóc bệnh nhân viêm đường mật cấp

1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Viêm đường mật là một bệnh cấp cứu về tiêu hoá, thường do sỏi mật gây nên. Bệnh cần được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời để đề phòng những tiến triển xấu và những biến chứng nặng có thể xảy ra.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Viêm đường mật cấp không do sỏi

- Giun chui ống mật.
- Nhiễm khuẩn huyết: thường do E. Coli, thương hàn.
- Chèn ép đường mật: do các khối u
- Thủ thuật thăm dò đường mật
- Cơ địa bất thường: sau mổ, thai nghén.

1.2.2. Viêm đường mật cấp do sỏi

Có 2 loại sỏi mật chính: sỏi cholesterol cấu tạo chủ yếu hoặc toàn bộ bằng cholesterol và sỏi sắc tố mật cấu tạo bởi polymere của bilirubin (sỏi đen) hoặc bilirubinate Calci (sỏi nâu).

1.3. Cơ chế bệnh sinh

1.3.1. Cơ chế tạo sỏi Cholesterol

Sỏi cholesterol tạo thành khi nồng độ cholesterol trong dịch mật vượt quá khả năng hoà tan của muối mật. Cholesterol hoà tan trong dịch mật nhờ sự

hình thành các hạt micelle gồm các acid mật và các phospholipid. Sự hình thành sỏi qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn hoá học: là giai đoạn bão hoà cholesterol trong dịch mật, do sự tăng tiết cholesterol trong dịch mật kết hợp hoặc không với sự giảm tiết acid mật và phospholipid.
- Giai đoạn vật lý (tạo nhân): sự ngưng kết các tinh thể nhỏ là do sự hiện diện của một yếu tố tạo nhân (bình thường không có), hoặc do thiếu một chất ức chế ngưng kết (bình thường thì có).
- Giai đoạn tăng trưởng: đặc trưng bởi sự lắng đọng các tinh thể, kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm.
- Các yếu tố thuận lợi tạo sỏi cholesterol:
 - + Yếu tố cá nhân: lớn tuổi, nữ, mập phì, sinh con nhiều, chủng tộc, di truyền.
 - + Yếu tố môi trường: chế độ ăn nhiều calo và nhiều acid béo không bão hoà, viêm hồi tràng hoặc cắt đoạn hồi tràng, tăng triglycerid máu ...

1.3.2. Cơ chế tạo sỏi sắc tố mật

- Nhiễm trùng

Các vi khuẩn tiết ra các men như beta glucuronidase sẽ biến bilirubin liên hợp thành bilirubin tự do dễ kết tủa, kết hợp với calci tạo thành sỏi mật.

- Ký sinh trùng:
 - + Xác giun và trứng giun đũa tạo nhân cho viên sỏi.
 - + Nhiễm trùng.

1.4. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân:
 - + Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn và mạch nhanh.
 - + Hội chứng tắc mật: vàng da, vàng mắt, nước tiểu đậm màu
- Khám tại chỗ: tùy theo viêm đường mật trong gan hay ngoài gan mà có những biểu hiện khác nhau.
 - + Viêm đường mật trong gan: chủ yếu có gan lớn và rất đau, ít có vàng da, nếu có vàng da thường là nặng.
 - + Viêm đường mật ngoài gan: các điểm đau thường thấp ở vùng đầu tụy ống mật chủ, có thể kèm viêm túi mật và viêm tụy cấp. Viêm đường mật ngoài gan thường kèm theo tắc mật, nếu tắc mật hoàn toàn thì nước tiểu vàng đậm và phân bạc màu.

1.5. Xét nghiệm cận lâm sàng

1.5.1. Xét nghiệm sinh học

- Công thức máu: bạch cầu tăng và bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.
- Cấy máu: E. Coli.
- Bilirubin máu tăng, chủ yếu là bilirubin trực tiếp. Trường hợp tắc mật nặng thì bilirubin máu có thể tăng 5-10 lần.
- Nước tiểu: sắc tố mật, muối mật tăng. Urobilinogen (-) khi tắc mật hoàn toàn.
- Phosphatase kiềm và Transaminase máu tăng.
- Tỷ Prothrombin giảm, nghiệm pháp Kohler (+).

1.5.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng không sửa soạn: có thể thấy được sỏi cản quang
- Siêu âm gan mật: có đường mật trong gan giãn, thành dày có thể có hơi trong đường mật. Ngoài ra còn giúp phát hiện các nguyên nhân như sỏi hay xác giun.
- Chụp cắt lớp tỷ trọng: cho hình ảnh tương tự nhưng độ nhạy và chính xác cao hơn.
- Chụp đường mật có thuốc cản quang bằng uống hoặc tiêm: chỉ định khi Bilirubin máu dưới 2 mg %.
- Chụp đường mật ngược dòng có bơm thuốc cản quang: phát hiện được vị trí tắc đường mật.
- Chụp đường mật qua da.

1.6. Chẩn đoán

1.6.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử sỏi và giun chui đường mật
- Khởi bệnh với tam chứng Charcot: đau hạ sườn phải, sốt, vàng da vàng mắt.
- Lâm sàng có hội chứng nhiễm trùng, tắc mật, gan và túi mật lớn, đau.
- Siêu âm bụng: có hình ảnh sỏi, giun, đường mật giãn, thành dày.
- Chụp đường mật cản quang.

1.6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau hạ sườn phải cần phân biệt với:
 - + Viêm tụy cấp

- + Áp xe gan amip
- + Loét dạ dày tá tràng
- + Rối loạn vận động túi mật
- Vàng da cần phân biệt với
 - + Viêm gan
 - + U đầu tụy

1.7. Biến chứng

1.7.1. Các biến chứng cấp tính

- Biến chứng ở gan và đường mật:
 - + Thấm mật phúc mạc
 - + Viêm hoại tử túi mật hoặc ống mật chủ
 - + Áp xe đường mật
 - + Chảy máu đường mật: âm ỉ, dai dẳng và dễ tái phát.
 - + Tắc ruột do sỏi mật.
- Biến chứng toàn thân và ở các cơ quan khác:
 - + Nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.
 - + Hội chứng gan thận với tiểu ít, vô niệu, urê máu tăng nhanh.
 - + Viêm tụy cấp

1.7.2. Các biến chứng mạn tính

- Xơ gan: do ứ mật, viêm nhiễm kéo dài và tái phát. Chức năng gan giảm dần và cuối cùng đi tới xơ gan do ứ mật.
- Viêm túi mật mạn: tái phát nhiều lần, nhiễm trùng ít rầm rộ, túi mật không lớn, có thể có đám quánh vùng túi mật. Siêu âm túi mật teo nhỏ, thành dày và có sỏi.
- Ứ nước túi mật.
- Viêm xơ cơ Oddi.

1.8. Điều trị và dự phòng

1.8.1. Điều trị phối hợp

- Phối hợp điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân.
- Điều trị nội khoa kết hợp với ngoại khoa hoặc thủ thuật nội soi.
- Kháng sinh phổ rộng sớm và đủ liệu trình, không chờ kết quả kháng sinh đồ.

- Điều trị nội khoa:

Kháng sinh: sử dụng kháng sinh mạnh, phổ rộng, hướng vào Gram âm đường ruột.

+ Nếu nhẹ, dùng Ampicillin hay Amoxillin đường uống 2-3 g/ngày hoặc kết hợp Gentamycin 80mg x 2 ống /ngày.

+ Nếu nhiễm trùng nặng: phối hợp kháng sinh bằng đường tiêm như Cephalosporin thế hệ 3 với Aminoglycoside hay Quinolon.

Ví dụ: Claforan 3g/ngày + Gentamycin 160mg/ngày.

+ Nếu nhiễm trùng rất nặng: phối hợp thêm với kháng sinh kỵ khí.

Ví dụ: Rocephin 2g/ngày + Amikacin 750 mg/ngày + Metronidazole 1g/ngày

- Điều trị ngoại khoa và thủ thuật:

Khi có tắc nghẽn nặng mà điều trị nội khoa không đáp ứng hoặc có biến chứng ngoại khoa (thăm mật phúc mạc, chảy máu đường mật nặng) thì có chỉ định phẫu thuật.

1.8.2. Dự phòng

- Dự phòng sỏi cholesterol bằng tiết thực, giảm mỡ bão hoà, thận trọng khi dùng thuốc ngừa thai, điều trị bệnh huyết tán.
- Tuyên truyền, giáo dục về vệ sinh ăn uống, vệ sinh môi trường.
- Xổ giun định kỳ 6 tháng /lần
- Điều trị tốt các đợt nhiễm trùng đường mật.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

Viêm đường mật cấp là một bệnh điển hình cho sự phối hợp giữa nội khoa và ngoại khoa trong công tác theo dõi, chăm sóc. iều trị nội khoa để chuẩn bị cho phẫu thuật là phương pháp điều trị hợp lý nhất vì giải quyết được căn nguyên của bệnh. Bệnh có nhiều biến chứng đòi hỏi theo dõi và chăm sóc chu đáo.

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Để xem có hội chứng nhiễm khuẩn không?
- Bệnh nhân có đau bụng không?
- Bệnh nhân đi tiểu nhiều hay ít? Màu sắc của nước tiểu như thế nào?
- Bệnh nhân có chán ăn, buồn nôn hoặc nôn không?
- Bệnh nhân có nhức đầu, mất ngủ, táo bón không?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, mệt nhọc, hốc hác.
- Da mặt có vàng không?
- Tư thế chống đau của bệnh nhân?

2.1.3. Thăm khám

- Bệnh nhân có sốt cao không? Mạch, nhịp thở có nhanh không?
- Khám bụng để xác định vị trí và mức độ đau.
- Xem xét kết quả cận lâm sàng:
 - + Công thức máu: BC tăng cao, tỷ lệ BCĐNTT tính tăng, tốc độ lắng máu cao.
 - + Nước tiểu có thể có ít protein.
 - + Billirubin tăng

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 chăm sóc có thể có đối với bệnh nhân viêm đường mật cấp:

- Đau do viêm đường mật.
- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Vàng da do tăng bilirubin máu.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu, nhịp thở, màu sắc da.
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc.
- Thực hiện các y lệnh về lâm sàng.
- Theo dõi để phòng biến chứng.
- Giáo dục về cách phòng bệnh.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường, phòng yên tĩnh thoáng sáng.
- Trấn an cho bệnh nhân

- Bệnh nhân không ngủ được cho uống thuốc ngủ theo y lệnh.
- Vệ sinh răng miệng, thân thể, thay quần áo cho bệnh nhân hàng ngày.
- Ăn nhẹ dễ tiêu: nước cháo, súp, nước hoa quả.
- Uống nhiều nước, mỗi lần mỗi ít, uống làm nhiều lần trong ngày.
- Chống táo bón: ăn nhiều hoa quả, uống nhiều nước.
- Thức ăn phải đảm bảo đầy đủ chất dinh dưỡng như protid, glucid và vitamin.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở hàng ngày tùy theo tình trạng bệnh nhân có thể đo 3 giờ /lần. Nếu có bất thường phải báo cáo ngay.
- Chườm nước đá vùng đường mật khi bệnh nhân đau.

2.4.2. Thực hiện theo y lệnh của thầy thuốc

- Cho bệnh nhân dùng thuốc chống co thắt và giảm đau theo y lệnh.
- Cho bệnh nhân dùng kháng sinh liều cao và phối hợp theo y lệnh.
- Truyền tĩnh mạch glucose hoặc natriclorua theo y lệnh.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, cấy máu, siêu âm bụng ...
- Chuẩn bị đầy đủ bệnh nhân, phương tiện, thuốc men và phụ giúp khi có chỉ định làm các thăm khám cận lâm sàng như: chụp X-quang (có chuẩn bị), soi ổ bụng...

2.4.3. Theo dõi và đề phòng biến chứng

- Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi màu sắc của da, niêm mạc mắt.
- Theo dõi sức khoẻ định kỳ, không để bệnh tái phát.
- Đề phòng các biến chứng:
 - + Viêm ống mật: bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt. Nhiệt độ tăng và có những cơn rét trước khi sốt. Thể trạng gầy sút nhiều, bệnh nhân mệt hơn, ăn ít, đại tiện, nước tiểu rất vàng, urê huyết tăng.
 - + Viêm phúc mạc: bệnh nhân thấy bụng chướng, co cơ vùng túi mật, bệnh nhân kêu đau bụng, cần báo ngay thầy thuốc để chuyển ngoại khoa phẫu thuật kịp thời.
 - + Rò mật vào ống tiêu hoá: các đường dẫn mật có thể bị sỏi làm thủng và sỏi rò vào tá tràng: nếu sỏi to có thể làm tắc tá tràng. Rò vào đại tràng: sỏi có thể theo phân ra ngoài.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Bệnh nhân phải có chế độ nghỉ ngơi, làm việc thích hợp.
- Khuyến bệnh nhân có chế độ ăn uống hợp vệ sinh, không nên ăn gỏi cá (vì giun, sán lá gan là một trong những nguyên nhân gây nên viêm đường mật).

- Điều trị triệt để khi mắc các bệnh nhiễm khuẩn.
- Khám sức khoẻ định kỳ tại các cơ sở y tế nhất là với người già, phụ nữ có thai.
- Nếu các phương pháp điều trị, chăm sóc nội khoa không làm bệnh thuyên giảm được thì chuyển bệnh nhân sang khoa ngoại để điều trị bằng phẫu thuật.

2.5. Đánh giá

Bệnh nhân viêm đường mật cấp được đánh giá là chăm sóc tốt, khi bệnh nhân vào viện được theo dõi, chăm sóc các vấn đề sau:

- Vấn đề chống nhiễm khuẩn phải được thực hiện tốt nhằm đưa mạch, nhiệt độ, huyết áp trở về ổn định.
- Đối với cơn đau đường mật cấp: bệnh nhân phải được động viên, an ủi, cho giảm đau càng sớm càng tốt. Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường khi đau.
- Cho bệnh nhân ăn nhẹ dễ tiêu và đầy đủ các chất dinh dưỡng (ăn đậm, đường và các loại hoa quả).
- 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.
- 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.
- Nếu điều trị nội khoa không đỡ thì phải chuyển bệnh nhân sang khoa Ngoại.

LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các nguyên nhân viêm đường mật cấp không sỏi.
2. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm đường mật.
3. Hãy chọn câu đúng nhất trong các câu sau:
4. Cách phòng bệnh viêm đường mật, **ngoại trừ**:
 - a. Có chế độ ăn uống hợp vệ sinh.
 - b. Điều trị triệt để khi mắc các bệnh nhiễm khuẩn.
 - c. Khám sức khoẻ định kỳ tại các cơ sở y tế.
 - d. Khám X-quang có chuẩn bị.
 - e. Không nên ăn gỏi cá

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của ngộ độc thuốc trừ sâu phospho hữu cơ
2. Trình bày được cách xử trí ban đầu khi bị ngộ độc
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu

1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Có rất nhiều loại thuốc trừ sâu, nhưng ở Việt Nam thường dùng nhất là nhóm kháng men cholinesterase gồm: phân hữu cơ carbamat.

Các loại thuốc trừ sâu trên dùng để diệt sâu bọ nhưng vì một lý do nào đó (do tiếp xúc, hít phải, uống...) thuốc vào cơ thể gây nhiễm độc làm tổn thương cơ thể do hoạt động hóa học của chất đó. Nhưng chất độc do hít và uống phải thường gặp nhất và gây nguy hiểm cho cơ thể. Vào cơ thể thuốc hấp thụ nhanh vào máu và hoà tan trong máu gây ra các triệu chứng ngộ độc rất nhanh và rất nguy hiểm. ặc biệt là nhóm phospho hữu cơ và carbamat. Nhóm này được gọi là nhóm kháng men cholinesterase trong huyết tương và hồng cầu, gây tăng acetylcholin máu. Acetylcholin là một chất dẫn truyền thần kinh.

Do việc phát triển và sử dụng các thuốc này ngày càng phổ biến, nên việc trúng độc cấp loại thuốc này ngày càng nhiều ở nước ngoài cũng như trong nước. Các chất phospho hữu cơ có thể gây ra các triệu chứng trầm trọng chết người. Do đó trúng độc phospho hữu cơ là một loại trúng độc nguy hiểm vì vậy cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, đúng và đầy đủ mới tránh được tử vong.

Ở những người bị nhiễm độc mạn thường có nồng độ nhiễm độc thấp hơn người chưa từng bị ngộ độc. Ở người già, phụ nữ có thai và có sẵn bệnh mạn thường bị ngộ độc nặng hơn người bình thường.

Ngộ độc thuốc trừ sâu do làm giảm men cholinesterase và tăng acetylcholin trong máu gây ra các triệu chứng ngộ độc nặng dẫn đến tử vong nhanh chóng do các triệu chứng suy hô hấp, ức chế thần kinh trung ương, liệt cơ

hô hấp. Clo hữu cơ chủ yếu gây độc qua đường hô hấp và tiêu hoá, tác dụng chủ yếu lên thần kinh trung ương gây hôn mê co giật, ức chế hô hấp: sau đợt có thể gây rối loạn tâm thần và run tay chân trong nhiều tháng.

1.2. Cơ chế bệnh sinh

- Sự dẫn truyền qua synap:

Khi neuron bị kích thích, tế bào khử cực, xung động được dẫn truyền theo sợi trục đến nút tận cùng, tại đây xung động tạo nên một kích thích mới làm cho các túi chứa acetylcholin chuyển động Brown và vào nhau và vỡ ra để giải phóng acetylcholin. Acetylcholin đi qua khe synap đến tiếp xúc với receptor của màng sau synap (màng tế bào cơ ...), gây khử cực tại đây và gây co cơ.

Ở khe synap, sau khi gây khử cực ở màng sau synap, acetylcholin bị acetylcholinesterase phân hủy thành acetat và Cholin mất tác dụng, kết thúc quá trình khử cực.

Thuốc trừ sâu gốc phospho hữu cơ tác động thông qua cơ chế sau.

- Cơ chế gián tiếp

Thuốc trừ sâu gốc phospho hữu cơ vào cơ thể phối hợp với acetylcholinesterase thành một phức thể bền, tốc độ phân ly xem như bằng không. Do đó acetylcholinesterase mất hẳn tác dụng thủy phân acetylcholin.

Acetylcholinesterase bị bất hoạt hóa, chỉ được bù lại do sự tân tạo acetylcholinesterase, sự tái tạo này xảy ra rất chậm sau nhiều ngày, có thể hàng tuần, thậm chí hàng tháng.

Acetylcholin không được acetylcholinesterase phân huỷ do bị mất hoạt hoá, acetylcholin tích tụ lại ở những nơi bình thường được tiết ra trong trạng thái bị kích thích cũng như trong trạng thái nghỉ đó là:

- + Giao thoa thực hành của toàn hệ đối giao cảm.
- + Giao thoa hạch giao cảm (cả trực và đối giao cảm) và tằm vận động
- + Giao thoa liên thần kinh trung ương

- Cơ chế tác dụng trực tiếp

Trên các vị trí tiếp thụ acetylcholin. Nếu thuốc trừ sâu gốc phospho hữu cơ nồng độ cao và tác dụng kéo dài thì có thể làm cho tằm vận động thoái hóa khó hồi phục.

1.3. Kết quả tác dụng của thuốc trừ sâu gốc phospho hữu cơ

Do cơ chế tác dụng ức chế men cholinesterase không hồi phục, phospho hữu cơ tạo ra 3 loại tác dụng sau:

1.3.1. Tác dụng dạng Muscarin

Là kết quả tác dụng kích thích lên các giao thoa thực hành đối giao cảm gây ra những dấu chứng hưng phấn đối giao cảm trên các cơ trơn, các tuyến, tim... Hệ thần kinh trung ương chịu tác dụng này không đặc hiệu. (Kích thích hay ức chế)

1.3.2. Tác dụng dạng Nicotine

Là kết quả tác dụng trên các giao thoa hạch giao cảm và tằm vận động cơ vân trong đó quan trọng nhất là cơ hô hấp. Tác dụng nicotin có tính kích thích lúc ban đầu, kéo dài một thời gian ngắn, nhưng sau đó lại làm liệt các cơ quan chịu ảnh hưởng khi sự nhiễm độc nặng và kéo dài.

1.3.3. Tác dụng trên thần kinh trung ương

Có tính kích thích rồi làm liệt khi cường độ và thời gian nhiễm độc tăng. Quan trọng nhất là tác dụng trên các trung tâm sinh thực.

Tác dụng dạng Muscarin được trung hòa dễ dàng bởi atropin.

Tác dụng nicotin chịu ảnh hưởng rất ít của atropin.

Tác dụng thần kinh trung ương chịu ảnh hưởng khá tốt của atropin.

1.4. Triệu chứng lâm sàng

Phần lớn các thuốc trừ sâu gốc phospho hữu cơ đều tan mạnh trong Lipit, nên chúng được hấp thụ dễ dàng qua da và niêm mạc như niêm mạc mắt, tiêu hóa, hô hấp, chúng thường được dùng dưới dạng khí dung sau khi đã pha loãng.

Thuốc xâm nhập bằng mọi đường:

- Da, niêm mạc, nhất là khi có sẵn tổn thương như dùng để xúc ghế, bắn vào mắt, tiếp xúc da khi sử dụng thuốc
- Hô hấp: như hít phải hơi thuốc khi mở bình thuốc kín, hít phải khí dung khi bơm thuốc
- Tiêu hóa: do tự tử hay uống nhầm.

Sự hấp thụ bằng mọi đường kể trên rất dễ dàng, rất nhanh và hoàn toàn. Nhanh nhất là qua đường hô hấp, chậm nhất là qua da. Chúng có thể bị trung hòa phần nào bởi chất kiềm và Hypochlorite.

Trong cơ thể chúng bị thoái biến bởi các men thủy phân và oxy hóa, nhất là trong gan, nhưng sự thoái biến này rất chậm. ối với chất phospho hữu cơ đã phối hợp với acetylcholinestérase, chỉ thải dưới dạng đã thoái biến thành Paranitrophenol.

Độc tính: trong các phospho hữu cơ thì Thiophot (Parathion) có độc tính lớn nhất, trung bình là Méthyl parathion (Wolfatox) và nhẹ hơn là Malathion.

Ví dụ: liều ngộ độc của Parathion là < 5 mg/kg thể trọng, Méthyl parathion là 5-50 mg/kg thể trọng, Malathion là 50-500 mg/kg thể trọng. Độc tính này tăng gấp lên hàng chục lần khi hai thứ thuốc được phối hợp với nhau.

1.4.1. Mắt

Có dấu Muscarine rõ nhất, sung huyết kết mạc, teo đồng tử có thể rất mạnh bằng đầu kim găm, nhưng vẫn còn đáp ứng với ánh sáng, hỗn loạn điều tiết, giảm áp lực nội nhãn. Dấu teo đồng tử là dấu Muscarine rất nhạy nên có thể là một trong những dấu để đánh giá độ trầm trọng lúc ban đầu, trừ trường hợp mắt bị tác dụng trực tiếp của trừ sâu do thuốc bắn trực tiếp vào mắt thì dấu này sớm và nặng nhưng có thể dấu nhiễm độc toàn thân không nặng.

1.4.2. Da

Cũng là nơi biểu hiện dấu dạng Muscarine rõ, sung huyết, chảy mồ hôi.

1.4.3. Tiêu hóa

Dấu chứng dạng Muscarine là chủ yếu. Tiết nước bọt rất nhiều, tăng tiết dịch tiêu hóa nhất là dịch dạ dày, tăng nhu động, co thắt gây đau quặn bụng, khó nuốt, buồn nôn, nôn. Nếu trúng độc trầm trọng có ảnh hưởng đến thần kinh trung ương thì có dấu đại tiện vô ý thức.

1.4.4. Dấu hô hấp

Biểu hiện 3 loại tác dụng: Muscarine, Nicotine, thần kinh trung ương.

Tác dụng Muscarine làm tăng tiết dịch phế quản gây ho, tăng tiết đàm dãi, bí phế quản gây khó thở, nghe ran nổ ướt to nhỏ hạt, đồng thời làm co thắt cơ trơn phế quản gây khó thở thêm.

Tác dụng Nicotine giai đoạn làm liệt sẽ làm liệt cơ hô hấp gây suy hô hấp nặng. Tác dụng này cũng làm nhũn lưỡi gây bí đường hô hấp.

Tác dụng thần kinh trung ương giai đoạn liệt sẽ làm liệt trung tâm hô hấp, tăng các tác dụng nói trên.

Suy hô hấp cấp, biểu hiện tất nhiên của trúng độc nặng, nguyên nhân tử vong chính

1.4.5. Dấu tuần hoàn

Cũng biểu hiện phối hợp 3 loại tác dụng.

Tác dụng Muscarine làm mạch chậm, huyết áp hạ.

Tác dụng Nicotine và thần kinh trung ương: gây cường trực giao cảm và kích thích các trung tâm điều hòa tim mạch, ít nhất là trong giai đoạn kích thích đưa đến mạch nhanh, huyết áp cao. Trong giai đoạn liệt của tác dụng Nicotine, thần kinh trung ương, các dấu chứng có thể ngược chiều trở lại đó là trụy tim mạch.

1.4.6. Dấu cơ vân

Biểu hiện tác dụng nicotin và thần kinh trung ương.

- Giai đoạn kích thích: rung cơ, thật sự là rung các thớ cơ là một dấu chứng quan trọng cho biết trúng độc khá trầm trọng, cần tìm kỹ để phát hiện nhất là cơ ngực, bụng, cánh tay, vai và đùi. Cần phân biệt với rung cơ vì lạnh.
- Giai đoạn liệt cơ: yếu cơ rồi đến liệt cơ, quan trọng nhất là cơ hô hấp.

Nếu trúng độc kéo dài, làm tằm vận động bị thoái hóa thì liệt cơ sẽ kéo dài rất lâu.

1.4.7. Dấu thần kinh trung ương

Biểu hiện do cả 3 loại tác dụng:

- Muscarine và nicotin gây thiếu oxy não, và tác dụng thần kinh trung ương trực tiếp của phospho hữu cơ.
- Trong giai đoạn đầu là kích thích, bất an, co giật.
- Trong giai đoạn cuối, giảm phản xạ gân xương, rồi mất phản xạ, hôn mê, liệt các trung tâm thần kinh sinh thực.
- Sốt có thể xảy ra do chứng nhiễm độc thần kinh trung ương của phospho hữu cơ.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Chẩn đoán xác định

Căn cứ vào hỏi bệnh, hỏi thân nhân bệnh nhân nhất là dựa vào mùi hôi đặc biệt của thuốc trừ sâu trong hơi thở, trong chất mưa, trên áo quần, da bệnh nhân, dựa vào các dấu chứng lâm sàng đặc hiệu, nhất là dấu Muscarine có phối hợp hay không với dấu nicotin và thần kinh trung ương.

Cận lâm sàng cần cho những trường hợp nhẹ, không rõ loại ngộ độc bằng cách định lượng butyrylcholinesterase trong huyết tương hay acetylcholinesterase trong hồng huyết cầu. Thật ra, sự giảm hai tỉ lệ này không phản ánh trung thực, mà tỉ lệ acetylcholinesterase trong các mô là tỉ lệ quyết định độ trầm trọng của sự trúng độc.

- Tỉ lệ cholinesterase giảm dưới 30% là ngộ độc nhẹ.
- Tỉ lệ cholinesterase giảm dưới 50% là ngộ độc vừa.
- Tỉ lệ cholinesterase giảm trên 70% là nặng.

1.5.2. Chẩn đoán độ trầm trọng

- Dựa vào hỏi bệnh
- + Thể trạng bệnh nhân.

- + Đường nhiễm độc, nặng nhất là đường uống và bụng đói.
- + Lượng thuốc đã xâm nhập cơ thể.
- + Điều kiện trúng độc (tự độc, hay ngộ độc)
- + Thời gian từ lúc nhiễm độc đến lúc được loại bỏ thuốc ra khỏi cơ thể (súc dạ dày) và được điều trị đúng mức.
- + Điều trị tuyến dưới tốt hay không

Nói tóm lại, tất cả những điều kiện nào làm cho lượng thuốc ngấm vào cơ thể càng nhiều, điều trị đúng mức càng chậm, càng làm tăng độ trầm trọng.

Chẩn đoán độ trầm trọng còn căn cứ vào dấu lâm sàng, các dấu Nicotine và thần kinh trung ương nặng thì độ trầm trọng càng cao.

Sự giảm tỷ acetylcholinesterase không phản ánh hoàn toàn trung thực độ trầm trọng của trúng độc.

Hỏi bệnh nhân và khám lâm sàng kỹ có thể ước tính độ trầm trọng khá đúng đắn.

- Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng
 - + Mức độ nhẹ: dấu Muscarine nhẹ hay đơn thuần.
 - + Mức độ vừa: dấu Muscarine nặng kết hợp với dấu nicotin và dấu thần kinh trung ương vừa.
 - + Mức độ nặng: dấu nicotin và thần kinh trung ương nặng, dấu Muscarine có thể có hay không. Hoặc dấu trúng độc vừa kết hợp với yếu tố nặng do hỏi bệnh.

1.6. Tiến triển

1.6.1. Không điều trị

Có thể tự lành nếu trúng độc nhẹ.

Nếu là trúng độc khá nặng thì các dấu chứng sẽ tăng dần đưa đến hôn mê, suy hô hấp và có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề.

1.6.2. Có điều trị đúng mức

Các dấu Muscarine giảm và biến mất trước, sau đó hai dấu chứng Nicotine và thần kinh trung ương cũng thuyên giảm dần. Nhưng nếu trúng độc quá trầm trọng hay điều trị chậm, thì ban đầu các dấu chứng Muscarine giảm, bệnh nhân có thể tỉnh lại, nhưng sau đó các dấu Nicotine và thần kinh trung ương ngày càng nặng và đưa đến suy hô hấp và tử vong. Nguyên nhân tử vong chính là suy hô hấp trong hầu hết các trường hợp.

1.7. Xử trí

1.7.1. Loại bỏ chất độc ra khỏi cơ thể bằng mọi biện pháp

- Tắm rửa gội đầu thay quần áo.
- Rửa dạ dày (nếu do thuốc uống) nhiều lần, nhiều nước có pha muối. Sau rửa dạ dày bơm than hoạt vào, cần cho thêm nhuận tràng.
- Truyền dịch cho lợi tiểu.

1.7.2. Hồi sức

Bằng biện pháp hút đàm và dịch qua miệng hoặc nội khí quản.

Đẻ bệnh nhân ở tư thế dẫn lưu tốt, cho thở oxy và hô hấp hỗ trợ (nếu cần).

1.7.3. Thuốc kháng độc và kháng triệu chứng

- Atropin sulfat: là loại thuốc chống lại các tác dụng của muscarin.

Atropin làm giãn đồng tử, khô dịch ở phế quản, làm hồng và ấm da, mạch nhanh. Vì vậy atropin là thuốc chính điều trị ngộ độc thuốc trừ sâu loại phospho hữu cơ và carbamat.

- P.A.M (pyridinealdoxime methylchloride): là một chất đối kháng hoá học với phospho hữu cơ, P.A.M giải phóng và phục hồi lại men cholinesterase trong máu đã bị phospho hữu cơ ức chế.
- Loại bỏ chất độc đã được hấp thu qua đường thận bằng thuốc lợi tiểu: sử dụng dịch truyền và thuốc lợi tiểu qua đường tĩnh mạch.
- Dinh dưỡng và chống bội nhiễm:
 - + Dinh dưỡng: đầy đủ năng lượng 2000-3000 calo và giàu vitamin.
 - + Vệ sinh thân thể, tắm gội và thay quần áo phòng thuốc ngấm qua da.
 - + Cho kháng sinh nếu: sốt, đàm đặc trắng, viêm nhiễm ở phổi, bàng quang.

1.7.4. Phòng nhiễm độc

- Bảo quản và quản lý thuốc theo chế độ bảo quản hoá chất gây độc.
- Với những nhân viên tiếp xúc với hoá chất trừ sâu, kể cả nhân viên y tế cấp cứu bệnh nhân ngộ khẩu trang, ủng nilon, áo bảo hộ... khi phun thuốc, người phun phải đứng xuôi chiều gió.độc, giai đoạn xử trí cấp cứu (rửa dạ dày). Phải có đủ phương tiện phòng chống như:

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU

2.1. Nhận định tình trạng bệnh nhân

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh

- Hỏi xem bệnh nhân ngộ độc thuốc gì?

- Số lượng, đường trúng độc.
- Nồng độ đậm đặc hay pha loãng
- Uống lúc đói hay lúc no.
- Thời gian, lý do?
- Các bệnh lý đã mắc trước đây.
- Tình trạng nôn sau khi trúng độc.
- Thời gian từ khi trúng độc đến khi được cấp cứu.
- Đã được điều trị gì trước đó?

2.1.2. Nhận định bằng cách quan sát

- Tình trạng tinh thần?
- Nước tiểu: số lượng, màu sắc.
- Quan sát da, móng tay, móng chân tím.
- Tình trạng tăng tiết.
- Tình trạng hô hấp
- Đánh giá dấu hiệu thảm atropin.

2.1.3. Nhận định bằng cách thăm khám

- Đếm mạch
- Đo huyết áp
- Nhiệt độ
- Đếm nhịp thở
- Mùi hôi trên áo quần, trên da, tóc, hơi thở
- Đồng tử to nhỏ hay giãn, kích thước?
- Đo độ bão hoà oxy máu

2.1.4. Nhận định bằng cách thu thập các vấn đề khác có liên quan

- Hoàn cảnh gia đình
- Tình trạng trước khi vào viện: được xử trí gì?
- Chẩn đoán và chăm sóc của tuyến trước

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng chính có thể có ở bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu:

- Nôn, buồn nôn do tăng nhu động ruột.
- Khó thở do co thắt cơ trơn phế quản.
- Ho do tăng tiết dịch gây kích thích phế quản.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm hô hấp
- Duy trì tuần hoàn
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
- Loại trừ chất độc của cơ thể:
 - + Rửa dạ dày đúng kỹ thuật
 - + Thay áo quần, tắm rửa
 - + Thụt tháo, rửa sạch bằng nước xà phòng
- Nuôi dưỡng duy trì các chức năng sống
- Giáo dục cách phòng bệnh

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Nhanh chóng loại bỏ chất độc ra khỏi cơ thể: súc rửa dạ dày, thay áo quần sạch, tắm rửa, gội đầu cho bệnh nhân
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn.
- Đặt canun đê lưỡi sau khi đã móc đàm dãi hoặc dị vật.
- Bóp bóng Ambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy theo chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc men để phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, da, môi, móng tay, chân.
- Hút đàm dãi.
- Đề phòng hít phải chất nôn.
- Đề phòng tụt lưỡi.
- Lấy mạch, đo huyết áp ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dụng cụ truyền dịch, dịch đẳng trương, thuốc nâng huyết áp (nếu bệnh nhân tụt huyết áp).
- Chuẩn bị bộ cathete tĩnh mạch trung tâm và phụ giúp bác sĩ tiến hành đặt cathete tĩnh mạch trung tâm nhằm truyền khối lượng dịch lớn và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở thường xuyên mỗi 15 phút hoặc theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp, sớm sử dụng các phương tiện phòng chống loét nếu bệnh nhân hôn mê.
- Vệ sinh hàng ngày: bệnh nhân tỉnh tự phục vụ được chỉ cần giúp bệnh nhân. Nếu bệnh nhân hôn mê: cần chăm sóc răng miệng ít nhất ngày 3 lần. Rửa mặt bằng khăn riêng và nhỏ mắt bằng cloramphenicol 4%. Phần hậu môn, sinh dục cần được lau rửa thường xuyên sau mỗi lần đại tiện. Khăn, giường chiếu luôn giữ khô và phẳng. Hút đàm dãi thường xuyên.
- Ăn uống: lượng nước uống của bệnh nhân phải nhiều hơn bình thường để chất độc được đào thải nhanh. Tuy nhiên lượng nước đó cũng phải tính toán trên cơ sở cân bằng lượng nước vào cơ thể. Thức ăn kiêng mỡ, sữa và rượu ít nhất là 10 ngày.

Nhiều bệnh nhân ngộ độc thuốc sâu khi dùng atropin bị kích thích vật vã nên dễ ngã, đề phòng ngã bằng cách nằm giường có thành chắn.

- Nhỏ thuốc mắt nhiều lần trong ngày để phòng khô giác mạc, nhiễm khuẩn mắt.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Thuốc: thực hiện chính xác, đầy đủ, khẩn trương.
- Atropin: trước khi tiêm cần lấy mạch, xem đồng tử, da, tình trạng tinh thần kinh. Nếu có dấu hiệu thãm atropin hoặc mạch trên 120 lần /phút, kích thích vật vã phải báo cáo ngay với bác sĩ để điều chỉnh liều thuốc.
- P.A.M 1 ống 0, 5g tiêm tĩnh mạch thật chậm trong 5 phút.
- Dịch truyền, kháng sinh...
- Các xét nghiệm
- Các thủ thuật can thiệp trên bệnh nhân.
- Phụ giúp đặt nội khí quản, mở khí quản để dẫn lưu đàm và bảo đảm thông khí.
- Phụ giúp đặt catete tĩnh mạch trung tâm để truyền dịch với khối lượng lớn và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Đặt thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ.
- Đặt thông dạ dày.

Tùy từng loại thủ thuật người điều dưỡng phụ giúp bác sĩ làm hoặc trực tiếp tiến hành và sau đó chăm sóc theo quy trình, nhằm mục đích điều trị và chăm sóc không có tai biến, không có nhiễm khuẩn và có hiệu quả.

2.4.3. Theo dõi

- Mạch, độ ẩm của da

- Đồng tử: kích thước, mức độ đáp ứng ánh sáng
- Trạng thái tinh thần
- Huyết áp
- Nhịp thở
- Theo dõi dấu hiệu no atropin
- Màu sắc số lượng nước tiểu 24 giờ
- Theo dõi lượng dịch vào, ra để đảm bảo cân bằng dịch
- Theo dõi tình trạng hô hấp
- Các dấu hiệu loét da và các bất thường khác.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Phân tích cho họ thấy được tác hại của thuốc, cách bảo quản thuốc, đề phòng ngộ độc và cách sử dụng thuốc đúng.
- Nếu bệnh nhân ngộ độc do tự tử, điều dưỡng giúp bệnh nhân và gia đình họ giải quyết mâu thuẫn gây ra ngộ độc là điều cần thiết ngay trong khi bệnh nhân đang điều trị để ngăn ngừa lần ngộ độc tiếp theo.

2.5. Đánh giá

Bệnh nhân được đánh giá chăm sóc tốt nếu đạt các tiêu chuẩn:

- Đầu, tóc, da, dịch dạ dày, giường chiếu không có mùi thuốc sâu
- Các y lệnh điều trị được thực hiện đầy đủ, chính xác
- Các xét nghiệm được làm và thu thập đầy đủ, sớm
- Các dấu hiệu sinh tồn dần dần trở về mức bình thường và ổn định
- Bệnh nhân hiểu được nguy cơ của thuốc và biết được cách phòng tránh ngộ độc
- Không có biến chứng xảy ra. Trong quá trình điều trị bệnh nhân không bị trợt loét, không mắc thêm nhiễm khuẩn nhất là nhiễm khuẩn hô hấp.
- Nếu được điều trị bằng atropin, bệnh nhân có dấu hiệu thối atropin vừa phải.
- Các chỉ số theo dõi và chăm sóc được ghi chép đầy đủ.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu được các yếu tố tiên lượng nặng của ngộ độc thuốc trừ sâu
2. Đánh dấu x vào câu trả lời đúng
 - A. Thuốc trừ sâu hay dùng là nhóm phospho hữu cơ
 - B. Ngộ độc thuốc trừ sâu chỉ gặp do tự tử

- C. Thuốc gây tổn thương hệ thần kinh trung ương
- D. Tiêm Atropin sớm khi bị ngộ độc có tiên lượng tốt cho bệnh nhân
- E. Mức độ nhẹ của ngộ độc là chỉ xuất hiện dấu Nicotin trên lâm sàng

3. Đánh dấu x vào cột trả lời đúng để trả lời câu hỏi sau

Ngộ độc thuốc trừ sâu là:	Đúng	Sai
A. Một cấp cứu nội khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Một hiện tượng của ngộ độc thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Một tình trạng dị ứng thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ngộ độc bằng đường tiêu hoá nhanh hơn đường hô hấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Có thể gặp khi tiếp xúc với thuốc lặp đi lặp lại nhiều lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biểu hiện của ngộ độc là:

F. Đau quặn bụng và ỉa chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Mạch chậm và huyết áp tăng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Đồng tử giãn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tăng tiết dịch phế quản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Rung giật các nhóm cơ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Tăng tiết nước bọt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Triệu chứng của ngộ độc thuốc trừ sâu, **ngoại trừ:**

- a. Đồng tử co
- b. Nôn mửa, tiêu chảy, tăng tiết nước bọt
- c. Giảm tiết dịch đường hô hấp
- d. Chân tay lạnh
- e. Mạch chậm

5. (A) Các chất phospho hữu cơ có thể gây ra các triệu chứng trầm trọng chết người. VÌ VẬY (B) Khi bệnh nhân bị ngộ độc phospho hữu cơ cần điều trị và hồi sức tích cực.

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

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC THỨC ĂN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân bị ngộ độc thức ăn
2. Trình bày được một số chẩn đoán điều dưỡng
3. Lập được qui trình chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thức ăn

1. BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Ngộ độc thức ăn là một danh từ chung chỉ các trường hợp nhiễm độc hoặc nhiễm khuẩn do thức ăn gây ra. Thức ăn có thể bị nhiễm khuẩn trong quá trình bảo quản, pha chế hoặc bản thân thức ăn chứa độc chất như một số thịt, cá, cóc, dứa, sắn...

1.2. Nguyên nhân

Có 3 loại nguyên nhân gây ngộ độc thức ăn:

- Ngộ độc histamin: gây ra do thức ăn có chứa độc chất: cá ngừ, cá thu, cá nóc, cóc hoặc do thức ăn gây dị ứng như dứa.
- Nhiễm độc nhiễm khuẩn thức ăn: do thức ăn nhiễm các loại vi khuẩn như *clostridium botilium*, *samonella*, *shigella*, tụ cầu, tả.
- Ngộ độc nấm.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo nguyên nhân gây ngộ độc mà có các triệu chứng khác nhau. Thông thường hay gặp các triệu chứng là:

- Buồn nôn và nôn mửa
- Ỉa chảy, ỉa nhiều lần và phân lỏng
- Mẩn ngứa, mề đay khắp người
- Nếu nặng có thể truy tim mạch. Đôi khi khó thở dạng hen phế quản.

1.4. Cận lâm sàng

1.4.1. Quan sát trực tiếp một mẫu chất nôn, phân tươi

Có thể cho phép định hướng chẩn đoán trong một số trường hợp.

1.4.2. Soi phân, chất nôn

Tìm bạch cầu hoặc vi khuẩn.

1.4.3. Cây phân

Để xác định tác nhân gây bệnh chính cần sử dụng nhiều loại môi trường hiếu khí, kỵ khí, môi trường đặc biệt, tùy theo yêu cầu chẩn đoán, tuy nhiên rất khó, vì khi cấy phân (+) lại có thể do tác nhân gây bệnh khác.

1.4.4. Các xét nghiệm khác

Nhằm hướng dẫn trị liệu trong các trường hợp nặng như: Hct, ure máu, điện giải đồ, dự trữ kiềm.

1.5. Xử trí ngộ độc thức ăn

1.5.1. Mục đích

- Loại bỏ nhanh các thức ăn bị nhiễm độc ra ngoài cơ thể.
- Tránh cho người bệnh những ảnh hưởng của chất độc gây ra.
- Bù dịch, nước điện giải cho bệnh nhân.

1.5.2. Điều trị

1.5.2.1. Điều trị triệu chứng

- Kích thích gây nôn cho bệnh nhân, nếu không thành công thì tiến hành rửa dạ dày cho bệnh nhân (phần kỹ thuật xem bài rửa dạ dày).
- Chống đau bụng, giảm bớt nhu động ruột bằng atropin, trừ trường hợp ngộ độc amanita phathera.
- Hồi phục nước và điện giải bằng truyền các dung dịch đẳng trương NaCl 0,9%, glucose 5%, natri bicarbonat 1,4%. Nếu nhẹ, dùng đường uống (Oresol).

1.5.2.2. Điều trị nguyên nhân

Chống vi khuẩn, tùy theo nguyên nhân. Bắt đầu bằng:

Trimethoprim sulfamethazol 0,48 g (Bactrim-Biseptol) ngày 2 viên chia 2 lần

Trường hợp nhiễm khuẩn nặng:

Quinolon: Ciprofloxacin, cefloxacin ngày 2 viên (0,2 gam/viên).

1.5.2.3. Điều trị hỗ trợ

Truyền dịch, hồi phục thể tích tuần hoàn càng nhanh càng tốt.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC THỨC ĂN

2.1. Nhận định

Đứng trước một bệnh nhân ngộ độc thức ăn, người điều dưỡng cần loại bỏ nhanh các thức ăn bị nhiễm độc ra ngoài cơ thể, nhận định nguyên nhân, mức độ mất nước và rối loạn điện giải để có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh nhân

- Bệnh nhân trước đó ăn thức ăn gì?
- Thời gian từ khi ăn đến khi có triệu chứng là bao lâu?
- Bệnh nhân có nôn mửa, đau bụng, mót rặn không?
- Tính chất của phân: phân lỏng, có máu, thối?
- Có kèm theo sốt không?
- Bệnh nhân có cảm giác khát nước?
- Trước đây đã bị như vậy lần nào chưa?
- Các thuốc đã sử dụng như thế nào?

2.1.2. Quan sát

- Tình trạng tinh thần bệnh nhân
- Tính chất và số lần nôn, tính chất phân và số lượng phân.
- Tư thế bệnh nhân chống đau bụng
- Bụng có chướng không?
- Tình trạng da: dấu hiệu mất nước, nổi mẩn ngứa?
- Bệnh nhân có khó thở không?

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Phát hiện các triệu chứng của ngộ độc thức ăn: nôn mửa, ỉa chảy, mẩn ngứa, mề đay, nếu nặng có thể truy tìm mạch.
- Đo dấu hiệu sống: mạch, nhiệt và huyết áp
- Khám tình trạng bụng bệnh nhân: chướng, đau...
- Khám phổi đôi khi khó thở dạng hen phế quản.

2.1.4. Thu thập thông tin

Thu thập qua bệnh nhân và qua gia đình bệnh nhân, cũng như qua hồ sơ và bệnh án trước đó. Người điều dưỡng cần tập hợp một cách có hệ thống các thông tin cần thiết để chẩn đoán và thiết lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân bị ngộ độc thức ăn:

- Đau bụng do viêm dạ dày ruột.
- Nôn và buồn nôn do kích thích dạ dày ruột.
- Da nhăn do mất nước.
- Tiểu ít do giảm thể tích tuần hoàn hiệu dụng.
- Nguy cơ trụy tim mạch do không bồi phụ kịp tình trạng mất nước.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Lập kế hoạch chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi thích hợp.
- Trấn an cho bệnh nhân
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ theo yêu cầu điều trị trong và sau khi hết ỉa chảy.
- Vệ sinh thân thể sạch sẽ và chăm sóc tinh thần.

2.3.2. Lập kế hoạch thực hiện các y lệnh

- Kích thích nôn, rửa dạ dày nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Cho bệnh nhân uống thuốc, tiêm thuốc và truyền dịch theo chỉ định.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Lập kế hoạch theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn,
- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng nếu có gì bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi các xét nghiệm để phát hiện rối loạn điện giải kiểm toan.

2.3.4. Lập kế hoạch giáo dục sức khỏe

Bệnh nhân và gia đình phải biết cách phòng bệnh và biết điều trị chống mất nước, rối loạn điện giải.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi yên tĩnh.
- Động viên, kích lệ bệnh nhân an tâm điều trị.

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ theo yêu cầu điều trị trong và sau khi hết ỉa chảy.
- Vệ sinh sạch sẽ: nhắc nhở bệnh nhân giữ gìn vệ sinh răng miệng, thân thể, quần áo, tránh lây nhiễm cho các bệnh nhân khác. Nếu bệnh nhân không thể tự làm được người điều dưỡng phải chăm sóc vệ sinh thân thể cho bệnh nhân. Các chất thải như chất nôn và phân của bệnh nhân phải được xử lý tốt.
- Tránh cho người bệnh những ảnh hưởng của chất độc gây ra.

2.4.2. Thực hiện các y lệnh

Các y lệnh phải được thực hiện khẩn trương, đúng qui trình kỹ thuật, chính xác và kịp thời.

- Rửa dạ dày nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Thuốc: thuốc uống, tiêm, truyền dịch.
- Thực hiện các xét nghiệm: lấy mẫu bệnh phẩm tìm chất độc, vi trùng (soi phân, cấy phân), Hct, ure máu, điện giải đồ, dự trữ kiềm.

2.4.3. Theo dõi

- Theo dõi: mạch, nhiệt, huyết áp, dấu mất nước, tình trạng nôn mửa, ỉa chảy (số lượng, tính chất), số lượng nước tiểu mỗi giờ 1 lần.
- Nếu phát hiện bệnh nhân có mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp hạ hoặc có bất kỳ dấu chứng gì bất thường đều phải báo cáo cho bác sĩ ngay.
- Theo dõi tình trạng mất nước và rối loạn điện giải, kiểm toan: chú ý các dấu hiệu khát nước, da khô, mắt trũng
- Theo dõi tình trạng nôn mửa: tính chất và số lần nôn.
- Theo dõi tính chất, số lượng phân và số lần đi cầu.
- Theo dõi tình trạng hạ đường huyết: chóng mặt, vã mồ hôi, đói bụng, hồi hộp, nhịp tim nhanh
- Theo dõi kết quả xét nghiệm.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc và diễn biến điều trị, chăm sóc.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục về vệ sinh ăn uống và vệ sinh thực phẩm:
 - + Không ăn các thức ăn sống trừ những rau quả tươi có thể bóc vỏ và ăn ngay sau khi bóc vỏ.
 - + Đun nấu thức ăn cho đến khi chín.
 - + Ăn thức ăn khi còn nóng hoặc đun lại hoàn toàn trước khi ăn.

- + Giữ thức ăn đã nấu chín và những bát đĩa sạch cách riêng với những thực phẩm và những bát đĩa có thể bị ô nhiễm.
- + Rửa tay bằng xà phòng trước khi nấu ăn, trước khi ăn uống, sau khi đại tiểu tiện. Biện pháp này dễ thực hiện, hiệu quả và thích hợp ở mọi nơi.
- + Không để ruồi bâu vào thức ăn bằng cách đậy lồng bàn.
- Phát hiện và điều trị người mang mầm bệnh.
- Nước uống:
 - + Nguồn cung cấp nước phải bảo đảm sạch, không bị ô nhiễm bởi các nguồn nước bản ngầm vào, phải xa các hố xí.
 - + Bảo quản các nguồn nước, ngăn không cho súc vật lại gần.
 - + Chứa nước trong các thùng sạch, đậy nắp kín, dùng gáo có cán dài để múc nước.
 - + Nước uống phải được đun sôi để nguội.
- Thức ăn nơi công cộng phải hợp vệ sinh.
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình bệnh nhân hiểu các biện pháp phòng bệnh và tránh lây nhiễm cho những người xung quanh.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Một bệnh nhân ngộ độc thức ăn được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Tình trạng bệnh thuyên giảm rõ rệt, các triệu chứng giảm hoặc mất: đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy.
- Thể trạng bệnh nhân tốt.
- Bệnh nhân không có biến chứng.
- Công tác điều dưỡng được thực hiện đầy đủ.
- Biết cách phòng bệnh tốt sau khi ra viện.

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các nguyên nhân gây ngộ độc thức ăn.
2. Nêu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của ngộ độc thức ăn.
3. Trình bày qui trình điều dưỡng ngộ độc thức ăn.
4. Đánh dấu x và câu trả lời đúng khi quan sát bệnh nhân bị ngộ độc thức ăn:
 - A. Tình trạng tinh thần bệnh nhân

- B. Tính chất và số lần nôn.
- C. Tính chất phân và số lượng phân.
- D. Tư thế bệnh nhân chống đau bụng
- E. Quan sát tình trạng bụng của bệnh nhân
- F. Quan sát dấu hiệu mất nước

5. (A) Rửa tay bằng xà phòng trước khi nấu ăn, trước khi ăn uống, sau khi đại tiểu tiện. (B) Biện pháp này dễ thực hiện, hiệu quả và thích hợp ở mọi nơi nhằm hạn chế bị ngộ độc thức ăn.

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

CHĂM SÓC NHIỄM HIV /AIDS TẠI CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được nội dung công tác quản lý, chăm sóc, tư vấn về HIV /AIDS
2. Phát hiện được những biểu hiện thường gặp đối với bệnh nhân bị nhiễm
3. Thể hiện được thái độ thông cảm, chia sẻ khi chăm sóc bệnh nhân bị nhiễm HIV /AIDS

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong những ngày đầu của đại dịch AIDS, bệnh nhân HIV thường là nam thanh niên trẻ đồng tính luyến ái hoặc lưỡng tính, nhóm này khác xa bệnh nhân ung thư. Họ là những người được đặt nhiều hy vọng vì họ trẻ, sáng tạo và thành công. Giai đoạn sau của dịch HIV, khi dịch lan đến những nước có nhiều người tiêm ma túy và ở các nước thế giới thứ ba, có phụ nữ mắc bệnh do tiếp xúc tình dục.

Tại Việt Nam, ở Thành phố Hồ Chí Minh, ca nhiễm HIV được công nhận đầu tiên vào cuối năm 1990. Số người mắc bệnh tăng nhanh, số bệnh nhân nhiễm HIV được phát hiện tại Việt Nam tính đến tháng 9/1999 là 15.600 người, 70% trường hợp là người tiêm chích ma túy mà không dùng kim vô trùng. Tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV càng lúc càng tăng, năm 1997 chiếm khoảng 20% ca nhiễm. Những bệnh nhân này thiếu sự chăm sóc hay hỗ trợ của gia đình và cộng đồng vì vậy họ bị lạc lõng ngay giữa những thành phố lớn hay sống với những mặc cảm tội lỗi của mình.

Sau một giai đoạn sốt ngắn lúc mới nhiễm, bệnh im lặng trong một thời gian dài, có khi đến 10 năm nhưng dần dần tình trạng nhiễm trùng nặng tăng lên (khi CD₄ giảm), cần được điều trị mạnh mẽ và liên tục, do đó có thể bị tác dụng phụ khó chịu. Càng lúc, bệnh càng tiến triển, bệnh nhân phải trải qua thời gian trong trạng thái lo âu, tình trạng nhiễm trùng khó chịu với các phương pháp điều trị khác nhau. Nhiều loại thuốc có tác dụng trong thời kỳ ủ bệnh và có thể điều trị kéo dài trong nhiều năm. Tuy nhiên không thể đoán trước được diễn biến của bệnh ngay cả giai đoạn cuối, bởi vì:

- Quá trình diễn biến bệnh không rõ ràng như bệnh ung thư.

- Thay đổi nhanh với sự bộc phát của nhiễm trùng rất nặng đưa đến chết; AIDS là một bệnh đa hệ và các biến chứng cùng hiện diện một lúc.

Chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS chính là thực hiện chiến lược làm giảm tác hại của đại dịch đối với từng cá nhân, gia đình và cộng đồng. Trong hơn thập kỷ qua, thế giới đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực điều trị nhằm kéo dài cuộc sống người nhiễm HIV/AIDS. Ở Việt Nam, người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS ngày càng gia tăng. Do vậy nhu cầu chăm sóc và tư vấn cho người bị nhiễm HIV/AIDS rất quan trọng, tuy nhiên vấn đề này chưa được cung cấp kiến thức và kỹ năng chăm sóc HIV/AIDS một cách đầy đủ và đúng mức.

Việc chọn lựa nơi thích hợp để chăm sóc bệnh nhân HIV giai đoạn cuối rất khác nhau. Ở một số thành phố lớn, một bệnh viện chính sẽ chịu trách nhiệm điều trị ban đầu cho bệnh nhân AIDS nhưng nó chỉ có một số giường giới hạn trong khi nhu cầu lại rất lớn. Chi phí thuốc điều trị HIV lại quá cao mà chỉ có một số ít bệnh nhân tiếp nhận điều trị. Đối với những bệnh nhân không có điều kiện để tiếp nhận thuốc điều trị đặc hiệu thì cần phải có một chỗ ở lâu dài cho họ. Những nơi này có thể là một bệnh viện nhỏ, trạm y tế hay ở tại nhà. Ở Thái Lan, nhiều ngôi chùa đã tiếp nhận những bệnh nhân nhiễm HIV khi họ bị cộng đồng từ chối. Ở những nước khác, chính quyền hoặc những tổ chức từ thiện của tôn giáo chăm sóc những bệnh nhân này ở những bệnh viện đặc biệt.

Cần có những biện pháp ngăn chặn sự lây nhiễm HIV, lao hay viêm gan siêu vi cho những thành viên trong gia đình. Ở vài trung tâm điều trị, những bệnh nhân nhiễm HIV lập thành nhóm những người hỗ trợ để giám sát việc chăm sóc tại nhà. Những người này cần được huấn luyện cơ bản và có sự giúp đỡ về tài chính, nhưng mở ra tiềm lực của sự phục vụ chăm sóc tại nhà kinh tế và hữu hiệu hơn.

Nội dung bài này chúng tôi sẽ đề cập đến việc tổ chức quản lý, chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, nhằm cung cấp những kiến thức và kỹ năng cơ bản giúp cho những người tham gia chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS thực hiện công việc mình được tốt hơn.

1.1. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp

Bảng 22.1. Các biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS

STT	Biểu hiện	Tỷ lệ %
1	Không triệu chứng	4
2	Nhiễm nấm ở miệng	71
3	Nhiễm nấm lan tỏa	9
4	Sút cân	63
5	Tiêu chảy kéo dài	17
6	Sốt không rõ nguyên nhân	27
7	Viêm võng mạc do Cytomegalvirus	23
8	Nhiễm trùng nặng	17

- Các triệu chứng chính trong bệnh AIDS tiến triển gồm các dạng hỗn hợp:

Do nhiễm trùng: lao, nhiễm nấm ở miệng hoặc lan tỏa, nhiễm Cryptococcus, nhiễm Cytomegalovirus cao. Ít phổ biến hơn là nhiễm Histoplasma, Penicillium-marneffeii và Stroglyoides -stercora.

Do tác dụng phụ của điều trị các loại nhiễm trùng. Nhiều trường hợp dị ứng thuốc nặng do Bactrim (trimethoprim và sulfamethoxazole) đã được báo cáo ở Việt nam.

Do chính ảnh hưởng của HIV, bao gồm bệnh lý thần kinh, do viêm dây thần kinh và mất trí. Herpes zoster cũng thường gặp do suy giảm chức năng miễn dịch.

Khoảng 50% bệnh nhân AIDS có sự sa sút tinh thần và trí tuệ ở nhiều mức độ nhưng nếu điều trị những bệnh nhiễm trùng cơ hội có kết quả, bệnh nhân sống lâu hơn thì sự sa sút này thường gặp nhiều hơn.

Nhiều triệu chứng do nhiễm trùng, do tác dụng phụ của thuốc hay chính virut cũng không khác lắm so với các triệu chứng của ung thư tiến triển: biếng ăn, sút cân, suy kiệt, nôn, khó thở, đau, lú lẫn...

- Những triệu chứng chính của AIDS khác với ung thư là:

Sa sút tinh thần, trí tuệ, mù, bệnh lý về thần kinh, liệt, bệnh lý về cơ, tổn thương ở da và tiêu chảy nặng kéo dài. Bệnh nhân cũng thường dễ bị cách ly về mặt xã hội với cha mẹ, gia đình, bị các định kiến từ một vài thành phần trong xã hội. Do đó, sau khi điều trị khỏi các nhiễm trùng nặng, họ thấy không còn nơi nào thích hợp để sống nên thường muốn xin ở lại bệnh viện.

1.2. Khái niệm về quản lý, chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS

- Quản lý nhiễm HIV/AIDS không giống như quản lý hộ khẩu và cũng khác so với quản lý và điều trị các bệnh truyền nhiễm khác do bản chất khác biệt của bệnh này.
- Quản lý nhiễm HIV/AIDS ở đây được hiểu là tiếp cận và hỗ trợ, giúp cho người nhiễm hiểu rõ về bệnh tật và đấu tranh chống lại bệnh tật, đồng thời tránh được lây nhiễm cho người khác. Quản lý nhiễm HIV/AIDS là cung cấp cho cả người bị nhiễm và người chưa bị nhiễm cơ hội để đề phòng lây nhiễm HIV và hình thành nên mối quan hệ tốt giữa bệnh nhân -thầy thuốc -người chăm sóc. Do vậy, rất cần có một mạng lưới chăm sóc. Mạng lưới này sẽ có nhiều người tham gia vào công tác chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS. Nếu lấy việc chăm sóc người nhiễm là trung tâm, thì những người tham gia chăm sóc có thể là bản thân người nhiễm, người thân trong gia đình, họ hàng, láng giềng, các tổ chức dựa vào cộng đồng, nhân viên y tế... trong đó các cơ sở y tế sẽ đóng vai trò nòng cốt trong việc hướng dẫn chăm sóc và tư vấn. Các cơ sở bệnh viện các tuyến sẽ là mạng lưới trung chuyển hoặc điều trị cho những trường hợp nặng.

1.3. Cơ sở để hình thành chiến lược quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS

1.3.1. Bản chất của căn bệnh

- Nhiễm HIV/AIDS là một bệnh truyền nhiễm mãn tính kéo dài. Người mắc bệnh thậm chí cũng không biết nên vẫn truyền bệnh cho người khác.
- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục góp phần làm lây nhiễm HIV mạnh mẽ và những người nhiễm HIV mắc thêm các bệnh lây qua đường tình dục sẽ diễn biến thành AIDS nhanh.
- Nhiễm HIV liên quan đến các hành vi nguy cơ và nhiều khía cạnh xã hội như vấn đề tệ nạn xã hội, hôn nhân, mang thai, việc làm, bảo hiểm, xuất nhập cảnh...
- Bệnh cảnh AIDS phong phú và đa dạng bao gồm các nhiễm trùng cơ hội, các ung thư và các bệnh do rối loạn miễn dịch gây ra.
- Mặc dù chưa có thuốc chữa và thuốc phòng hữu hiệu nhưng vẫn có thể phòng bệnh được khi mọi người đều thực hiện hành vi an toàn (đặc biệt là luôn sử dụng bơm kim tiêm sạch và sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục) vẫn có thể kéo dài cuộc sống cho người bệnh đến 5 năm kể từ khi phát bệnh. Tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con có thể giảm được nhờ điều trị dự phòng bằng AZT hoặc Nevirapine.

1.3.2. Tâm lý người bệnh và nhu cầu chăm sóc

- Người bị nhiễm luôn có tình trạng khủng hoảng, hoảng sợ phân biệt đối xử, lo lắng buồn rầu, muốn tự tử hoặc có phản ứng tiêu cực làm lây nhiễm HIV.
- Người nhiễm HIV/AIDS đòi hỏi phải được chăm sóc toàn diện và luôn xuất hiện các nhu cầu sau:
 - + Hiểu biết về căn bệnh và biết cách tự chăm sóc mình.
 - + Chăm sóc các rối loạn về tâm lý.
 - + Hỗ trợ về kinh tế.
 - + Bảo vệ nhân quyền.
 - + Chăm sóc con cái của họ.
 - + Cung cấp kiến thức và kỹ năng cho người chăm sóc họ ngay tại nhà.
 - + Chăm sóc về y tế, thuốc men khi bệnh nặng.

Như vậy, ở giai đoạn cuối cùng của bệnh, người nhiễm HIV/AIDS mới cần nhiều đến chăm sóc về y tế. Trong giai đoạn nhiễm HIV, nhu cầu quan trọng nhất của họ là tư vấn.

1.3.3. Hệ thống Y tế

Hệ thống y tế luôn có nguy cơ quá tải khi số bệnh nhân AIDS gia tăng, thuốc điều trị lại đắt tiền mà không có kết quả, nguy cơ rủi ro nghề nghiệp có thể xảy ra. Do vậy, cần xã hội hoá việc chăm sóc, tư vấn và điều trị nhất là trị liệu tại nhà.

1.3.4. Môi trường xã hội

Do sợ bị lây bệnh nên mọi người luôn xuất hiện tình trạng kỳ thị, định kiến, ít gần gũi và phân biệt đối xử. Hậu quả làm người mang bệnh mặc cảm và chán nản.

1.4. Các nguyên tắc quản lý, chăm sóc và điều trị nhiễm HIV/AIDS

- Người nhiễm HIV/AIDS cũng có quyền được chăm sóc điều trị toàn diện và phù hợp như những người khác trong cộng đồng, không phân biệt đối xử. Điều đó được thể hiện qua việc cảm thông, an ủi với người bệnh, không sợ hãi khi chăm sóc, tôn trọng người bệnh.
- Cần phải đáp ứng nhu cầu tiếp cận các dịch vụ chăm sóc phù hợp cho người nhiễm HIV/AIDS trên nguyên tắc giữ bí mật, quản lý tốt các hồ sơ bệnh án, tư vấn trước khi thông báo.
- Cần đào tạo nhân viên y tế bao gồm cả những người chăm sóc tự nguyện.
- Khuyến khích hỗ trợ các dịch vụ dựa vào cộng đồng. Có thể lồng ghép các dịch vụ này với mạng lưới chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- Mô hình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS giống như mô hình chăm sóc và điều trị các bệnh truyền nhiễm, bệnh lây qua đường tình dục và các bệnh mãn tính khác.
- Thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV trong khi chăm sóc.

Nguyên tắc dự phòng tổng quát: nhằm tránh lây chéo HIV cho các bệnh nhân, tránh lây từ bệnh nhân này sang người chăm sóc và ngược lại, cần tuân thủ nguyên tắc:

- + Trên lâm sàng không thể biết ai là người nhiễm HIV/AIDS nên mọi bệnh nhân cũng như mọi bệnh phẩm có máu và dịch sinh học đều có nguy cơ lây nhiễm HIV.
- + Luôn phải đeo găng khi tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch sinh học của bệnh nhân. Đeo các phương tiện phòng vệ như kính, khẩu trang, mặc áo choàng khi có nguy cơ bị máu và dịch bệnh nhân dính vào.
- + Khi có vết thương hở ở tay, chân hoặc có tổn thương da rỉ nước, phải băng kỹ và tốt nhất không tiếp xúc với máu và dịch của bệnh nhân cho đến khi tổn thương lành.

- + Khi trên mặt bàn, mặt sàn bị máu hoặc dịch sinh học của bệnh nhân dấy ra, phải đổ ngập tràn chỗ có máu và dịch đó bằng các dung dịch sát khuẩn như nước javel, dung dịch có clo, để 20 phút sau đó dùng khăn thấm khô rồi rửa sạch như thường qui.
- + Đối với các đồ vải có thấm máu và dịch phải dùng panh để gấp cho vào túi riêng, nếu không có panh thì phải gấp phần có máu và dịch vào trong để cầm cho vào túi, sau đó vận chuyển đến nơi hủy hoặc nhà giặt. Phải ngâm các đồ vải này trong các hoá chất sát trùng 20 phút trước khi xử lý.
- + Đối với các chất thải (đờm, nước tiểu, phân, máu hoặc các dịch sinh học như dịch nước báng, dịch màng phổi, dịch não tủy...) cũng xử lý tương tự. Đổ ngập tràn cùng chất thải bằng các hoá chất sát trùng, để 20 phút trước khi đổ vào nơi thải chung.
- + Luôn rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi đeo găng, trước và sau khi thăm khám bệnh nhân, sau khi đi vệ sinh hoặc giúp bệnh nhân vệ sinh.
- Chống lây chéo:
 - + Thực hiện an toàn trong truyền máu và tiếp xúc với máu và dịch của bệnh nhân.
 - + Đảm bảo vô trùng và tiệt trùng các dụng cụ y tế. Các dụng cụ tái sử dụng cần thực hiện đúng quy trình xử lý, sau đó khử trùng hoặc tiệt trùng và giữ các dụng cụ đó trong môi trường vô trùng trước khi sử dụng.
 - + Đối với các y cụ sắc nhọn, cần thận trọng khi sử dụng, sau khi sử dụng không được đặt nắp, không được bẻ cong kim (đối với bơm tiêm), sau khi dùng, phải bỏ ngay các vật sắc nhọn vào thùng cứng (để không xuyên ra ngoài được) rồi xử lý theo quy định.
- Xử lý khi bị tai nạn nghề nghiệp:

Trong khi chăm sóc, chẳng may bị vật sắc nhọn dùng cho bệnh nhân đâm hay cửa phải, ngay lập tức phải nặn hết máu chỗ tổn thương, sau đó ngâm chỗ tổn thương ngay vào nước sát trùng trong 20 phút hoặc rửa sạch bằng xà phòng dưới vòi nước chảy. Ghi nhận thời điểm và dụng cụ gây tai nạn, rồi báo ngay cho cán bộ y tế có thẩm quyền biết để xử lý đúng theo hướng dẫn của Bộ y tế.

2. NỘI DUNG THEO DÕI, CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM HIV /AIDS

2.1. Quản lý lâm sàng

Lập sổ quản lý sức khỏe, có thể là sổ y bạ hoặc bệnh án. Cần ghi rõ thời điểm thăm khám đầu tiên, ngày được xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV, tình trạng bệnh nhân như cân nặng, nhiệt độ và các triệu chứng lâm sàng khác để làm mốc cho những lần thăm khám theo dõi về sau. Người chăm sóc phải quản lý hồ sơ này và có trách nhiệm giữ bí mật cho bệnh nhân.

2.2. Tư vấn cho người nhiễm HIV/AIDS

Hầu như người nhiễm HIV không có biểu hiện lâm sàng gì cho nên việc chăm sóc ở giai đoạn này chủ yếu là tư vấn cho họ về những vấn đề sau.

2.2.1. Diễn biến nhiễm HIV trong cơ thể

- Nhiễm HIV không có nghĩa là AIDS, mà là một khoảng thời gian dài trong nhiều năm không có triệu chứng. Trong thời gian đó người nhiễm vẫn khoẻ mạnh và làm việc bình thường để sinh sống. Người đó chỉ cần hỗ trợ khi diễn biến thành AIDS.
- Một khi HIV nhiễm vào cơ thể sẽ có 3 xu hướng phát triển:
 - + Hoặc người đó mang HIV kéo dài trong 10 năm hoặc lâu hơn mà vẫn khoẻ mạnh bình thường nếu người đó thay đổi hành vi, thực hiện chế độ dinh dưỡng và rèn luyện thân thể tốt.
 - + Hoặc sẽ phát triển thành AIDS trong vòng 5-7 năm nếu để cho HIV diễn biến tự nhiên trong cơ thể.
 - + Hoặc sẽ diễn biến nhanh thành AIDS trong vòng vài năm nếu tiếp tục có các hành vi nguy cơ vì khi tiếp tục các hành vi như dùng chung bơm tiêm, tiếp tục quan hệ tình dục với nhiều người, người đó một mặt lây truyền HIV cho người khác, mặt khác họ sẽ bị nhiễm thêm HIV từ người khác hoặc bị các nhiễm trùng bội nhiễm kích hoạt cho HIV sản sinh nhanh trong cơ thể làm tiêu hủy nhanh hệ thống miễn dịch và người đó tự rút ngắn cuộc đời lại.
- Khi đã diễn biến thành AIDS, tùy điều kiện thuốc men và chăm sóc, bệnh nhân vẫn có thể sống thêm được 1-5 năm.
- Các thuốc điều trị hiện nay chỉ nhằm chữa các nhiễm trùng cơ hội và làm chậm lại quá trình phát triển của virus.

2.2.2. Rèn luyện để sống khoẻ mạnh và phòng lây HIV trong gia đình

Một người bị nhiễm HIV có thể làm lây HIV cho người thân qua dùng chung bàn chải đánh răng, dao cạo râu, quan hệ tình dục và tiêm chích không an toàn.

Vì vậy trong suốt quá trình bị bệnh, bệnh nhân nên tuân thủ các nguyên tắc sau:

- Ăn càng nhiều càng tốt.
- Luyện tập thể dục, thể thao để tránh buồn phiền và lo lắng.
- Nghỉ ngơi khi mệt mỏi và đảm bảo ngủ đủ thời gian.
- Vẫn tiếp tục làm việc nếu đủ khả năng.

- Luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.
- Gặp gỡ thường xuyên với gia đình và bạn bè.
- Không cho người khác nhận máu và mô.
- Không sử dụng bơm tiêm với người khác, dùng bơm kim tiêm sạch. Dùng riêng bàn chải đánh răng, dao cạo râu...
- Hãy chú ý đến sức khỏe, nghe theo lời khuyên của thầy thuốc để dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội.
- Thực hiện các biện pháp vệ sinh cá nhân: đánh răng hàng ngày, tắm rửa, thay quần áo, vệ sinh kinh nguyệt (đối với phụ nữ).
- Giảm các sang chấn lo âu.
- Không uống rượu, không hút thuốc lá, thuốc lào.
- Không tự ý dùng thuốc khi không có hướng dẫn của thầy thuốc

2.2.3. Tư vấn cho người nhiễm HIV

Như mọi người đã biết, HIV có nồng độ cao trong máu và các dịch tiết sinh học nên HIV chỉ lây qua 3 đường:

- Lây qua đường máu: do truyền máu không được sàng lọc HIV, do dùng chung các dụng cụ tiêm chích qua da không vô trùng như bơm kim tiêm, kim xăm mình, dùng chung các dụng cụ trong ngoại khoa, trong nha khoa không được vô trùng hoặc do tai nạn rủi ro nghề nghiệp khi chăm sóc điều trị bệnh nhân HIV/AIDS.
- Lây qua đường tình dục: quan hệ tình dục với người nhiễm HIV mà không áp dụng các biện pháp phòng vệ. Càng quan hệ tình dục với nhiều người càng có nhiều nguy cơ bị lây nhiễm HIV.
- Mẹ mang thai bị nhiễm HIV có thể truyền bệnh cho con hoặc qua nhau thai hoặc trong quá trình đẻ hoặc qua sữa mẹ khi cho con bú.

Do vậy, để tránh lây nhiễm HIV/AIDS cần phải áp dụng các biện pháp dự phòng:

- Phòng lây nhiễm qua đường tình dục:
 - + Chung thủy một với bạn tình.
 - + Luôn dùng bao cao su khi quan hệ tình dục.
 - + Tăng cường dịch vụ khám chữa bệnh lây qua đường tình dục có hiệu quả.
- Phòng và hạn chế lây nhiễm HIV qua đường máu.
 - + Không tiêm chích ma túy.
 - + Hạn chế thuốc tiêm, khuyến khích dùng thuốc uống.

- + Nếu phải tiêm thì dùng bơm tiêm loại dùng một lần
- + Thực hiện tốt vô trùng, tiệt trùng trong y tế nhất là vô trùng các dụng cụ lấy máu, các dụng cụ phẫu thuật, các dụng cụ hồi sức như ống nội khí quản, các ống thông, ống dẫn lưu, các dụng cụ chữa răng.
- + Áp dụng các biện pháp dự phòng phổ cập trong môi trường chăm sóc.
- + Chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh có nguy cơ gây mất máu phải truyền máu như sốt rét, giun móc...
- + Chỉ truyền máu khi thật cần thiết.
- + Thực hiện truyền máu tự thân hoặc truyền máu từng phần.
- + Vận động hiến máu nhân đạo từ nhóm người có hành vi nguy cơ thấp.
- + Sàng lọc người cho máu và sàng lọc các túi máu trước khi truyền.
- Phòng lây truyền từ mẹ sang con:
 - + Thực hiện giáo dục sức khoẻ và tư vấn cho nữ thanh niên về nguy cơ và hậu quả lây nhiễm HIV, lây truyền HIV cho con.
 - + Xét nghiệm sàng lọc HIV khi kết hôn, khi quyết định có thai và khi có thai.
 - + Những người vẫn quyết định đẻ con nên có tư vấn sâu hơn từ các cơ sở y tế để có thể được điều trị dự phòng nhằm giảm tỷ lệ lây truyền sang cho con.

2.2.4. Tư vấn cho gia đình để phòng lây nhiễm HIV trong sinh hoạt hàng ngày

- Rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng sau khi thay chiếu, thay quần áo hoặc sau khi tiếp xúc với dịch tiết cơ thể của người bệnh.
- Băng kín các vết thương xuất tiết.
- Nếu người bệnh bị chảy máu, trong khi lau rửa vết máu phải đeo găng, nếu không có găng thì dùng tạm giấy nilon, sau đó rửa tay sạch bằng xà phòng.
- Đeo găng hoặc túi nilon khi mang các đồ bẩn.
- Giữ giường chiếu, quần áo luôn sạch sẽ.
- Đối với các đồ vải có dính máu và dịch tiết cơ thể phải:
 - + Ngâm hoá chất sát trùng (nước Javel, cloramin B 1%) trong 20 phút.
 - + Không giặt chung quần áo với người nhiễm HIV/AIDS.
 - + Giặt bằng xà phòng, vắt khô, gấp là như bình thường.
- Hướng dẫn các dự phòng tổng quát như trên.

2.3. Chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS

Hầu hết các bệnh nhân HIV/AIDS đều muốn được chăm sóc và điều trị tại nhà vì hợp với tâm lý người bệnh hơn, đỡ tốn kém và cũng đỡ quá tải cho bệnh viện. Khi ở tại nhà, người nhiễm HIV/AIDS cần những chăm sóc sau:

- Chăm sóc về tinh thần:
 - + Động viên người bệnh không bi quan chán nản.
 - + Thường xuyên thăm hỏi hoặc hẹn định kỳ đến khám sức khoẻ cho bệnh nhân.
 - + Khuyến khích bệnh nhân nếu thấy điều gì khó chịu thì nên đến thầy thuốc ngay để có thể phát hiện sớm các nhiễm trùng cơ hội để chữa kịp thời.
 - + Gia đình vẫn duy trì nếp sống như bình thường vì HIV không lây qua các giao tiếp thông thường.
- Đảm bảo vệ sinh dinh dưỡng:
 - + Phải đảm bảo sử dụng các thực phẩm tươi, chế biến hợp vệ sinh. Không được để cho bệnh nhân ăn các thức ăn ôi thiu.
 - + Uống nước sạch, thức ăn đã nấu chín, uống nước đã đun sôi. Các hoa quả tươi phải được rửa sạch và gọt vỏ trước khi ăn, không ăn rau sống.
 - + Các dụng cụ chế biến thức ăn như dao thớt, nồi cần phải được rửa sạch bằng xà phòng hoặc nước rửa chén trước và sau khi sử dụng.
 - + Nếu để thức ăn trong tủ lạnh cần lau rửa tủ lạnh thường xuyên để tránh nấm mốc.
 - + Bao giờ cũng phải rửa tay trước khi nấu nướng, trước khi cho người bệnh ăn hoặc uống thuốc cũng như sau khi đi vệ sinh, thay vải trải giường hoặc giúp bệnh nhân làm vệ sinh.
 - + Không khạc nhổ bừa bãi. Nên có ống nhổ hoặc xô chậu riêng cho người bệnh.
- Phát hiện và điều trị các nhiễm trùng cơ hội, theo hướng dẫn hoặc theo đơn của bác sĩ.
- Khi bệnh nhân tử vong:
 - + Cần phải áp dụng các biện pháp dự phòng khi khám liệm hoặc khi mổ xác.
 - + Quan tài của bệnh nhân cần được lót bằng nilon dày, bên dưới có các chất thấm như bông thấm nước hoặc chè khô để có thể thấm các dịch từ tử thi. Sau đó chôn cất và mai táng bình thường.

2.4. Hỗ trợ các dịch vụ xã hội

Bao gồm việc truyền thông chống phân biệt đối xử.

Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS về việc làm...

LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các phương pháp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

2. Mẹ mang thai bị nhiễm HIV có thể truyền bệnh cho con qua các phương thức sau:

- Qua nhau thai
-
-

3. Hãy đánh dấu x vào câu trả lời đúng

Những người nhiễm HIV/AIDS

- Ăn càng nhiều càng tốt
- Không quan hệ tình dục
- Nghỉ ngơi tuyệt đối, không tham gia vào các hoạt động thể dục thể thao
- Tự dùng thuốc ngay cả khi không có hướng dẫn của thầy thuốc
- HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con trong quá trình đẻ
- HIV là một bệnh cấp tính
- Điều trị hiện nay chủ yếu là dùng các thuốc diệt virus và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội

4. Người nhiễm HIV/AIDS luôn xuất hiện các nhu cầu sau:

- a. Hiểu biết về căn bệnh và biết cách tự chăm sóc mình.
- b. Cung cấp kiến thức và kỹ năng cho người chăm sóc họ ngay tại nhà.
- c. Hỗ trợ về kinh tế.
- d. Bảo vệ nhân quyền.
- e. Chăm sóc con cái của họ.

5. (A) Người mẹ mang thai bị nhiễm HIV có thể truyền bệnh cho con qua nhau thai hoặc trong quá trình đẻ. VÌ VẬY (B) Mọi bà mẹ mang thai cần kiểm tra HIV trước khi sinh.

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

ĐÁP ÁN

Bài 1. Chăm sóc bệnh nhân viêm cầu thận cấp

3 (D), (E), (F)

4.1. C

4.2. B

4.3. A

Bài 2. Chăm sóc bệnh nhân hội chứng thận hư

3. (C), (E)

4.1. C

4.2. A

Bài 3. Chăm sóc bệnh nhân viêm thận bể thận

4. C

5. B

6. E

Bài 4. Chăm sóc bệnh nhân suy thận cấp

3. C

4. D

5. B

Bài 5. Chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn

4. C

5. C

Bài 6. Chăm sóc bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ

3. C

4. A

5. E

Bài 7. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng cơ xương khớp

2. D

3. D

4. D

5. B

Bài 8. Chăm sóc bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

3. (A), (B), (C)

4.1. A 4.2. E

Bài 9. Chăm sóc bệnh nhân thoái hoá khớp

3. (A), (B), (C)

4. D

5. E

Bài 10. Chăm sóc bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

2. (A), (C), (D), (E)

3. B

Bài 11. Chăm sóc bệnh nhân bị gút

2. (A), (B), (C), (D), (E), (F)

3. B

Bài 12. Thăm khám lâm sàng bộ máy tiêu hoá

3. (A), (B), (C), (D)

4. E

5. A

6. B

Bài 13. Chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

4. (A), (C), (D)

5.1. E

5.2. A

Bài 14. Chăm sóc bệnh nhân ung thư gan giai đoạn cuối

4. C

5. (A), (B), (C), (D), (E), (F)

Bài 15. Chăm sóc bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá

2.1. A.: Sai; B: Đúng; C: Sai; D: Đúng

2.2. A.: Sai; B: Đúng; C: Sai; D: Đúng; E: Sai

3.1. A

3.2. D

Bài 16. Chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp

3.1. D

3.2. C

3.3. C

Bài 17. Chăm sóc bệnh nhân xơ gan

4. (A), (B), (C), (D), (E)

5. D

Bài 18. Chăm sóc bệnh nhân viêm đường mật cấp

4. D

Bài 19. Chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu

2. (A), (C), (D)

3. A: Đúng; B: Đúng; C: Sai; D: Đúng; E: Đúng; F: Đúng; G: Sai; H: Sai; I: Đúng; K: Đúng

4. C

5. A

Bài 20. Chăm sóc bệnh nhân ngộ độc thức ăn

4. (A), (B), (C), (D), (E), (F)

5. 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. Burker (1996), Medical-Surgical Nursing.
17. Ruth F. Craven and Constance J. Hirnle (2000), Fundamentals of Nursing.