

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

ThS. Ngô Thị Huyền (Chủ biên)



Giáo trình

ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

(Tài liệu lưu hành nội bộ)

Hà Nội - 2021

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

ThS. Ngô Thị Huyền (Chủ biên)

Giáo trình
ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM
(Tài liệu lưu hành nội bộ)

Hà Nội – 2021

MỤC LỤC

BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM	1
BÀI 2. PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM TRONG BỆNH VIỆN.....	11
BÀI 3. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ NHIỆT ĐỐI TRONG CỘNG ĐỒNG.....	16
BÀI 4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM.....	21
BÀI 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI	29
BÀI 6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU	40
BÀI 7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ.....	48
BÀI 8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÝ AMIP	56
BÀI 9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÝ TRỰC KHUẨN	63
BÀI 10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ	74
BÀI 11. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THƯƠNG HÀN	87
BÀI 12. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TAY – CHÂN - MIỆNG	98
BÀI 13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRUS B	113
BÀI 14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS	127
BÀI 15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT.....	141
BÀI 16. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SỐT RÉT	158
BÀI 17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VẤN	172
BÀI 18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI.....	186

BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

MỤC TIÊU:

- 1. Trình bày và giải thích được những khái niệm, đặc điểm chung của bệnh truyền nhiễm.*
- 2. Phân loại được bệnh truyền nhiễm theo đường lây.*
- 3. Kể ba yếu tố cần thiết để chẩn đoán bệnh truyền nhiễm và các phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm.*
- 4. Trình bày được xu thế bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới trong giai đoạn hiện nay.*
- 5. Trình bày phương pháp phòng bệnh và công tác chăm sóc người bệnh truyền nhiễm.*

NỘI DUNG:

1. Vị trí, tầm quan trọng.

Trước kia, bệnh truyền nhiễm được xếp chung vào các bệnh nội khoa, từ nửa đầu thế kỷ 19, nó được tách ra thành một chuyên khoa độc lập.

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

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

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

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

2. Sơ lược lịch sử nghiên cứu

Từ cổ xưa, thời Hypocrate, bệnh truyền nhiễm đã được người ta biết đến với tên gọi là “bệnh dịch” để nói lên tính chất nặng và phát triển rộng của bệnh, thời đó người ta cho rằng bệnh có liên quan đến những “khí độc”. Học thuyết về sự lây bệnh từ người

bệnh sang người lành được D.S.Samoilovitch đề xuất vào năm 1974. Từ nửa đầu thế kỷ 19 người ta mới chia bệnh truyền nhiễm thành một chuyên ngành riêng biệt. Tiếp sau là sự phát minh ra kính hiển vi, đã tìm ra những vi khuẩn (mầm bệnh) mà các bác học đi đầu là L.Pasteur. R. Koch... Từ khi kính hiển vi điện tử ra đời, có thể phóng đại gấp hàng chục, hàng trăm nghìn lần đã giúp cho việc tìm ra virus.

3. Một số khái niệm

3.1. Nhiễm trùng

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

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

3.2. Quá trình nhiễm trùng

Là quá trình tương tác giữa vi sinh vật gây bệnh và cơ thể con người trong những điều kiện nhất định của môi trường xung quanh (điều kiện tự nhiên, xã hội, sinh hoạt...)

3.3. Bệnh truyền nhiễm

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

3.4. Bệnh sơ nhiễm.

Là nhiễm khuẩn tiên phát, tức là khi cơ thể nhiễm khuẩn lần đầu.

Ví dụ: Sốt rét tiên phát.

3.5. Bệnh tái nhiễm

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

Ví dụ: Bệnh cúm....

3.6. Bệnh tái phát

Là khi bệnh đã ngừng phát triển một thời gian, nhưng bệnh cũ chưa bị tiêu diệt hẳn lại hoạt động trở lại.

Ví dụ: Sốt rét tái phát, thương hàn tái phát...

3.7. Bội nhiễm

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

thứ phát.

3.8. Nhiễm trùng hỗn hợp

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

4. Những đặc điểm của bệnh truyền nhiễm

4.1. Tính đặc hiệu

- Bệnh truyền nhiễm là bệnh do vi sinh gây ra, gọi là mầm bệnh. Mỗi bệnh truyền nhiễm do một loại mầm bệnh gây nên.
- Mầm bệnh được xác định bằng xét nghiệm trực tiếp: cấy bệnh phẩm (máu, phân, đờm, nước tiểu ...) hay tiêm truyền các bệnh phẩm có mầm bệnh cho súc vật thí nghiệm hoặc gián tiếp bằng cách phát hiện các kháng thể đặc hiệu xuất hiện trong cơ thể như các phương pháp chẩn đoán huyết thanh hoặc tìm dị ứng bằng chứng nghiệm trên da.
- Vì vậy mà lâm sàng bệnh truyền nhiễm bao giờ cũng phải gắn liền với vi khuẩn học và ký sinh trùng học.

4.2. Tính lây truyền

- Bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền từ người bệnh hoặc người mang mầm bệnh sang người lành bằng nhiều đường khác nhau, gọi là quá trình sinh dịch.
- Quá trình sinh dịch gồm 3 yếu tố:
 - + Nguồn lây: Người, động vật bị bệnh hoặc mang mầm bệnh.
 - + Đường lây: Các điều kiện ngoại cảnh đảm bảo cho mầm bệnh tồn tại và lan truyền từ nguồn lây đến người tiếp xúc.
 - + Cơ thể cảm thụ: Là cơ thể tiếp nhận mầm bệnh và phát bệnh. Sau khi mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể, các cơ thể sẽ có đáp ứng khác nhau và kết quả là có nhiều hình thái lâm sàng và biểu hiện bệnh khác nhau, phụ thuộc và nhiều yếu tố:
 - + Khả năng miễn dịch.
 - + Tuổi, giới.
 - + Nghề nghiệp.
 - + Địa phương, tập quán sinh hoạt.
 - + Điều kiện kinh tế, xã hội...
- Nếu ở trong một tập thể hoặc một địa phương có số lớn người không có miễn dịch đối

với mầm bệnh đó, thì dịch sẽ xảy ra. Đó là đặc tính nguy hiểm nhất và quan trọng nhất về mặt xã hội của các bệnh truyền nhiễm.

4.3. Tính chu kỳ

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

4.3.1. Thời kỳ nung bệnh

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

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

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

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

4.3.2. Thời kỳ khởi phát.

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

- Bệnh truyền nhiễm thường khởi phát theo 2 kiểu: từ từ và đột ngột. Hầu hết các bệnh truyền nhiễm đều có sốt và một trong những triệu chứng khởi phát xuất hiện đầu tiên nhất cũng là sốt.

4.3.3. Thời kỳ toàn phát

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

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

4.3.4. Thời kỳ lui bệnh

- Do sức chống đỡ của cơ thể người bệnh tốt, mặt khác do tác động của điều trị, mầm

bệnh và các độc tố của chúng dần dần được loại trừ ra khỏi cơ thể. Người bệnh sẽ cảm thấy đỡ dần.

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

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

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

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

4.4. Tính sinh miễn dịch đặc hiệu.

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

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

Ví dụ: Bệnh sởi, quai bị, bệnh đậu mùa... tạo miễn dịch mạnh và vững.

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

5. Phân loại bệnh truyền nhiễm.

Có nhiều cách phân loại bệnh truyền nhiễm tùy theo những quan niệm, mục đích khác nhau. Trong lâm sàng, người ta hay áp dụng cách phân loại bệnh theo đường lây để tiện cách ly, quản lý và đồng thời cũng tiện cho chăm sóc điều trị.

5.1. Bệnh lây truyền theo đường tiêu hoá

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

- Yếu tố trung gian truyền bệnh là ruồi, bát đĩa, tay bẩn....

- Thường phát sinh và thành dịch vào mùa hè.

- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:

+ Vệ sinh ăn uống.

+ Quản lý phân, nước, rác và diệt ruồi.

+ Tiêm chủng đặc hiệu.

5.2. Bệnh lây truyền theo đường hô hấp

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

5.3. Bệnh lây truyền theo đường máu: Có nhiều phương thức lây truyền:

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

- Côn trùng chân đốt thường hoạt động theo mùa trong những điều kiện nhất định của ngoại cảnh. Vì vậy, bệnh truyền nhiễm dạng này cũng phát triển theo mùa và chỉ tồn tại trong những ổ thiên nhiên nhất định: Sốt rét, viêm não Nhật Bản B.
- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:
 - + Điều trị sớm cho người bệnh.
 - + Diệt côn trùng trung gian truyền bệnh.
 - + Vệ sinh môi trường, chống muỗi đốt.

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

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

- Biện pháp phòng chống cơ bản:
 - + Thực hiện an toàn trong truyền máu và các sản phẩm của máu.
 - + Vô trùng các dụng cụ y tế...

5.4. Bệnh lây truyền theo đường da và niêm mạc

- Ví dụ: bệnh uốn ván, bệnh dại, bệnh do *Leptospira*... lây qua da và niêm mạc bị tổn thương.
- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản :
 - + Cách ly bệnh nhân, điều trị sớm.
 - + Cắt đứt đường lây.
 - + Tiêm chủng phòng bệnh.

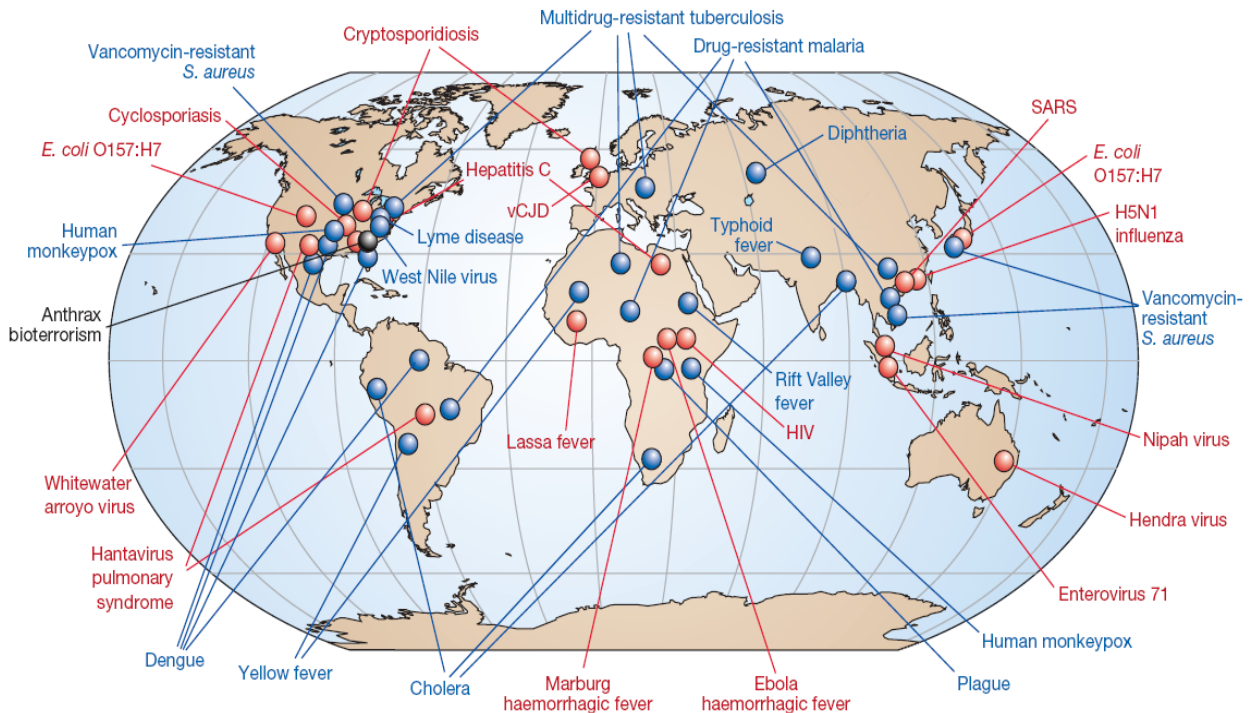
Tóm lại: trên đây là 4 đường lây chính nhưng có bệnh không chỉ lây theo một đường mà có thể lây bằng nhiều đường khác nhau, như viêm gan virus B, nhiễm HIV/AIDS...

6. Xu thế bệnh truyền nhiễm

Tổ chức y tế thế giới đã thay đổi phương châm từ xu thế thanh toán sang kiểm soát.

Có thể chia các bệnh truyền nhiễm thành 3 nhóm bệnh quan trọng:

- Nhóm các bệnh vẫn tồn tại và lưu hành trong tự nhiên, gồm:
 - + Các mầm bệnh gây dịch hàng năm: Sốt xuất huyết, cúm, virus gây viêm não ...
 - + Các mầm bệnh tồn tại dai dẳng ngoài môi trường: *Campylobacter jejuni* và *Escherichia coli*, tả ...
 - + Các mầm bệnh mãn tính: Virus viêm gan B, C, HPV, EBV, HSV-8.
 - + Nhiễm trùng cơ hội trên các cơ địa bị suy giảm miễn dịch: đái tháo đường, nghiện rượu, xơ gan, bệnh tự miễn, hoá trị liệu ung thư...
 - + Các mầm bệnh đặc biệt: bệnh than, đậu mùa, dịch hạch, độc tố botulinum.
 - Các bệnh mới nổi: HIV/AIDS, SARS, cúm gia cầm, *Ebola*...bao gồm cả những bệnh lây truyền từ động vật qua vector.
 - Các bệnh tái nổi: từ những năm cuối của thế kỷ 20, một số bệnh có xu hướng xuất hiện trở lại, trong đó nổi bật là:
 - + Các bệnh có đường lây truyền qua trung gian truyền bệnh và một số bệnh ở động vật như sốt xuất huyết do *Arenavirus*, bệnh Lyme, hội chứng phổi do *Hantavirus*, liên cầu lợn.
 - + Các mầm bệnh cũ gây bệnh cảnh lâm sàng phức tạp và đa dạng hơn như: *Streptococcus pyogenes*, sốt thấp, *Haemophilus influenzae* gây tử ban...
 - + Mầm bệnh kháng thuốc điều trị, như: sốt rét, lao và các vi khuẩn khác.
- * Tình trạng gia tăng các bệnh nhiễm khuẩn có liên quan với bốn hiện tượng:
- Quần thể dân cư ngày càng già.
 - Số người bệnh suy giảm miễn dịch ngày càng tăng.
 - Tăng tính di biến động của quần thể.
 - Nhiễm khuẩn mới xuất hiện.



Hình 1. Tình hình bệnh truyền nhiễm mới xuất hiện – tái xuất hiện trên toàn cầu

7. Căn cứ chẩn đoán và phương hướng điều trị

7.1. Căn cứ chẩn đoán: Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm thường dựa vào những căn cứ sau:

7.1.1. Dịch tễ:

- Khai thác những người cùng sống, đã có ai mắc bệnh tương tự chưa, nhất là việc tiếp xúc với những bệnh nhân có căn bệnh đã được chẩn đoán.
- Động vật nơi sống có gì đặc biệt (vì có bệnh lây từ súc vật sang người như bệnh than, bệnh dịch hạch, cúm gia cầm...).
- Khu vực người bệnh sống hoặc đến công tác có dịch lưu hành gì (sốt rét, dịch hạch ...), mùa phát bệnh.
- Yếu tố dịch tễ chỉ là yếu tố tham khảo, gợi ý hướng chẩn đoán.

7.1.2. Lâm sàng :

- Dựa vào những triệu chứng lâm sàng nổi bật và đặc trưng cho từng bệnh.
- Đây là căn cứ có ý nghĩa khoa học và trong thực tế lâm sàng đôi khi là quyết định.

7.1.3. Xét nghiệm:

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

- Xét nghiệm đặc hiệu: Là yếu tố quyết định chẩn đoán, có thể xác định được mầm bệnh (cấy máu, cấy đờm, cấy phân...) hoặc các dấu ấn của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể...)

7.2. Phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm.

7.2.1. Điều trị đặc hiệu

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

7.2.2. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

- Tác động trên quá trình sinh bệnh nhằm ngăn cản hoặc điều chỉnh những rối loạn bệnh lý.
- Hiện nay, điều trị theo cơ chế bệnh sinh là biện pháp duy nhất giúp người bệnh qua khỏi các bệnh do virus, vì hiện tại chưa có thuốc có tác dụng thực sự diệt virus.

7.2.3- Điều trị triệu chứng

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

8. Phòng bệnh truyền nhiễm.

8.1. Nguyên tắc phòng và chống bệnh truyền nhiễm:

- Phòng bệnh là chính: thông tin, giáo dục, truyền thông, giám sát là chủ yếu, kết hợp chuyên môn kỹ thuật y tế với biện pháp xã hội. hành chính trong phòng chống.
- Thực hiện phối hợp liên ngành và huy động xã hội lồng ghép phòng chống vào chương trình phát triển kinh tế, xã hội.
- Công khai chính xác, kịp thời thông tin dịch.
- Chủ động, tích cực, kịp thời, triệt để trong hoạt động phòng chống.

8.2. Các vấn đề cần làm:

- Thông tin, giáo dục, truyền thông.
- Vệ sinh phòng bệnh
- Công tác giám sát
- An toàn sinh học trong xét nghiệm
- Sử dụng vacxin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh
- Phòng lây nhiễm tại cơ sở khám chữa bệnh.

- Trách nhiệm của cơ sở khám chữa bệnh
- Trách nhiệm của người bệnh, người nhà.
- Kiểm dịch y tế biên giới.

8.3. Các biện pháp chống dịch:

- Thành lập ban chỉ đạo phòng chống dịch.
- Khai báo, báo cáo dịch.
- Tổ chức cấp cứu, khám chữa bệnh.
- Tổ chức cách ly y tế
- Vệ sinh, tiệt trùng tẩy uế vùng có dịch.
- Biện pháp vệ sinh cá nhân.
- Biện pháp khác: tạm đình chỉ các dịch vụ, hạn chế tập trung đông người.
- Kiểm soát ra vào vùng dịch.
- Huy động, trưng dụng các nguồn lực.
- Hợp tác quốc tế.

9. Chăm sóc bệnh truyền nhiễm

- Tổng quát:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
 - + Theo dõi các biến chứng và sẵn sàng hồi sức cấp cứu khi bệnh diễn biến nặng.
 - + Vệ sinh cá nhân, chú ý mắt, răng, miệng, tai, da.
 - + Dinh dưỡng đầy đủ
 - + Thực hiện đầy đủ y lệnh thuốc.
 - + Tẩy uế các chất tiết và đồ dùng cá nhân của bệnh nhân, ...
- Tinh thần:
 - + Động viên, trấn an bệnh nhân.
 - + Giải đáp thắc mắc với thái độ hòa nhã, vui vẻ,...
- Giáo dục:
 - + Tuyên truyền những kiến thức về phòng chống bệnh truyền nhiễm, đề phòng tái phát, tái nhiễm.
 - + Tiêm phòng khi có dịch và sau khi xuất viện
 - + Khi tiếp xúc với bệnh có nguy cơ lây nhiễm cao, hoặc đi vào vùng dịch tễ phải uống hoặc trích thuốc phòng ngừa.

BÀI 2. PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM TRONG BỆNH VIỆN.

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các phương thức lây truyền mầm bệnh trong bệnh viện.*
- 2. Trình bày và giải thích được các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.*

1. CÁC PHƯƠNG THỨC LÂY TRUYỀN MẦM BỆNH TRONG BỆNH VIỆN.

Trong môi trường bệnh viện, đặc biệt là trong môi trường chăm sóc điều trị bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới, nguy cơ lây nhiễm bệnh cao. Các nghiên cứu về nguy cơ nhiễm khuẩn trong bệnh viện cho thấy ngoài hiệu quả điều trị người bệnh và nhân viên y tế đều có nguy cơ lây nhiễm các mầm bệnh. Đó là sự lây nhiễm chéo các mầm bệnh khác nhau giữa người bệnh với người bệnh, giữa người bệnh đối với nhân viên y tế và giữa nhân viên y tế đối với người bệnh.

Có thể chia các phương thức lây truyền thành 3 phương thức chính:

- Lây nhiễm qua tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp
- Lây nhiễm qua giọt bắn.
- Lây nhiễm qua không khí.

Ngoài ra còn một số phương thức khác ít phổ biến hơn.

1.1. Lây nhiễm qua tiếp xúc.

Đây là phương thức lây nhiễm mầm bệnh gặp nhiều nhất trong bệnh viện, chiếm trên 90% các trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện. Phương thức lây nhiễm này bao gồm có hai loại:

- Tiếp xúc trực tiếp: xảy ra khi mầm bệnh được truyền từ người bị nhiễm bệnh sang người khác không qua khâu trung gian. Ví dụ: tiếp xúc trực tiếp giữa da bị nhiễm khuẩn của người bệnh đó với vùng da bị trầy xước của nhân viên y tế.
- Tiếp xúc gián tiếp: xảy ra khi mầm bệnh lây lan thông qua một trung gian bị ô nhiễm. Ví dụ: lây nhiễm cho người bệnh thông qua bàn tay của nhân viên y tế đã bị nhiễm khuẩn hoặc qua dụng cụ y tế đã bị ô nhiễm hoặc qua quần áo công tác của nhân viên y tế, hoặc qua đồ dùng trong sinh hoạt của người bệnh.

1.2. Lây nhiễm qua giọt bắn.

Sự lây nhiễm qua giọt bắn chiếm 9% trong các phương thức lây nhiễm mầm bệnh trong bệnh viện. Giọt bắn được tạo ra khi người mang mầm bệnh ho, hắt hơi, nói hoặc

khi tiến hành các thủ thuật như hút hoặc đặt nội khí quản. Giọt bắn được xác định có kích thước > 5 micromet.

Các mầm bệnh theo giọt bắn và gây lây nhiễm sẽ trực tiếp từ người bệnh đến niêm mạc người nhận, thường có một khoảng cách ngắn.

Tuy nhiên các mầm bệnh lây nhiễm qua giọt bắn cũng có thể lây nhiễm được qua các đường tiếp xúc trực tiếp và gián tiếp nhưng rất ít trường hợp phân tán được vào không khí do khoảng cách ngắn.

1.3. Lây nhiễm qua không khí.

Sự lây nhiễm qua phương thức không khí chiếm khoảng 1% các tình huống gây nhiễm khuẩn bệnh viện. trong phương thức này các mầm bệnh phát tán với một khoảng cách xa theo các luồng gió hoặc khi tiếp xúc đối diện hoặc khi ở trong cùng một phòng với người bệnh. Các mầm bệnh xâm nhập vào đường hô hấp của các đối tượng cảm thụ thông qua động tác hô hấp, kích thước < 5 micromet.

Phương thức này xảy ra khi sự phát tán của các mầm bệnh còn tính lây nhiễm theo thời gian và khoảng cách.

1.4. Lây nhiễm từ các nguồn khác.

Ngoài phương thức lây nhiễm trên, sự lây nhiễm trong bệnh viện cũng có thể có nguồn gốc từ môi trường không phải từ người bệnh như:

- Thức ăn bị ô nhiễm
- Nước ô nhiễm
- Sự lây truyền bệnh qua các vector như muỗi, ruồi, chuột và sâu bọ khác.

Các phương thức lây nhiễm này cần được quản lý thông qua các biện pháp vệ sinh cơ bản.

2. CÁC BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN.

Mục đích của kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện là làm giảm nguy cơ lây nhiễm các mầm bệnh cho người bệnh và nhân viên y tế.

2.1. Phòng ngừa chuẩn.

Phòng ngừa chuẩn là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh.

Phòng ngừa chuẩn nhằm mục đích là phòng ngừa khả năng lây nhiễm từ các loại dịch cơ thể có nguy cơ lây nhiễm bệnh, bao gồm:

a. Vệ sinh tay: cần rửa theo các bước và các thời điểm bằng xà phòng và nước mà Bộ Y tế đã khuyến cáo. Trong những tình huống hoặc bằng dung dịch cồn, dung dịch sát khuẩn nhanh rửa tay y tế.

b. Sử dụng trang phục phòng hộ (găng, khẩu trang, áo và kính bảo hộ).

- Khẩu trang: cần lưu ý khẩu trang y tế được sử dụng trong công việc hàng ngày và khẩu trang N95 được sử dụng trong phòng chống nhiễm khuẩn qua đường không khí.

- Găng tay: sử dụng khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể, dịch tiết, đồ vật nhiễm khuẩn nhưng không thay thế cho vệ sinh tay. Có 3 loại:

+ Găng tay vô trùng dùng trong thủ thuật.

+ Găng sạch được sử dụng một lần trong công việc chăm sóc hàng ngày.

- Áo choàng: sử dụng trong thực hiện thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm với máu, dịch cơ thể, chất tiết, chất thải của người bệnh.

- Kính bảo hộ, ủng bảo hộ: nhằm hạn chế sự bắn/phun của máu, dịch, chất tiết, chất thải.

c. Tiêm an toàn: sử dụng bơm tiêm vô trùng dùng 1 lần mỗi lần tiêm và tránh sai sót kỹ thuật vô khuẩn trong thực hành.

d. Vệ sinh hô hấp: nhằm hạn chế sự phát tán trong các khu vực có bệnh nhân truyền nhiễm. cần giáo dục nhân viên, bệnh nhân, khách thăm về sự cần thiết đeo khẩu trang, che miệng/mũi bằng khăn khi ho để ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh lây nhiễm theo đường hô hấp. cần có những hướng dẫn cụ thể và đảm bảo khoảng cách an toàn.

e. Xử lý dụng cụ y tế: trong đó đặc biệt chú ý:

- Xử lý chất thải rắn sắc nhọn: cần phân loại ngay sau khi sử dụng và xử lý an toàn theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Xử lý đúng quy trình vô trùng các dụng cụ tái sử dụng.

f. Xử lý đồ vải nhiễm khuẩn: đồ vải nhiễm bẩn là một nguồn nhiễm trùng tiềm tàng. Cần thu gom và xử lý đồ vải nhằm giảm thiểu sự lan truyền vi khuẩn ra môi trường. trong công tác thu gom, không để lẫn đồ vải sạch với đồ vải bẩn và ngâm nước Javel 20 phút trước khi chuyển đi giặt.

g. Vệ sinh an toàn nơi làm việc: bằng các biện pháp vệ sinh và sử dụng dịch khử khuẩn. Ngoài ra còn một số biện pháp khác như tiêu hủy và xử lý các chất thải y tế,...đặc biệt lưu ý cách quản lý và xử lý bệnh phẩm.

2.2. Phòng ngừa mở rộng.

Ngoài các biện pháp phòng ngừa chuẩn được áp dụng thường xuyên, cần chú ý thêm các biện pháp sau trong phòng ngừa mở rộng:

2.2.1. Cách ly lây nhiễm qua tiếp xúc.

- Sử dụng trang phục phòng hộ phù hợp như găng tay và áo choàng
- Cách ly người bệnh bằng các buồng bệnh riêng. Đối với những bệnh nhân được xếp chung buồng bệnh, chỉ xếp người bệnh có cùng mầm bệnh, kê giường có khoảng cách tối thiểu 1m và có rào chắn để xác định bệnh nhân được cách ly như rèm, tín hiệu ngăn cách, chỉ dẫn trên sàn.
- Hạn chế chuyển người bệnh, nếu cần chuyển phải đảm bảo khoảng cách, người chuyển phải thay trang phục phòng hộ và rửa tay trước khi chuyển.
- Đối với người thân của bệnh nhân: chưa có khuyến cáo, nói chung không cần mang áo choàng và găng tay, trừ khi tham gia chăm sóc người bệnh.

2.2.2. Cách ly giọt bắn.

- Sử dụng trang phục phòng hộ phù hợp. cần đeo khẩu trang khi vào buồng bệnh.
- Cách ly người bệnh bằng các buồng bệnh riêng. Đối với những bệnh nhân được xếp chung buồng bệnh chỉ xếp người bệnh có cùng mầm bệnh, kê giường có khoảng cách tối thiểu 1m và có rào chắn để xác định bệnh nhân được cách ly, tín hiệu ngăn cách chỉ dẫn trên sàn. Giữa các đường có rèm che, nếu không có rèm khoảng cách giữa các giường bệnh là 2-3m, đảo đầu giữa các giường.
- Hạn chế chuyển người bệnh. Nếu cần chuyển yêu cầu người bệnh giữ vệ sinh hô hấp (dùng khẩu trang che khi ho, hắt hơi).

2.2.3. Cách ly đường không khí.

- Sử dụng trang phục phòng hộ phù hợp, dùng khẩu trang N95 khi vào buồng bệnh.
- Cách ly người bệnh bằng các buồng bệnh riêng. Lý tưởng nhất là người bệnh nằm phòng áp lực âm. Nếu không có phòng áp lực âm cần thu xếp phòng riêng có quạt hút khí ra ngoài, cửa phòng luôn đóng, khí thải ra phải qua hệ thống đèn cực tím. Nếu không có phòng riêng, kê giường có khoảng cách càng xa càng tốt, trong phòng có quạt thông gió, có rào chắn cơ học quanh người bệnh.
- Hạn chế chuyển người bệnh, nếu di chuyển phải đeo khẩu trang (không cần N95) và tránh chuyển qua chỗ đông người.

Ngoài ra cần tư vấn đầy đủ về các biện pháp phòng, chống bệnh truyền nhiễm cho người bệnh và người nhà người bệnh.

BÀI 3. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ NHIỆT ĐỚI TRONG CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các biện pháp vệ sinh phòng bệnh trong cộng đồng.
2. Trình bày được biện pháp dự phòng chủ động và các biện pháp cần áp dụng trong phòng chống dịch.

1. CÁC BIỆN PHÁP VỆ SINH PHÒNG BỆNH.

Các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới có khả năng lây lan giữa các cá thể và thường có xu hướng diễn biến thành dịch trong cộng đồng. Tuy nhiên, có thể dự phòng hiệu quả bằng những biện pháp vệ sinh cơ bản như vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường,...

1.1. Vệ sinh cá nhân

Cần áp dụng đồng thời các biện pháp vệ sinh cá nhân giúp ngăn ngừa các mầm bệnh lây nhiễm qua đường tiếp xúc và qua đường tiêu hóa, bao gồm các biện pháp:

- Rửa tay thường xuyên, thực hiện vệ sinh trong ăn uống: ăn thức ăn nấu chín, uống nước đã qua xử lý, đun sôi sẽ góp phần hạn chế các bệnh lây qua đường tiêu hóa.
- Vệ sinh hô hấp: giữ đủ ẩm, nơi làm việc cần đảm bảo thoáng khí, che mũi miệng khi ho và hắt hơi để không phát tán giọt bắn ra môi trường và bỏ giấy lau mũi, miệng vào thùng rác có nắp đậy. khi có dịch, cần hạn chế tiếp xúc, không tập trung nơi đông người, đeo khẩu trang để hạn chế các bệnh lây qua đường hô hấp.
- Ngủ màn để phòng tránh các bệnh lây nhiễm do côn trùng đốt.
- Vệ sinh trong sinh hoạt như vệ sinh cơ thể, sinh hoạt điều độ để phòng các mầm bệnh lây qua dịch cơ thể như viêm gan B, C,...

Ngoài ra cần lưu ý đến vệ sinh cá nhân khác như: không dùng chung đồ trong sinh hoạt hàng ngày, cần ăn đủ chất để giữ cho cơ thể khỏe mạnh, bảo vệ bản thân và phòng bệnh.

1.2. Vệ sinh an toàn thực phẩm

- Ngoài việc thực hiện ăn uống, cần bảo quản và chế biến thức ăn hợp vệ sinh. Các biện pháp này giúp ngăn ngừa các bệnh lây qua đường tiêu hóa như tả, lỵ,...
- Cần nắm bắt thông tin và có trách nhiệm thực hiện đầy đủ các hướng dẫn về vệ sinh an toàn thực phẩm, khai báo ngộ độc và bệnh lây truyền qua thực phẩm.

- Các tổ chức, cá nhân tham gia trồng trọt, chăn nuôi, đánh bắt, chế biến, vận chuyển, buôn bán thực phẩm có trách nhiệm bảo đảm thực phẩm không bị nhiễm các mầm bệnh và thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật về vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm hướng dẫn các tổ chức, cá nhân thực hiện các biện pháp bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm để phòng, chống bệnh tật.

1.3. Vệ sinh môi trường, nơi sinh sống

- Nhà ở cần xây dựng nơi cao ráo, sạch sẽ, thông thoáng, đủ ánh sáng, xa nơi ô nhiễm, đủ nước sinh hoạt, công trình vệ sinh.

- Thu gom rác và xử lý rác thải, chất thải của người và động vật hợp vệ sinh.

- Kiểm soát côn trùng: nuôi cá hoặc mesocyclop để diệt bọ gậy, phun hóa chất diệt côn trùng, không để nước đọng và giảm các dụng cụ chứa nước để hạn chế nơi sinh sản của muỗi...

Các biện pháp này giúp ngăn ngừa sự lây truyền của các mầm bệnh lây qua đường tiêu hóa, giảm các mầm bệnh lây qua côn trùng tiết túc như sốt xuất huyết dengue, sốt rét,...

1.4. Vệ sinh nguồn nước sinh hoạt và trong cung cấp nước sạch

- Nguồn nước sinh hoạt phải bảo đảm các tiêu chuẩn kỹ thuật theo quy định. Các cơ quan, tổ chức, cá nhân đều có trách nhiệm bảo vệ, giữ gìn vệ sinh, không để ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt.

- Cơ sở cung cấp nước sạch có trách nhiệm áp dụng các biện pháp kỹ thuật, giữ gìn vệ sinh môi trường, bảo đảm chất lượng nước sạch.

- Cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm tổ chức thực hiện bảo vệ, giữ gìn vệ sinh nguồn nước sinh hoạt và thường xuyên kiểm tra chất lượng nước sạch.

1.5. Vệ sinh trong chăn nuôi, vận chuyển, giết mổ, tiêu hủy gia súc, gia cầm

- Việc chăn nuôi, vận chuyển, giết mổ, tiêu hủy gia súc, gia cầm phải bảo đảm vệ sinh, không gây ô nhiễm môi trường hoặc làm phát tán mầm bệnh.

- Cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm hướng dẫn các cơ sở, cá nhân thực hiện đầy đủ các biện pháp này.

1.6. Vệ sinh trong việc quàn, ướp, mai táng, di chuyển thi thể, hài cốt

- Người tử vong phải được tổ chức mai táng chậm nhất 48 giờ sau khi chết, trừ trường hợp được yêu cầu bảo quản;

- Người mắc bệnh, hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm máu A tử vong phải được diệt khuẩn và tổ chức mai táng trong thời hạn 24 giờ.

1.7. Các hoạt động khác

- Bao gồm nhiều hoạt động trong đời sống xã hội như vệ sinh trong xây dựng, nơi công cộng, nơi sản xuất, kinh doanh, phương tiện giao thông, xử lý chất thải công nghiệp, sinh hoạt và các biện pháp bảo đảm khác về vệ sinh theo quy định để không làm phát sinh, lây lan mầm bệnh.

- Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm, các cơ sở có nguy cơ làm phát tán mầm bệnh phải có khoảng cách an toàn về môi trường đối với khu dân cư, khu bảo tồn thiên nhiên theo quy định.

2. CÔNG TÁC QUẢN LÝ BỆNH TRUYỀN NHIỄM MẠN TÍNH VÀ TUYÊN TRUYỀN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Người mắc các mầm bệnh mạn tính như virus viêm gan B, C, HIV, lao và các bệnh truyền nhiễm, nhiệt đới mạn tính khác cần phải khai báo và được theo dõi, điều trị phù hợp để giảm thiểu lây lan cho cộng đồng, tránh những hậu quả nặng nề.

- Để thực hiện tốt các biện pháp phòng bệnh trong cộng đồng, khâu tuyên truyền và giáo dục sức khỏe đóng vai trò quan trọng. việc thực hiện công tác tuyên truyền và giáo dục sức khỏe giúp mọi cá nhân trong cộng đồng thực hiện tốt các biện pháp phòng bệnh.

3. DỰ PHÒNG CHỦ ĐỘNG BẰNG TIÊM PHÒNG VACXIN

Tiêm phòng vacxin là biện pháp chủ động tạo miễn dịch cho cộng đồng. đây là biện pháp đơn giản, nhưng hiệu quả nhất trong phòng bệnh, đặc biệt là cho trẻ em khi cơ thể chưa có đủ khả năng miễn dịch chống đỡ bệnh tật. theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới, việc tiêm phòng sẽ có hiệu quả cao nếu như trên 80% số người trong cộng đồng được tiêm chủng gây miễn dịch.

Tuy nhiên việc tiêm chủng phòng bệnh cần đáp ứng đúng các yêu cầu như các cá thể được tiêm phòng đang khỏe mạnh sinh hoạt bình thường, lịch tiêm phải được thực hiện theo đúng yêu cầu, chỉ định của từng loại vacxin. Ví dụ: tiêm phòng viêm gan B được thực hiện từ ngay 48 giờ sau khi sinh, tiêm phòng vacxin sởi tốt nhất khi trẻ được 12 tháng tuổi, tuy nhiên trong vùng dịch cần gây miễn dịch sớm hơn – khi trẻ được 9 tháng tuổi và tiêm đủ liều để bảo đảm khả năng bảo vệ. Cho đến nay, loài người mới có

trên 20 loại vacxin khác nhau dùng trong phòng bệnh, vì vậy ngoài biện pháp tiêm chủng thì các công tác vệ sinh phòng bệnh là rất quan trọng.

Ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay đã triển khai chương trình tiêm chủng mở rộng phòng các bệnh truyền nhiễm phổ biến như lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, bại liệt, viêm gan B và viêm não Nhật Bản. Ngoài ra, tiêm phòng uốn ván cũng được thực hiện cho phụ nữ mang thai và một số vacxin khác được thực hiện theo yêu cầu. Nhờ tiêm phòng, một số bệnh đã được loại trừ và thanh toán như đậu mùa, bại liệt và nhiều bệnh truyền nhiễm ở trẻ em đã giảm hẳn về số lượng mắc và tử vong như bạch hầu, ho gà, uốn ván,...

4. CÁC BIỆN PHÁP CẢN ÁP DỤNG TRONG CHỐNG DỊCH

4.1. Các biện pháp phòng bệnh trong cộng đồng

Ngoài các biện pháp vệ sinh phòng dịch trên, khi dịch bệnh truyền nhiễm xảy ra cần triển khai:

- Tuyên truyền cho cộng đồng về bệnh dịch, tình hình lây lan của bệnh, các biện pháp kiểm soát và khuyến khích các cá nhân trong cộng đồng cùng tham gia chống dịch.
- Thực hiện tốt công tác giám sát và báo cáo tình hình dịch bệnh tại địa phương kịp thời theo quy định.
- Tù loại mầm bệnh gây dịch cần đề xuất các giải pháp phòng dịch phù hợp như xử lý môi trường, bảo vệ nguồn nước sạch, diệt côn trùng và các biện pháp khác.
- Phát hiện sớm người bị bệnh, điều trị kịp thời để cứu sống người bệnh, cách ly và giảm thiểu sự phát tán tác nhân gây bệnh.
- Tiêm phòng vacxin và dự phòng bằng kháng sinh khi có chỉ định.

4.2. Các biện pháp cách ly.

- Đối với các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới, do nguy cơ lây lan của bệnh, cần được thực hiện các biện pháp cách ly tốt đối với người bệnh và người có nguy cơ. Tùy theo mức độ nguy hiểm, khả năng lây truyền, phát tán, các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới được phân loại thành 3 nhóm A,B,C để thực hiện việc cách ly. Các giải pháp cách ly bao gồm: cách ly tại cơ sở y tế và cách ly tại cộng đồng.
- Các bệnh cần áp dụng các biện pháp cách ly đặc biệt tại cơ sở y tế: là các bệnh thuộc nhóm A.

- Các bệnh cần áp dụng các biện pháp cách ly y tế: gồm một số bệnh thuộc nhóm B như bạch hầu, ho gà, sởi, bệnh than, bệnh do não mô cầu, bệnh tay chân miệng liên quan đến mức độ lây lan và độ nguy hiểm.
- Các bệnh khác nhau, tùy theo mức độ nặng của người bệnh để quyết định cách ly tại cơ sở y tế hoặc tại cộng đồng.

BÀI 4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, dịch tễ học của bệnh cúm.*
2. *Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và biến chứng của bệnh cúm.*
3. *Trình bày được phương pháp phòng bệnh và điều trị bệnh cúm.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc trên người bệnh cúm.*

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Cúm là bệnh truyền nhiễm cấp tính ở đường hô hấp do virus Influenzae dễ phát thành dịch lớn, bệnh thường lành tính, tự giới hạn nhưng vẫn có thể bị biến chứng nặng và tử vong.

2. Dịch tễ học

- Nguồn nhiễm: NB và người lành mang virus là nguồn nhiễm duy nhất. virus có mặt trong các hạt chất tiết đường hô hấp khi người bệnh ho, hắt hơi, ... virus có mặt rất sớm, đạt số lượng cao nhất sau 48 giờ, sau đó giảm nhanh.
- Đường truyền nhiễm: đường hô hấp và virus bám lên tế bào thượng bì phế quản.
- Dịch cúm: xảy ra nhiều vào mùa đông, xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.
- + Virus cúm A: gây các vụ dịch nhỏ, dịch lưu hành địa phương hay đại dịch toàn cầu.
- + Virus cúm B và C: chỉ gây bệnh lẻ tẻ hoặc thành các dịch nhỏ trong trường học hoặc trại lính.
- Thường dịch cúm kéo dài khoảng 15 ngày đến 1 tháng.
- Miễn dịch với virus xuất hiện nhanh nhưng không bền vững và chỉ miễn dịch được 1-2 năm.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng bệnh cúm rất đa dạng có thể rất nhẹ tương tự như cảm lạnh, nhưng cũng có thể rất nặng dẫn đến suy hô hấp cấp dẫn đến tử vong.

1. Thời kỳ ủ bệnh

Kéo dài từ 24-48 giờ, tuy nhiên cũng có trường hợp kéo dài 72 giờ.

2. Thời kỳ khởi phát

Sốt cao đột ngột 39-40⁰C kèm ớn lạnh hoặc lạnh run, mệt mỏi, cảm giác kiệt sức, nhức đầu, đau cơ và ho khan, chảy nước mũi, nước mắt.

3. Thời kỳ toàn phát

- Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt 39-40°C liên tục, mặt đỏ bừng, da nóng ẩm, biếng ăn, lưỡi trắng, tiêu ít, mệt lả, niêm mạc mũi họng đỏ rực.
- Hội chứng đau: nhức đầu dữ dội và gia tăng liên tục khi sốt cao hoặc ho gắng sức, thường đau ở vùng trán, vùng trên hốc mắt. Đau cơ toàn thân, nhất là ở ngực, thắt lưng và chi dưới. Người bệnh cảm thấy nóng và đau vùng trên xương ức.
- Hội chứng hô hấp: xuất hiện sớm từ những ngày đầu với những dấu hiệu hắt hơi, sổ mũi, đỏ mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác khô và rát họng, ho khan, khàn tiếng, triệu chứng viêm phế quản cấp, viêm phổi như ho, khó thở và khạc đờm.

4. Thời kỳ phục hồi.

Hội chứng hoàn toàn sau 1-2 tuần.

III. Biến chứng

- Bội nhiễm: gặp ở người già cả ở những bệnh nhân suy dinh dưỡng.
- + Viêm xoan trán, viêm tai giữa, viêm xương chũm và viêm thanh quản
- + Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi và tràn dịch màng phổi
- + Viêm màng não mủ
- + Nhiễm trùng huyết
- Tim mạch: viêm cơ tim và viêm màng ngoài tim
- Thần kinh: viêm não và viêm tủy cắt ngang
- Viêm cơ

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Người bệnh nghi ngờ nhiễm cúm hoặc đã xác định nhiễm cúm phải được cách ly y tế và thông báo kịp thời cho cơ quan y tế dự phòng.
- Nhanh chóng đánh giá tình trạng người bệnh và phân loại mức độ bệnh. Các trường hợp bệnh nặng hoặc có biến chứng nặng cần kết hợp các biện pháp hồi sức tích cực và điều trị căn nguyên.
- Thuốc kháng virus được dùng càng sớm càng tốt khi có chỉ định.
- Ưu tiên điều trị tại chỗ, nếu điều kiện cơ sở điều trị cho phép nên hạn chế chuyển tuyến.

2. Xử trí theo mức độ bệnh

- Cúm có biến chứng: cần được nhập viện để điều trị và dùng thuốc kháng virus càng sớm càng tốt.
- Cúm có kèm theo các yếu tố nguy cơ: nên được nhập viện để theo dõi và xem xét điều trị sớm thuốc kháng virus.
- Cúm chưa biến chứng: có thể không cần xét nghiệm hoặc điều trị cúm tại cơ sở y tế nếu biểu hiện triệu chứng nhẹ. Nếu triệu chứng nặng lên hoặc người bệnh lo lắng về tình trạng sức khỏe nên đến cơ sở y tế để được tư vấn và chăm sóc.

3. Điều trị thuốc kháng virus

- Chỉ định: các trường hợp nhiễm cúm A hoặc B (ngghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.
- Thuốc được sử dụng hiện nay là oseltamivir hoặc/và zanamivir.

Liều lượng oseltamivir được tính theo lứa tuổi và cân nặng. Thời gian điều trị là 5 ngày:

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

+ Trẻ em \geq 12 tháng đến \leq 13 tuổi:

- Cân nặng \leq 15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày.
- Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày.
- Cân nặng > 23 kg đến 40 kg 60 mg x 2 lần/ngày.
- Cân nặng > 40 kg 75 mg x 2 lần/ngày.

+ Trẻ < 12 tháng tuổi:

- 0-1 tháng 2 mg/kg x 2 lần/ngày.
- > 1-3 tháng 2,5 mg/kg x 2 lần/ngày.
- > 3-12 tháng 3 mg/kg x 2 lần/ngày.

- Zanamivir: dạng hít định liều, sử dụng trong các trường hợp không có oseltamivir, chậm đáp ứng hoặc kháng với oseltamivir. Liều lượng zanamivir được tính như sau:

+ Người lớn và trẻ em > 7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 2 lần/ngày.

+ Trẻ em từ 5 - 7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 1 lần/ngày.

4. Điều trị cúm biến chứng

- Hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp: thở oxy, thở CPAP hoặc thông khí nhân tạo tùy từng trường hợp.
- Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp bội nhiễm vi khuẩn với kháng sinh thích hợp.

- Phát hiện và điều trị suy đa phủ tạng.

5. Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt: chỉ dùng paracetamol khi sốt trên 38,5⁰C, không dùng thuốc nhóm salicylate như aspirin để hạ sốt.
- Đảm bảo cân bằng nước điện giải.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý.

6. Tiêu chuẩn ra viện

- Hết sốt và hết các triệu chứng hô hấp trên 48 giờ (trừ ho).
- Tình trạng lâm sàng ổn định.
- Sau khi ra viện phải cách ly y tế tại nhà cho đến hết 7 ngày tính từ khi khởi phát triệu chứng.

V. PHÒNG BỆNH

1. Các biện pháp phòng bệnh chung

- Phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh nghi nhiễm cúm.
- Tăng cường rửa tay.
- Vệ sinh hô hấp khi ho khạc.
- Tránh tập trung đông người khi có dịch xảy ra.

2. Phòng lây nhiễm từ người bệnh

- Cách ly người bệnh ở buồng riêng.
- Người bệnh phải đeo khẩu trang trong thời gian điều trị.
- Thường xuyên làm sạch và khử khuẩn buồng bệnh và quần áo, dụng cụ của người bệnh.

3. Phòng cho nhân viên y tế

- Rửa tay thường quy trước và sau khi thăm khám người bệnh bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh.
- Phương tiện phòng hộ gồm khẩu trang, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng, mặt nạ che mặt... phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly, được sử dụng đúng cách và khi cần thiết.
- Sau khi dùng được xử lý theo quy định của Bộ Y tế.
- Giám sát: lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị cho người bệnh, nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh và nhân viên phòng xét nghiệm xử lý bệnh phẩm. Những nhân viên này cần được theo dõi thân nhiệt và các biểu hiện lâm sàng

hàng ngày.

- Nhân viên mang thai, mắc bệnh tim phổi mạn tính nên tránh tiếp xúc với người bệnh.

4. Tiêm phòng vaccin cúm

- Nên tiêm phòng vaccin cúm hàng năm.

- Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm nên được tiêm phòng cúm là:

+ Nhân viên y tế;

+ Trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi;

+ Người có bệnh mạn tính (bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch...).

+ Người trên 65 tuổi.

5. Dự phòng bằng thuốc

- Có thể điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus oseltamivir (Tamiflu) cho những người thuộc nhóm nguy cơ cao mắc cúm biến chứng có tiếp xúc với người bệnh được chẩn đoán xác định cúm.

- Thời gian điều trị dự phòng là 10 ngày.

- Liều lượng như sau:

+ Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75 mg x 1 lần/ngày.

+ Trẻ em \geq 12 tháng đến \leq 13 tuổi:

+ Cân nặng \leq 15 kg: 30 mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 23 kg đến 40 kg 60 mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 40 kg 75 mg x 1 lần/ngày.

+ Trẻ em < 12 tháng

+ < 3 tháng Không khuyến cáo trừ trường hợp được cân nhắc kỹ.

+ 3-5 tháng 20 mg x 1 lần/ngày.

+ 6-11 tháng 25 mg x 1 lần/ngày.

VI. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

- Sốt ngày thứ mấy? Tính chất sốt>

- Có ho, khó thở?

- Khai thác các dấu hiệu kèm theo: đau đầu? Đau nhức toàn thân? Buồn nôn, nôn, mệt mỏi, chán ăn, chóng mặt hoặc ù tai?
- Các thuốc điều trị đã dùng?
- Tiền sử bệnh: có chủng ngừa cúm chưa? Trong gia đình hay xung quanh có ai bị cúm không? Hiện tại có ở trong vùng dịch cúm không?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Sốt cao liên tục do nhiễm siêu vi.
- Khó thở và ho do viêm long đường hô hấp.
- Dinh dưỡng kém do mệt mỏi chán ăn.
- Nguy cơ bội nhiễm do sức đề kháng giảm.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Sốt cao liên tục do nhiễm siêu vi

- Mục tiêu: duy trì thân nhiệt trong giới hạn bình thường
- Can thiệp:
 - + Thời gian sốt phải cho BN nghỉ ngơi tuyệt đối, sau đó nghỉ thêm một thời gian nữa tùy theo bệnh nặng hay nhẹ, nghỉ ngơi cũng là một cách phòng ngừa biến chứng
 - + Buồng bệnh phải ấm áp vì không khí lạnh kích thích đường hô hấp gây ho
 - + Lau mát và cho BN mặc quần áo dễ thấm hút
 - + Cho BN uống nhiều nước
 - + Theo dõi nhiệt độ 15-30 phút/lần cho đến khi thân nhiệt ổn định
 - + Thực hiện thuốc hạ sốt và an thần theo y lệnh
 - + Thực hiện kháng sinh theo y lệnh khi có bội nhiễm
- Đánh giá: Thân nhiệt người bệnh trở về mức bình thường. Người bệnh được nhận đủ thuốc và an toàn.

3.2. Khó thở và ho do viêm long đường hô hấp

- Mục tiêu: Người bệnh hết khó thở, hết ho.
- Can thiệp:
 - + Cho BN nằm nghỉ ngơi trong buồng bệnh ấm áp
 - + BN phải mang khẩu trang
 - + Làm thông đường thở: vệ sinh mũi, hút mũi, nhỏ mũi thường xuyên
 - + Súc miệng sau mỗi lần ăn bằng nước muối hoặc dung dịch sát khuẩn

- + Đếm nhịp thở, quan sát da niêm và đầu chi
- + Theo dõi SpO₂
- + Cho uống nhiều nước (tốt nhất là nước ấm) để làm loãng đờm
- + Hướng dẫn BN tập thở sâu và tập ho có hiệu quả
- + Áp dụng kết hợp vật lý trị liệu vùng ngực, vỗ rung, lắc để làm long đờm và dịch xuất tiết ra ngoài dễ dàng
- + Hút đờm dài nếu BN ho kém, có nhiều đờm và dịch xuất tiết quá đặc
- + Cho BN thở oxy khi cần
- + Thực hiện theo y lệnh: thuốc giảm ho, kháng sinh, thuốc bổ và vitamin
- Đánh giá: Người bệnh hết khó thở, ho giảm.

3.3. Dinh dưỡng kém do mệt mỏi chán ăn

- Mục tiêu: đảm bảo đủ dinh dưỡng cho BN
- Can thiệp:
 - + Thức ăn giàu chất dinh dưỡng đủ lượng calo/ngày
 - + Tránh kiêng cử, thức ăn phải phù hợp với khẩu vị BN, ăn lỏng và dễ tiêu
 - + Nếu BN mệt mỏi và không muốn ăn: phải chia nhỏ thành nhiều bữa ăn để đảm bảo đủ lượng calo/ngày
 - + Tăng cường cho BN ăn nhiều hoa quả như cam, chanh, chuối và đu đủ
- Đánh giá: Người bệnh ăn được 4 bữa/ngày và nhận đủ dinh dưỡng.

3.4. Nguy cơ bội nhiễm do sức đề kháng giảm

- Mục tiêu: phát hiện kịp thời và ngăn chặn không để xảy ra biến chứng
- Can thiệp:
 - + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, và nhịp thở để phát hiện trục tim mạch
 - + Theo dõi nhịp thở và tình trạng da niêm tím tái để phát hiện kịp thời biến chứng viêm phổi
 - + Đắp ấm và ẩm có thể làm nhẹ các triệu chứng viêm
 - + Theo dõi tình trạng tai, mắt mũi và họng
 - + Theo dõi công thức máu, chú ý bạch cầu
- Đánh giá: Không xảy ra tình trạng bội nhiễm.

4. Giáo dục y tế

- Phát hiện sớm và cách ly BN

- Vệ sinh hằng ngày
- Tẩy uế ngay bằng cách đốt khăn giấy dơ hoặc đồ vải của BN
- Bát đĩa phải đun sôi hoặc ngâm clorua vôi 0,5%
- Buồng bệnh cần được chùi rửa bằng xà phòng và nước
- Nệm và gối phải đem phơi nắng 6 giờ liền
- Tránh tiếp xúc và tụ tập nơi đông người, phổ biến cho người dân đường lây cảm cúm, mang khẩu trang
- Tăng sức đề kháng cho cơ thể BN
- Chủng ngừa bằng vaccin chế tạo từ virus Influenzae A và B

BÀI 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI

MỤC TIÊU

1. Nêu được khái niệm và dịch tễ học bệnh sởi.
2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của bệnh sởi.
3. Nêu được các biến chứng xảy ra trong bệnh sởi.
4. Trình bày phương pháp điều trị và phòng bệnh sởi.
5. Lập được kế hoạch chăm sóc đối với người bệnh mắc sởi.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi gây nên. Tác nhân gây bệnh sởi là virus thuộc giống *Morbillivirrus* của họ *Paramyxoviridae*.

Bệnh có biểu hiện đặc trưng là sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban, có thể dẫn đến nhiều biến chứng như viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa, viêm loét giác mạc, tiêu chảy.... có thể gây tử vong.

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

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

Nguồn bệnh: người bệnh mắc sởi là ổ chứa virus trong cộng đồng.

Đường lây truyền: virus qua các giọt bắn đường hô hấp.

Phân bố dịch tễ: phân bố toàn cầu, bệnh chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, hay xảy ra vào mùa đông xuân, có thể xuất hiện ở người lớn do chưa được tiêm phòng hoặc đã tiêm phòng nhưng chưa được tiêm đầy đủ.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM

1. Lâm sàng

a. Giai đoạn ủ bệnh: 7-21 ngày (trung bình 10 ngày).

b. Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long): 2-4 ngày.

Nếu phát hiện sớm ở giai đoạn này có thể cách ly người bệnh tránh lây lan ra cộng đồng.

- Sốt: thường sốt cao đột ngột 39-40⁰C, trẻ nhỏ sốt cao có thể co giật.

- Hội chứng viêm long:

- + Viêm long đường hô hấp trên: ho, hắt hơi, chảy nước mũi.
- + Viêm kết mạc mắt, chảy nước mắt, có thể sưng phù kết mạc và mi mắt.
- + Viêm long đường tiêu hóa: với biểu hiện đi ngoài phân nát 2-4 lần/ngày trong thời kỳ khởi phát.
- Dấu hiệu Koplik:
 - + Là một trong dấu hiệu quan trọng nhất để phát hiện bệnh sởi sớm.
 - + Hạt Koplik là những chấm nhỏ màu trắng đường kính 1-2mm mọc ở trong niêm mạc miệng quanh lỗ tuyến Stenon.



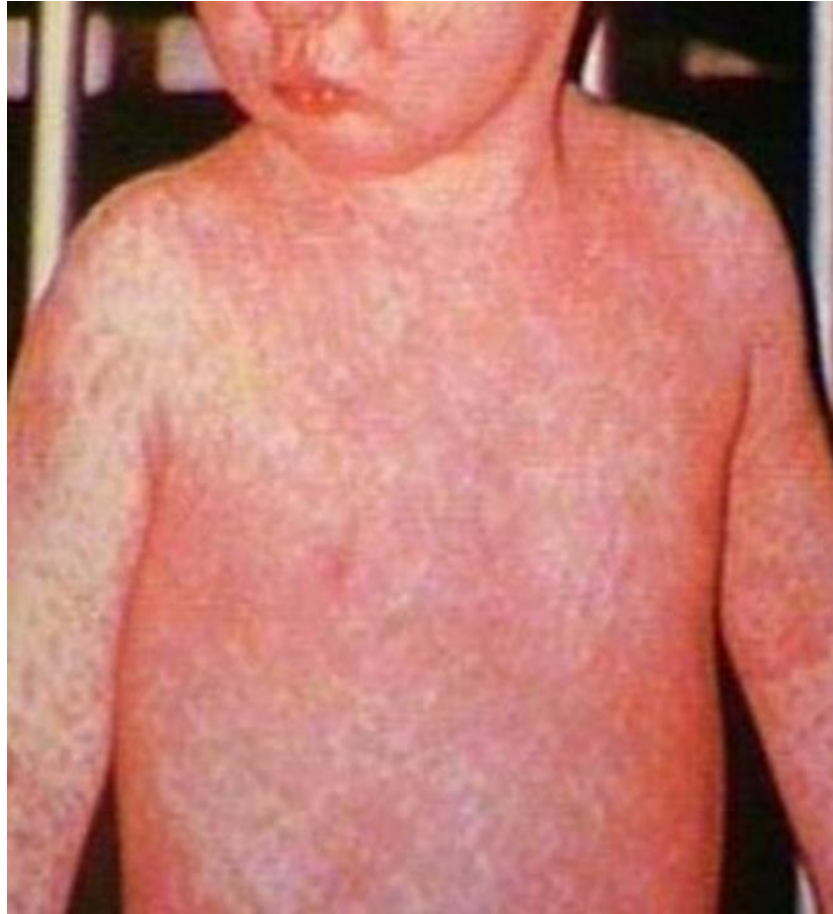
Hình 1. Khám dấu hiệu Koplik

- + Dấu hiệu Koplik nhạt dần đi khi bắt đầu mọc ban và mất đi nhanh.

c. Giai đoạn toàn phát (phát ban): Kéo dài 2-5 ngày.

Thường sau khi sốt cao 3-4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban, ban hồng dát sần, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.

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



Hình 2: Ban sởi

d. Giai đoạn hồi phục:

Ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm vẫn da hồng và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

m theo.

2. Cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho và có thể giảm tiểu cầu.
- Xquang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

2.2. Xét nghiệm phát hiện vi rút sởi.

- Xét nghiệm huyết thanh học: Lấy máu kể từ ngày thứ 3 sau khi phát ban tìm kháng thể IgM.

- Phản ứng khuếch đại gen (RT-PCR), phân lập vi rút từ máu, dịch mũi họng giai đoạn sớm nếu có điều kiện.

III. BIẾN CHỨNG

Bệnh sởi nặng hoặc các biến chứng của sởi có thể gây ra do vi rút sởi, do bội nhiễm sau sởi thường xảy ra ở: trẻ suy dinh dưỡng, đặc biệt trẻ thiếu vitamin A, trẻ bị suy giảm miễn dịch do HIV hoặc các bệnh khác, phụ nữ có thai. Hầu hết trẻ bị sởi tử vong do các biến chứng.

- Do vi rút sởi: viêm phổi kẽ thâm nhiễm tế bào khổng lồ, viêm thanh khí phế quản, viêm cơ tim, viêm não, màng não cấp tính.
- Do bội nhiễm: Viêm phổi, viêm tai giữa, viêm dạ dày ruột...
- Do điều kiện dinh dưỡng và chăm sóc kém: viêm loét hoại tử hàm mắt (cam tẩu mã), viêm loét giác mạc gây mù lòa, suy dinh dưỡng...
- Các biến chứng khác:
 - + Lao tiến triển.
 - + Tiêu chảy.
 - + Phụ nữ mang thai: bị sởi có thể bị sảy thai, thai chết lưu, đẻ non hoặc trẻ bị nhẹ cân, hoặc thai nhiễm sởi tiên phát.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ
- Người bệnh mắc sởi cần được cách ly.
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng.
- Không sử dụng corticoid khi chưa loại trừ sởi.

2. Điều trị hỗ trợ:

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.
- Tăng cường dinh dưỡng.
- Hạ sốt:
 - + Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm.
 - + Dùng thuốc hạ sốt paracetamol khi sốt cao.
- Bồi phụ nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

- Bổ sung vitamin A:

- + Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.
- + Trẻ 6 - 12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.
- + Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.

Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4 - 6 tuần

** Chú ý với các trường hợp sỏi có biến chứng nặng thường có giảm protein và albumin máu nặng cần cho xét nghiệm để bù albumin kịp thời.*

3. Điều trị các biến chứng

3.1. Viêm phổi do vi rút:

- Điều trị: Điều trị triệu chứng.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp.

3.2. Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng:

- Kháng sinh: beta lactam/Ức chế beta lactamase, cephalosporin thế hệ 3.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp

3.3. Viêm phổi do vi khuẩn mắc phải trong bệnh viện:

- Kháng sinh: Sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải trong bệnh viện.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp.
- Điều trị triệu chứng.

3.4. Viêm thanh khí quản:

- Khí dung Adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).
- Điều trị triệu chứng.

3.5. Trường hợp viêm não màng não cấp tính:

Điều trị: hỗ trợ, duy trì chức năng sống.

- Chống co giật: Phenobarbital 10-20mg/kg pha trong Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30-60 phút. Lặp lại 8-12 giờ nếu cần. Có thể dùng Diazepam đối với người lớn 10 mg/lần tiêm tĩnh mạch.
- Chống phù não:
 - + Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp).

- + Thở oxy qua mũi 1-4 lít/phút, có thể thở oxy qua mask hoặc thở CPAP nếu người bệnh còn tự thở được. Đặt nội khí quản sớm để giúp thở khi điểm Glasgow < 12 điểm hoặc SpO₂ < 92% hay PaCO₂ > 50 mmHg.
- + Thở máy khi Glasgow < 10 điểm.
- + Giữ huyết áp trong giới hạn bình thường
- + Giữ pH máu trong giới hạn: 7.4, pCO₂ từ 30 - 40 mmHg
- + Giữ Natriclorua máu trong khoảng 145-150 mEq/l bằng việc sử dụng natriclorua 3%
- + Giữ Glucose máu trong giới hạn bình thường
- + Hạn chế dịch sử dụng 70-75% nhu cầu cơ bản (cần bù thêm dịch nếu mất nước do sốt cao, mất nước thở nhanh, nôn ỉa chảy..)
- + Mannitol 20% liều 0,5-1 g/kg, 6-8 giờ/lần, truyền tĩnh mạch trong 15 - 30 phút.
- Chống suy hô hấp; Suy hô hấp do phù phổi cấp, hoặc viêm não.
- Có thể dùng Dexamethasone 0,5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 4-6 lần trong 3-5 ngày. Nên dùng thuốc sớm ngay sau khi người bệnh có rối loạn ý thức.

Chỉ định IVIG (Intravenous Immunoglobulin) khi có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh, viêm não. Chế phẩm: lọ 2,5 gam/50 ml. Liều dùng: 5 ml/kg/ ngày x 3 ngày liên tiếp. Truyền tĩnh mạch chậm trong 8-10 giờ.

V. PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ

1. Tuyến xã, phường: Tư vấn chăm sóc và điều trị người bệnh không có biến chứng.
2. Tuyến huyện: Tư vấn chăm sóc và điều trị người bệnh có biến chứng hô hấp nhưng không có suy hô hấp.
3. Tuyến tỉnh: Chăm sóc và điều trị tất cả các người bệnh mắc sởi có biến chứng
4. Tuyến Trung ương: Chăm sóc và điều trị người bệnh có biến chứng vượt quá khả năng xử lý của tuyến tỉnh

VI. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin.

- Thực hiện tiêm chủng 2 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia
- + Mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 9 tháng tuổi: Khoảng 85% trẻ đáp ứng miễn dịch.
- + Mũi thứ hai tiêm khi trẻ được 18 tháng tuổi: nhằm gây miễn dịch cho trẻ chưa đáp ứng sau mũi thứ nhất, hoặc chưa tiêm vaccin.

- Tiêm vắc xin phòng sởi cho các đối tượng khác theo hướng dẫn của cơ quan chuyên môn.
- Tác dụng phụ: thường nhẹ, như sốt (5-15%), phát ban (5%), sưng, đỏ, đau chỗ tiêm,... tác dụng phụ sẽ tự hết trong khoảng 1-2 ngày.
- Thận trọng khi tiêm vaccin sởi: không tiêm trong các trường hợp:
 - + Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải, điều trị thuốc ức chế miễn dịch, có bệnh ác tính. Có thể tiêm cho người HIV ngoài giai đoạn AIDS.
 - + Có phản ứng sau tiêm vaccin, thành phần vaccin (gelatin, neomycin).
 - + Phụ nữ có thai: tránh có thai ít nhất 1 tháng sau tiêm vaccin. Nếu phát hiện có thai cần thông báo cho cán bộ y tế để được theo dõi.
 - + Trẻ đang có sốt.

2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân

Người bệnh sởi phải được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

- Sử dụng khẩu trang phẫu thuật cho người bệnh, người chăm sóc, tiếp xúc gần và nhân viên y tế.
- Hạn chế việc tiếp xúc gần không cần thiết của nhân viên y tế và người thăm người bệnh đối với người bệnh.
- Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban.
- Tăng cường vệ sinh cá nhân, sát trùng mũi họng, giữ ấm cơ thể, nâng cao thể trạng để tăng sức đề kháng.

3. Phòng lây nhiễm trong bệnh viện

- Phát hiện sớm và thực hiện cách ly đối với các đối tượng nghi sởi hoặc mắc sởi.
- Sử dụng Immune Globulin (IG) tiêm bắp sớm trong vòng **3 - 6 ngày** kể từ khi phơi nhiễm với sởi cho các bệnh nhi đang điều trị tại bệnh viện vì những lý do khác. Không dùng cho trẻ đã được điều trị IVIG trong vòng 1 tháng hoặc đã tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin sởi. Dạng bào chế: Immune Globulin (IG) 16%, ống 2ml. Liều dùng 0,25 ml/kg, tiêm bắp, 1 vị trí tiêm không quá 3ml. Với trẻ suy giảm miễn dịch có thể tăng liều gấp đôi.

4. Báo cáo dịch: theo quy định và kịp thời.

VII. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi

- Người bệnh có sốt không? Sốt bao nhiêu độ? Có kèm mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp không?
- Người bệnh đã được chủng ngừa đầy đủ chưa? Đã mắc sởi lần nào chưa? Có tiếp xúc với trẻ khác đang bị bệnh sởi không?
- Người bệnh có chảy nước mắt, nhiều ghèn, kết mạc mắt có đỏ không? Người bệnh có sổ mũi, hắt hơi, khàn giọng và ho không?
- Người bệnh có tiêu chảy không? Số lần đi tiêu chảy, số lượng mỗi lần đi, màu sắc phân?
- Vị trí xuất hiện của ban?

1.2. Thăm khám

- Tổng trạng: béo hay gầy, bình thường?
- Tri giác: lơ mơ, bứt rứt, vật vã,...?
- Da niêm: vị trí hồng ban, mật độ?
- DHST: đánh giá sốt? Nhịp thở nhanh, chậm? Có khó thở? Mạch? Huyết áp?
- Dấu hiệu Koplik?
- Tình trạng dinh dưỡng của trẻ?
- Tình trạng vệ sinh cá nhân: da, tóc, mắt, mũi, miệng?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Bệnh nhân ho và khó thở do viêm phế quản, viêm phổi.
- Sốt cao do nhiễm siêu vi.
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng viêm phổi, viêm tai giữa, viêm thanh quản, loét giác mạc, suy dinh dưỡng, viêm ruột kéo dài, viêm não.
- Kiến thức về bệnh và phương pháp phòng bệnh của bà mẹ còn hạn chế.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Người bệnh ho và khó thở do viêm phế quản, viêm phổi

- Mục tiêu: giảm ho và hô hấp được cải thiện
- Can thiệp:
 - + Cho người bệnh nằm đầu cao.

- + Làm thông đường thở: vệ sinh mũi, miệng, hút đờm dãi, vỗ lưng,... ghi nhận màu sắc, số lượng, tính chất đờm.
- + Đếm nhịp thở, quan sát da, niêm, đầu chi.
- + Cho người bệnh thở oxy (nếu cần).
- + Theo dõi SPO2
- + Cho người bệnh uống nhiều nước (nước ấm).
- + Phối hợp Bác sỹ đặt hoặc mở khí quản (nếu cần).
- + Thực hiện thuốc theo y lệnh: giảm ho (kháng histamin), kháng sinh.
- Đánh giá:
 - + Người bệnh có giảm khó thở không, tình trạng hô hấp được cải thiện không?
 - + Nhịp thở? SPO2
 - + Các y lệnh điều trị, thuốc có được thực hiện đầy đủ không?

3.2. Người bệnh sốt cao liên tục do nhiễm siêu vi

- Mục tiêu: Người bệnh hết sốt, duy trì thân nhiệt trong giới hạn bình thường.
- Can thiệp:
 - + An toàn cho người bệnh.
 - + Nằm phòng thoáng mát.
 - + Mặc quần áo mỏng, rộng, dễ thấm hút mồ hôi.
 - + Lau mát bằng nước ấm (nhiệt độ của nước thấp hơn nhiệt độ cơ thể người bệnh 1-20C).
 - + Cho bệnh nhân uống nhiều nước.
 - + Thực hiện thuốc hạ sốt theo y lệnh: paracetamol, không dùng aspirin để hạ sốt.
 - + Thực hiện thuốc kháng sinh khi có bội nhiễm theo y lệnh.
 - + Theo dõi nhiệt độ thường xuyên
 - + Theo dõi tình trạng co giật và xử lý kịp thời.
- Đánh giá:
 - + Người bệnh có hạ sốt không? Nhiệt độ?
 - + Có xảy ra tình trạng co giật không?
 - + Người bệnh uống được nhiều nước không?
 - + Các y lệnh điều trị, thuốc có được thực hiện đầy đủ không (khi thực hiện thuốc, truyền dịch (nếu có) ghi rõ ngày giờ thực hiện)?

3.3. Nguy cơ xảy ra biến chứng: Viêm phổi, viêm tai giữa, viêm thanh quản, loét giác mạc, suy dinh dưỡng, viêm da, viêm ruột kéo dài, viêm não.

- Mục tiêu: Ngăn ngừa biến chứng xảy ra, phát hiện và xử lý kịp thời các biến chứng.

- Can thiệp :

+ Vệ sinh răng miệng, chăm sóc mắt (rửa mắt, nhỏ thuốc,...).

+ Cho người bệnh uống thêm Vitamin A ngừa loét giác mạc.

+ Vệ sinh da, tắm cho trẻ bằng nước ấm, cắt ngắn móng tay (phòng trẻ ngãi lên vùng da có phát ban).

+ Theo dõi tình trạng hô hấp.

+ Đánh giá mức độ ho và khó thở.

+ Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu đau nhứt vùng tai (nếu có).

+ Theo dõi tình trạng rối loạn tiêu hóa: đầy hơi, ăn không tiêu, tiêu chảy,...

+ Không kiêng cử trong ăn uống, nên cho trẻ ăn thức ăn nhiều đạm, thức ăn dễ tiêu.

+ Nếu người bệnh không ăn được bằng đường miệng phải nuôi bằng dịch truyền hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày để đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cho người bệnh.

- Đánh giá: các biến chứng được ngăn ngừa, phát hiện sớm và xử lý kịp thời.

3.4. Kiến thức về bệnh và cách phòng bệnh của bà mẹ còn hạn chế

- Mục tiêu: giáo dục sức khỏe cho bà mẹ.

- Can thiệp: Hướng dẫn bà mẹ:

+ Cách chăm sóc trẻ và giải thích cho bà mẹ hiểu, nhằm tránh những quan niệm sai lầm trong dân gian (kiêng nước, kiêng gió, cử ăn,...).

+ Vệ sinh cá nhân cho trẻ và vệ sinh môi trường xung quanh nơi trẻ sống, môi trường gia đình sạch sẽ.

+ Cho trẻ đi tiêu chủng đúng theo lịch của trạm y tế xã, phường (mũi 1: khi trẻ được 9 tháng, mũi 2: khi trẻ được 18 tháng tuổi).

+ Tránh không cho trẻ tiếp xúc với các trẻ đang bị sởi.

+ Khi trẻ bị bệnh cần cách ly trẻ.

+ Nếu tiếp xúc trẻ bị bệnh cần phải mang khẩu trang.

+ Hướng dẫn bà mẹ các dấu hiệu, cách phát hiện của bệnh sởi để bà mẹ phát hiện sớm và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng xảy ra.

+ Khi trẻ có các biểu hiện bất thường, nặng hơn: lơ đờ, vật vã, quấy khóc, đầu chi tím tái, lạnh, nhịp thở nhanh, lồng ngực hai bên rút lõm, co giật, ... cần đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay.

- Đánh giá: bà mẹ biết cách chăm sóc trẻ khi bị bệnh và biết cách dự phòng bệnh sởi.

LƯỢNG GIÁ

Tình huống 1

Bệnh nhân Nguyễn Văn Đức, 4 tuổi, nặng 16kg, nhập viện với lí do sốt cao và được chẩn đoán bệnh sởi ngày thứ 2. Qua nhận định thấy: trẻ quấy khóc, nhiệt độ 39⁰C, mạch 115 lần/phút, HA 90/55mmHg, nhịp thở 34 lần/phút. Chảy nước mũi, giọng nói khàn, ho khan, mắt nhiều gỉ lèm nhèm, sung nề mi mắt. Trẻ ăn uống kém, đại tiện phân lỏng 4 lần/ngày. Khám thấy có hạt Koplik trong niêm mạc miệng quanh lỗ Stenon. Xét nghiệm: Bạch cầu: 5000/mm³. Nơi NB sinh sống có nhiều người mắc sởi, trẻ chưa được tiêm phòng vacxin sởi.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân Đức cho đến khi ra viện?

Tình huống 2:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Tùng, 6 tuổi, nặng 25kg, nhập viện với lí do sốt cao và được chẩn đoán bệnh sởi ngày thứ 6. Qua nhận định thấy: Trẻ tỉnh nhưng mệt, nhiệt độ 39⁰C, mạch 115 lần/phút, HA 100/70mmHg, khó thở, nhịp thở 36 lần/phút. Chảy nước mũi, ho nhiều, có đờm đặc, phát ban toàn thân. Gia đình không tắm cho trẻ trong suốt thời gian trẻ mắc sởi. Xét nghiệm: Bạch cầu: 14.000/mm³. Nơi NB sinh sống có nhiều người mắc sởi, trẻ chưa được tiêm phòng vacxin sởi.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân Tùng cho đến khi ra viện?

BÀI 6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được định nghĩa và dịch tễ học bệnh thủy đậu.*
- 2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của thủy đậu.*
- 3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của bệnh thủy đậu.*
- 4. Nêu các biến chứng của bệnh thủy đậu.*
- 5. Trình bày phương pháp phòng bệnh và điều trị bệnh thủy đậu.*
- 6. Lập được kế hoạch chăm sóc trên người bệnh thủy đậu.*

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh nhân thủy đậu là một bệnh nhân truyền nhiễm rất hay lây, do siêu vi Varicella zoster Virus (VZV) gây ra. Bệnh có khả năng gây thành đại dịch. Biểu hiện lâm sàng chính của bệnh là phát ban dạng bóng nước ở da và niêm mạc. Đa số trường hợp diễn tiến lành tính đôi khi có thể gây tử vong do diễn tiến trầm trọng như viêm não, hội chứng Reye.

2. Tác nhân gây bệnh

VZV là thành viên của gia đình Herpesviridae, trên lâm sàng có thể gây hai bệnh cảnh khác nhau: bệnh thủy đậu và Zona.

3. Đặc điểm dịch tễ học

- Nguồn bệnh: người bệnh là nguồn bệnh duy nhất. Thời gian lây bệnh xảy ra 24h trước khi xuất hiện phát ban cho đến khi nốt đậu đóng mào.
- Đường lây: chủ yếu là đường hô hấp do nước những bọt bắn ra từ BN. Đa số lây từ người sang người, một số ít trường hợp lây qua đường bóng nước.
- Cơ thể cảm thụ: bệnh nhân thường gặp ở trẻ em, nam và nữ có khả năng mắc bệnh như nhau. Bệnh nhân có thể gặp ở trẻ sơ sinh và cả người lớn.
- Bệnh xảy ra hàng năm, nhiều nhất vào khoảng tháng 3-5 hàng năm.

4. Cơ chế bệnh sinh

- Sau khi xâm nhập vào cơ thể theo đường hô hấp, virus tăng sinh tại đây rồi đến hệ võng nội mô rồi đi vào máu đến gây tổn thương da và cơ quan nội tạng. Tại da và niêm mạc, các tế bào đáy và tế bào gai của nội mạc vi quản ở lớp sừng bị phình to, chứa nhiều dịch tiết, đồng thời xuất hiện nhiều tế bào đa nhân khổng lồ chứa nhiều nhân thể. Ở những

nốt đậu đục chứa nhiều dịch tiết với nhiều bạch cầu đa nhân, tế bào thoái hoá, fibrin và rất nhiều virus.

- Virus cũng có thể lây qua tiếp xúc trực tiếp với người bị Thủy đậu hoặc Zona.

5. Đáp ứng miễn dịch

- Thủy đậu gây miễn dịch vĩnh viễn sau khi bị nhiễm trùng tiên phát. Tuy nhiên có một số ít trường hợp mắc bệnh lần hai, thường gặp ở những người có tổn thương hệ thống miễn dịch, thường diễn tiến nhẹ. Đa số người lớn tuổi có diễn tiến bệnh lần hai là dưới dạng Zona.

II. TRIỆU CHỨNG:

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh:

- Thay đổi từ 10-20 ngày, không có triệu chứng lâm sàng.

1.2. Thời kỳ khởi phát

- BN sốt nhẹ, kèm ớn lạnh, đôi khi sốt cao, chán ăn, người mệt mỏi, nhức đầu đôi khi đau bụng nhẹ.

- Một số BN có phát ban, đây là tiền thân của bóng nước, là những hồng ban không tằm nhuần, kích thước vài mm, nổi trên da, bình thường nổi 24 giờ trước khi trở thành bóng nước.

1.3. Thời kỳ toàn phát

- Triệu chứng quan trọng và đặc hiệu ở thời kỳ này là phát ban dạng bóng nước ở da và niêm mạc. BN giảm sốt hoặc không sốt. Bóng nước hình tròn hoặc hình giọt nước, đường kính từ 3-13 mm, lúc đầu chứa dịch trong, sau 24 giờ hóa đục. Bắt đầu ở thân mình sau đó lan ra mặt và tứ chi. Bóng nước mọc nhiều đợt khác nhau trên cùng một vùng da, có thể thấy có nhiều bóng nước lứa tuổi khác nhau trên cùng một diện tích da tại cùng một thời điểm.

- Một số trường hợp có bóng nước dạng xuất huyết. Bóng nước mọc ở niêm mạc hô hấp, tiêu hóa, đường tiết niệu, đôi khi ở âm đạo, do đó chúng gây nuốt đau, ói mửa, đau bụng, tiêu chảy, ho, khó thở, tiểu rát, tiểu máu, xuất huyết âm đạo. Mức độ nặng nhẹ của bệnh tùy thuộc vào số lượng bóng nước, số lượng bóng nước càng nhiều bệnh càng nặng. Trẻ nhỏ thường nhẹ hơn người lớn.



Hình 1: Các nốt thủy đậu

1.4. Thời kỳ hồi phục

- Sau khoảng một tuần các bóng nước đóng mào, bệnh hồi phục, bình thường không để lại sẹo. Nếu bóng nước bội nước sẽ có thể để lại sẹo nhỏ. Mặc dù lành tính nhưng vẫn có thể gây tử vong.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu : bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Huyết thanh chẩn đoán : Có thể phát hiện kháng thể kháng virus Thủy đậu bằng các phương pháp sau :
 - + Test Kết hợp bổ thể
 - + Phương pháp Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp
 - + Test ELISA và test FAMA (Fluorescent antibody to membrane antigen)
- Phân lập virus từ dịch nốt đậu.

III. BIẾN CHỨNG:

1. Bội nhiễm: là biến chứng hay gặp nhất xảy ra do vỡ bóng nước khi BN gãi, BN sốt cao đột ngột nhưng kèm lạnh run, bóng nước hóa mủ đục và đau nhức, có thể gây nhiễm trùng huyết.

2. Viêm phổi: thủy đậu thường xảy ra từ ngày thứ 3-5 của bệnh, BN ho, đau ngực, khó thở, thở nhanh và sốt, đôi khi có ho ra máu.

3. Biến chứng thần kinh: viêm não có thể gây tử vong ở người lớn có biểu hiện: sốt, rối loạn tri giác, rung giật nhãn cầu, co giật, hôn mê.

4. Hội chứng Reye: là bệnh lý gan não gặp ở giai đoạn đậu mọc, nguyên nhân do trẻ dưới 15 tuổi uống aspirin để giảm đau, hạ sốt. Biểu hiện là lo âu, bồn chồn, kích thích, nặng hơn là hôn mê, co giật do phù não. Có thể có gan to, vàng da do xuất huyết nội tạng.

5. Dị tật bẩm sinh: Trẻ em có mẹ bị Thủy đậu trong 3 tháng cuối của thai kỳ, sau khi sinh ra có thể bị dị tật bẩm sinh như sẹo da, teo cơ, bất thường ở mắt, co giật, chậm phát triển trí tuệ.

IV. ĐIỀU TRỊ

Bệnh Thủy đậu ở trẻ bình thường nói chung lành tính và tự giới hạn, không cần điều trị đặc hiệu. Vệ sinh thân thể tốt có thể hạn chế bội nhiễm. Trẻ nhỏ cần được cắt móng tay và mặc áo quần mỏng để tránh trợt da.

1. Điều trị triệu chứng

- Giảm ngứa bằng các loại Antihistamin (Promethazine, Chlorpheniramine...)
- Giảm đau, hạ sốt bằng Paracetamol. Không dùng Aspirin ở trẻ em.

2. Điều trị nguyên nhân

- Dùng các thuốc chống virus như Vidarabine , Acyclovir, Interferon alpha...
- Vidarabine (Adenine arabinoside) : Liều dùng : 15mg/kg/ngày, tiêm TM. Có độc tính thần kinh nặng nề và không hồi phục nên ít được dùng.
- Acyclovir (Acyclo-guanosine): hiệu quả chống VZV ở những bệnh nhân có cơ địa miễn dịch bình thường nếu được sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát. Acyclovir giúp giảm sốt, giảm các triệu chứng toàn thân, giảm số lượng nốt đậu và kéo dài thời gian xuất hiện các nốt đậu mới. Không nên điều trị cho trẻ dưới 6 tuổi bị Thủy đậu chưa có biến chứng.
 - + Liều dùng : 7,5-10 mg/kg/ ngày, tiêm TM mỗi 8 giờ.
 - + Thời gian điều trị : 5-7 ngày.
- Interferon alpha : đã được sử dụng trong điều trị Thủy đậu nhưng hiệu quả chưa được nghiên cứu đầy đủ.

3. Điều trị biến chứng

- Dùng kháng sinh trong các trường hợp bội nhiễm. Bệnh nhân có hoại tử Thủy đậu phải được điều trị tích cực bằng Penicillin, 150-200 mg/kg/ngày, tiêm TM mỗi 4 giờ kết hợp với cắt lọc.

V. PHÒNG BỆNH

- Cách ly bệnh nhân cho đến khi các nốt đậu đóng mảy. Bệnh Thủy đậu rất khó phòng ngừa vì bệnh có thể lây 24-48 giờ trước khi có nốt đậu.

- Chủng ngừa :

+ Tạo miễn dịch thụ động: Globuline miễn dịch (VZIG) có thể được sử dụng cho những người tiếp xúc với bệnh nhân nhưng chưa có miễn dịch hoặc có các yếu tố nguy cơ như trẻ bị suy giảm miễn dịch mắc phải, phụ nữ có thai, bệnh ác tính, người đang dùng các thuốc ức chế miễn dịch...

Liều dùng : 125 đơn vị / 10kg, tiêm bắp. Liều tối đa 625 đv.

Thuốc chỉ hiệu quả khi dùng trong 96 giờ sau khi tiếp xúc và có thể lặp lại sau 4 tuần.

+ Tạo miễn dịch chủ động : Chỉ dùng cho những người bị suy giảm miễn dịch. Vaccine làm bằng virus sống giảm độc lực. Khả năng tạo miễn dịch khoảng 85-95%; thời gian được miễn dịch kéo dài 10 năm. Biến chứng hiếm gặp là Thủy đậu hoặc Zona nhẹ hoặc vừa.

VI. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi

- Lý do vào viện?
- Sốt? sốt ngày thứ mấy?
- Có nổi bóng nước, có ngứa không?
- Có đau bụng không?
- Tiền sử: trong gia đình hay xung quanh có ai bị mắc bệnh tương tự không?

1.2. Thăm khám

- Tổng trạng: mập, gầy.
- Tri giác: rối loạn tri giác, rung giật nhãn cầu, co giật, hôn mê?
- DHST: sốt cao, có kèm lạnh giun? Có khó thở? Thở nhanh? Co giật?
- Dinh dưỡng?
- Vệ sinh cá nhân: mắt, mũi, miệng?
- Tình trạng nốt đậu ở da? Mật độ?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Sốt cao do nhiễm siêu vi.

- Vệ sinh cá nhân kém do bóng nước vỡ.
- Nguy cơ xảy ra biến chứng nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm não.
- Kiến thức BN còn hạn chế.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Sốt cao do nhiễm siêu vi.

- Mục tiêu: duy trì thân nhiệt trong giới hạn bình thường.
- Can thiệp:
 - + Thời gian sốt phải cho BN nghỉ ngơi.
 - + Phòng thoáng mát, sạch sẽ.
 - + Lau mát, cho mặc quần áo thoáng mát, để thấm hút mồ hôi.
 - + Cho uống nhiều nước.
 - + Theo dõi nhiệt từ 15-30 phút/lần cho đến khi thân nhiệt ổn định.
 - + Thực hiện thuốc hạ sốt.
 - + Thực hiện kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Đánh giá: người bệnh hết sốt, thân nhiệt ổn định.

3.2. Vệ sinh cá nhân kém do bóng nước vỡ, đau rát, kiêng nước.

- Mục tiêu: Người bệnh được vệ sinh sạch sẽ, ngăn ngừa bội nhiễm, không kiêng nước.
- Can thiệp:
 - + Vệ sinh răng miệng, chăm sóc mắt (rửa mắt, nhỏ thuốc,..)
 - + Tắm rửa bằng dung dịch sát trùng, tránh làm vỡ nốt phỏng.
 - + Thay quần áo sạch sẽ nhiều lần trong ngày.
 - + Quần áo, khăn mặt cần được ngâm xà phòng giặt, phơi nắng hoặc ủi.
 - + Mặc áo tay dài bằng vải thoáng mát.
 - + Cắt ngắn móng tay và vệ sinh bàn tay.
 - + Trẻ nhỏ cho mang bao tay.
 - + Không gãi làm vỡ bóng nước.
 - + Thực hiện thuốc chống ngứa theo y lệnh.
 - + Sử dụng kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Đánh giá: Người bệnh được vệ sinh sạch sẽ, không kiêng nước, các bóng nước không bị vỡ, không xảy ra tình trạng bội nhiễm da.

3.3. Nguy cơ xảy ra biến chứng nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm não.

- Mục tiêu: ngăn ngừa biến chứng xảy ra, xử lý biến chứng kịp thời.
- Can thiệp:
 - + Theo dõi tình trạng hô hấp.
 - + Đánh giá mức độ ho và khó thở.
 - + Không kiêng cử trong ăn uống, nên ăn thức ăn nhiều đạm, dễ tiêu.
 - + Không ăn được bằng đường miệng phải nuôi bằng dịch truyền hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày để đảm bảo cung cấp dinh dưỡng cho BN.
 - + Theo dõi SpO₂
 - + Theo dõi tri giác.
 - + Theo dõi DHST.
- Đánh giá: Người bệnh không xảy ra các biến chứng trên.

3.4. Kiến thức của người bệnh về bệnh thủy đậu còn nhiều hạn chế

- Mục tiêu: Người bệnh có kiến thức về bệnh và cách phòng bệnh thủy đậu.
- Can thiệp: Nói cho người bệnh biết:
 - + Cách ly bệnh nhân cho đến khi bóng nước khô đóng mào.
 - + Khi tiếp xúc với BN phải mang khẩu trang.
 - + Tránh tiếp xúc với dịch nốt phỏng.
 - + Giữ da luôn sạch sẽ.
 - + Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ và giải thích cho bà mẹ hiểu, nhằm tránh những kinh nghiệm sai lầm trong dân gian (kiêng nước, cỡ ăn).
 - + Hướng dẫn lịch tiêm vaccin.
 - + Trẻ từ 12 tháng đến 18 tháng tiêm 1 liều duy nhất.
 - + Đối với người từ 13 tuổi trở lên, tiêm 2 liều cách nhau 4-8 tuần.
- Đánh giá: Người bệnh hiểu về bệnh thủy đậu và nhắc lại đúng những nội dung đã được hướng dẫn.

LƯỢNG GIÁ

Tình huống:

Bệnh nhân Nguyễn Ngọc Hà, 8 tuổi, nhập viện với lý do Mọc mụn nước toàn thân và được chẩn đoán Thủy đậu ngày thứ 6. Qua nhận định thấy: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, Da có nốt phỏng nước lẫn mủ, có nhiều nốt đã vỡ. Mạch: 100 lần/ phút, Nhiệt độ: 39,5⁰C, Huyết áp: 90/60mmHg, Nhịp thở: 25 lần/ phút, Cân nặng: 17,3kg. Ăn uống:

không muốn ăn uống. Lốp học của bệnh nhân có 3 trẻ cùng mắc bệnh như bệnh nhân. Bệnh nhân chưa được tiêm phòng thủy đậu. Bạch cầu $17.000/\text{mm}^3$.

Y lệnh điều trị: NaCl 0,9% x 500ml truyền TMC XLg/ph – 8h; Acyclovir 0,4g/lần x 4 giờ/lần; Augmentin 250mg x 3 gói uống/ ngày; Ceelin 10ml x 2 lần/ngày, uống lúc 8h và 16h; Usalota 5ml/ lần, uống lúc 21 giờ. Paracetamol 325 mg x 1 viên uống khi sốt.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh Hà cho đến khi ra viện?

BÀI 7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

MỤC TIÊU:

- 1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cách điều trị và phòng bệnh quai bị.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh quai bị.*

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch do virus quai bị gây sung, đau tuyến nước bọt, ngoài ra còn gây viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác. Bệnh quai bị nói chung lành tính, tự khỏi và thường gây miễn dịch vĩnh viễn.

2. Tác nhân gây bệnh

- Virus quai bị có cấu trúc ARN thuộc nhóm paramyxovirus. Virus tồn tại khá lâu ngoài cơ thể: ở 15.20°C sống được 50.90 ngày, tồn tại lâu ở nhiệt độ thấp, nhưng bị bất hoạt nhanh khi ra ánh nắng và trong điều kiện khô nóng.
- Các thuốc sát khuẩn thông thường tiêu diệt được chúng nhanh chóng.

3. Đặc điểm dịch tễ học

- Nguồn bệnh: Là những người đang mắc quai bị ở tất cả các thể.
- Đường lây: Bệnh lây trực tiếp bằng đường hô hấp qua những giọt nước bọt nhỏ từ người bệnh bắn ra (khi ho hắt hơi .v.v...).

Thời gian lây: Từ 7 ngày trước đến 7 ngày sau khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh.

- Khó cảm thụ: Bệnh quai bị thường gặp ở trẻ em từ 3.15 tuổi (chủ yếu 5.9 tuổi) và thanh niên từ 18.20 tuổi, hiếm gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi và người già, nam mắc nhiều hơn nữ.
- Bệnh gặp khắp nơi trên thế giới và có thể xảy ra quanh năm, nhưng thường thành dịch vào mùa Đông, Xuân.

4. Cơ chế bệnh sinh

Từ niêm mạc miệng, mũi, họng, kết mạc, virus đột nhập vào máu gây nhiễm virus huyết và gây nên các triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc ở thời kỳ đầu. Sau đó, từ máu virus đột nhập vào các tuyến nước bọt (hay gặp nhất là tuyến nước bọt mang tai), tuyến

sinh dục, tủy, thần kinh v.v... và phát triển, gây nên triệu chứng viêm cục bộ ở các cơ quan này, sau đó virus được đào thải qua nước bọt. Đôi khi có thể từ tuyến nước bọt đột nhập vào máu, gây tổn thương ở tuyến khác.

5. Đáp ứng miễn dịch

Sau khi mắc bệnh, bệnh nhân có miễn dịch bền vững. Tỷ lệ tái phát hiếm gặp (2.3%). Miễn dịch mẹ truyền cho con tồn tại khoảng 6 tháng.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng:

1.1. Lâm sàng thể điển hình mức độ vừa:

Là thể viêm tuyến mang tai (thể hay gặp nhất, chiếm 70% các thể khu trú rõ).

*** Thời kỳ ủ bệnh:**

Trung bình từ 18.21 ngày, không có triệu chứng gì.

*** Thời kỳ khởi phát:**

Sốt 38.39°C, đau đầu, đau mỏi toàn thân, ăn ngủ kém, cần tìm ba điểm đau của Rillet và Barthez đó là:

- Điểm khớp thái dương hàm
- Điểm mỏm xương chũm
- Điểm sau góc xương hàm dưới

Khi tìm được ba điểm đau trên có giá trị chẩn đoán sớm bệnh quai bị.

*** Thời kỳ toàn phát**

Sau sốt 24.28 giờ xuất hiện viêm tuyến mang tai. Lúc đầu sưng một bên, sau 1.2 ngày sưng tiếp bên kia (thường sưng cả hai bên, ít gặp sưng chỉ một bên). Tuyến mang tai sưng to đôi khi làm mất rãnh trước và sau tai, có khi biến dạng mặt, mặt phình ra, cổ bạnh, cằm xệ.

Da vùng tuyến mang tai bị căng bóng, không đỏ, ấn không lõm, sờ không nóng, đau, nước bọt ít, quánh. Viêm đỏ lỗ ống Stenon (dấu hiệu Moson).

Các triệu chứng khác:

- Đau hàm khi há miệng, khi nhai, nuốt, đau lan ra tai.
- Họng viêm đỏ.
- Sưng hạch góc hàm.

* Thời kỳ lui bệnh

Bệnh tự khỏi trong vòng 10 ngày. Thường hết sốt sau 3.4 ngày, tuyến hết sưng trong vòng 8.10 ngày, hạch sưng kéo dài hơn tuyến một chút. Tuyến nước bọt không bao giờ hoá mũ (trừ khi bội nhiễm vi khuẩn) và cũng không bao giờ bị teo. Các triệu chứng khác cũng lui dần và khỏi hẳn.

1.2. Các tổn thương ngoài tuyến mang tai

- Viêm tinh hoàn: Thường gặp ở lứa tuổi dậy thì, chiếm 20.30%. Xuất hiện vào ngày thứ 6.7 sau khi sưng tuyến mang tai, với các triệu chứng: Sốt cao 39°C. 40°C, tinh hoàn sưng to, đau nhức, da hơi bị đỏ và thường bị một bên, sau 4.5 ngày bệnh nhân hết sốt, sau hai tuần tinh hoàn mới hết sưng. Sau hai tháng mới đánh giá được tinh hoàn có teo hay không. Khoảng 30.40% bị teo. Nếu viêm teo cả hai bên tinh hoàn thì có thể gây vô sinh.

- Tổn thương thần kinh:

+ Viêm màng não: Chiếm 10.35% trẻ nhỏ, có thể xảy ra đơn độc hoặc sau viêm tuyến mang tai 3.10 ngày.

Triệu chứng lâm sàng: Sốt cao, nhức đầu, nôn, rối loạn ý thức, co giật, cổ cứng, kemig (+). Nước não tuỷ trong, tăng áp lực và tăng bạch cầu đơn nhân.

+ Viêm não: Chiếm 0,5%, có thể xảy ra đồng thời hoặc sau viêm tuyến mang tai 2.3 tuần. Biểu hiện lâm sàng: Sốt cao, nhức đầu, co giật, rối loạn hành vi, tác phong, có thể liệt. Các rối loạn ý thức và vận động trong tổn thương thần kinh do virus quai bị thường cuối cùng sẽ phục hồi, rất hiếm khi có di chứng vĩnh viễn.

- Viêm tụy cấp: Chiếm 3.7%. Thường chỉ xảy ra ở người lớn, rất hiếm ở trẻ em. Bệnh thường xảy ra vào ngày thứ 4 đến ngày thứ 10 khi viêm tuyến mang tai đã đỡ với triệu chứng sốt trở lại, đau thượng vị, nôn, đầy bụng, ỉa lỏng. Biểu hiện thường gặp là thay đổi sinh hoá (Amylaza máu và nước tiểu tăng). Bệnh diễn ra lành tính, khỏi sau 1.2 tuần.

- Tổn thương cơ quan khác:

+ Quai bị và thai nghén: Nếu nhiễm bệnh ở 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, có khả năng bị dị dạng thai, sảy thai. Nếu mắc bệnh ở 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, có thể tăng khả năng thai chết lưu hoặc đẻ non.

+ Viêm buồng trứng: 7% sau tuổi dậy thì, sốt và đau hạ vị .

- + Viêm cơ tim.
- + Viêm tuyến giáp .v.v...

2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần làm:

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu bình thường.
- Amylaza máu tăng trong viêm tuyến mang tai, viêm tụy, viêm não.
- Lipase máu tăng trong viêm tụy.
- Đường máu, đường niệu có thể tăng.
- Dịch não tủy: Biểu hiện viêm màng não nước trong.
- Siêu âm, X.quang.
- Phân lập virus (trong nước bọt, dịch não tủy, nước tiểu).
- Làm phản ứng huyết thanh chẩn đoán: Phản ứng kết hợp bổ thể, phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu, phản ứng ELISA hay phương pháp miễn dịch huỳnh quang, phát hiện kháng thể IgG, IgM.

III. ĐIỀU TRỊ

Cho đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị theo cơ chế và triệu chứng.

* Sung tuyến nước bọt mang tai:

- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại.
- Chườm nóng vùng hàm, dùng thuốc an thần nhẹ, giảm đau, hạ nhiệt bằng Paracetamol, Aspirin. Thường xuyên súc miệng bằng nước muối hoặc axit boric 5% sau ăn.
- Có thể dùng kết hợp bài thuốc đông y: Đậu xanh 30 g, tán nhỏ trộn với dấm, rồi đắp vào chỗ sưng hoặc dùng hạt gấc mài, ngâm rượu, rồi xoa vào chỗ sưng.

* Viêm tinh hoàn:

- Nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, hạn chế đi lại, chườm nóng.
- An thần, giảm đau: Paracetamol, Aspirin.
- Dùng Corticoid, Prednisolon 30 mg/ngày X 3.5 ngày.

* Viêm màng não:

- Truyền dịch Mantol, giảm áp lực nội sọ.
- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Giảm đau, chống viêm.

- Dùng Corticoid pha với dung dịch Glucose 5%, truyền tĩnh mạch.

* Viêm tụy: Chườm nóng vùng thượng vị, ăn nhẹ ăn lỏng, dùng thuốc giảm đau nếu cần.
Chú ý loại trừ các bệnh cảnh phải can thiệp ngoại khoa.

IV. PHÒNG BỆNH

Cách ly bệnh nhân ít nhất là 2 tuần. Người tiếp xúc với bệnh nhân cần phải đeo khẩu trang.

* Tạo miễn dịch chủ động: Dùng vaccine sống giảm động lực, bảo vệ được 75.95% trường hợp tiếp xúc miễn dịch ít nhất 17 năm. Hiện nay đang dùng cho trẻ em tiêm vaccine phối hợp 3 trong 1 (sởi.quai bị.rubella). Tiêm cho trẻ 2 lần:

Lần 1: Lúc 12.15 tháng tuổi.

Lần 2: Lúc 4.6 tuổi.

* Tạo miễn dịch thụ động: Dự phòng đặc hiệu bằng γ globulin miễn dịch chống quai bị, dùng sớm cho phụ nữ có thai khi tiếp xúc với bệnh nhân quai bị, 3.4 ml tiêm bắp.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

*** Hỏi:**

Phát hiện triệu chứng bằng cách hỏi: Bị bệnh từ bao giờ? Dịch tể xung quanh.
Quá trình sốt, sưng đau tuyến mang tai, có ăn được không, có bị nôn không?

*** Khám:**

Chú ý các dấu hiệu: Sưng tuyến nước bọt, sưng một bên hay hai bên, da vùng sưng.

- Đau tuyến nước bọt: Khám 3 điểm đau, đau liên quan đến nuốt?

- Khám lỗ ống Stenon xem có mủ chảy ra không?

- Sưng đau tinh hoàn, sưng đau 1 bên hay 2 bên, đánh giá mức độ sưng, đau.

- Bệnh nhân nôn nhiều, đau thượng vị, biểu hiện viêm tụy cấp. Lấy mạch, đo huyết áp, phát hiện sốt.

- Tri giác: Li bì, co giật, rối loạn hành vi, tác phong, liệt.

- Dấu hiệu sinh tồn: Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.

* **Thực hiện đầy đủ xét nghiệm** giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi diễn biến bệnh:

- Xét nghiệm huyết học, làm công thức máu.

- Sinh hóa, Amylaza máu, Lipase máu, đường máu ...

- Dịch não tủy trong trường hợp viêm màng não.

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm siêu vi.
- Bệnh nhân đau tuyến mang tai, tụy, tinh hoàn, tổn thương thần kinh do virus quai bị làm tổn thương viêm.
- Dinh dưỡng kém liên quan đến tình trạng đau và khó nuốt do viêm tuyến mang tai.
- Gia đình và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm siêu vi

Mục tiêu: Duy trì nhiệt độ cơ thể ở mức bình thường.

Can thiệp:

- Cách ly người bệnh buồng riêng, thoáng, nghỉ ngơi tại giường, đặc biệt trong giai đoạn sốt. Đo nhiệt độ theo giờ, tùy tình trạng mỗi người bệnh. Nói rộng quần áo.
- Hạ sốt cho người bệnh: Chườm ấm vùng trán, nách, bẹn. Khi bệnh nhân sốt cao > 39°C, dùng Paracetamol hạ nhiệt. Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ sau khi dùng thuốc hạ sốt.
- Khuyến người bệnh uống nhiều nước hoặc Ozesol.

3.2. Bệnh nhân đau tuyến mang tai, tụy, tinh hoàn, tổn thương thần kinh do virus quai bị làm tổn thương viêm

Mục tiêu: Giảm đau, giảm viêm cho người bệnh.

Can thiệp:

- Hàng ngày theo dõi mức độ đau và sưng tuyến mang tai, tinh hoàn (khi viêm tinh hoàn), đau thượng vị (khi viêm tụy).
- Chườm ấm có tác dụng giảm đau:
Với bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mang tai: Chườm ấm vùng hàm, có thể dùng đậu xanh 30 gam tán nhỏ trộn với dấm đắp vào chỗ sưng hoặc mài hạt gấc ngâm rượu, xoa vào chỗ sưng.
Với bệnh nhân viêm tinh hoàn: Mặc quần lót chặt để treo tinh hoàn, chườm ấm.
Với bệnh nhân viêm tụy: Chườm ấm vùng thượng vị.
- Nghỉ ngơi có tác dụng giảm đau. Bệnh nhân phải nằm yên trong thời gian sốt và

sung tuyến, hạn chế đi lại trong khoảng 4.6 ngày đầu. Nằm nghỉ tuyệt đối với trường hợp viêm màng não.

- Dùng các thuốc giảm đau như Paracetamol hoặc Aspirin. Dùng thuốc chống viêm Corticoid cho bệnh nhân viêm tinh hoàn và viêm màng não.

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

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

3.3. Dinh dưỡng kém liên quan đến tình trạng đau và khó nuốt do viêm tuyến mang tai

Mục tiêu: Dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh.

Can thiệp:

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

Súc miệng nước muối hoặc axit Boric 5% sau khi ăn.

- Bệnh nhân viêm tụy ăn kém do nôn nhiều, theo dõi tình trạng nôn của bệnh nhân.

Đặt sonde hút dịch dạ dày, lưu ống thông cho đến khi đỡ nôn và giảm chướng bụng. Bệnh nhân nhịn ăn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

Cho bệnh nhân ăn lại qua đường miệng khi bệnh nhân hết đau bụng, hết nôn ói, men tụy giảm. Trong 1.2 ngày đầu: Nuôi bằng nước đường, cháo đường (nửa đặc, nửa loãng). Thức ăn mềm dần 3 ngày tiếp theo. Cuối cùng cho ăn đặc. Không cho ăn mỡ và tránh dùng sữa.

- Bệnh nhân viêm màng não, hôn mê; Phải đặt sonde ăn.

3.4 . Gia đình và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh:

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà nhận biết được tầm quan trọng của bệnh, để phối hợp điều trị, chăm sóc, ngăn ngừa được những biến chứng xảy ra và biết cách phòng bệnh.

Can thiệp:

- Ngay khi bệnh nhân mới vào viện, người điều dưỡng hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân và thân nhân bằng thái độ dịu dàng, để bệnh nhân yên tâm điều trị.

- Nên có buổi tư vấn về bệnh tật và tiến triển của bệnh để bệnh nhân biết cách giữ gìn, tránh lây lan cho những người xung quanh.

- Bệnh nhân phải nằm phòng cách ly, yên tĩnh, hạn chế đi lại.

- Bệnh nhân và người nhà phải đeo khẩu trang.

- Hướng dẫn chế độ ăn uống, cách chườm ấm để giảm đau.

- Hướng dẫn cách phát hiện những dấu hiệu: Đau nhói vùng tinh hoàn, đau quanh 2 hố chậu (đối với bệnh nhân nữ), đau vùng thượng vị, buồn nôn hoặc nôn, có biểu hiện li bì hoặc mê sảng, yếu hoặc liệt chi, tác dụng phụ của thuốc, ... Phải báo ngay cho nhân viên y tế, để xử lý kịp thời.

- Hướng dẫn người nhà vệ sinh sạch sẽ trước và sau khi chăm sóc bệnh nhân. Hướng dẫn người chưa mắc bệnh quai bị, nên đi tiêm phòng vaccine.

4. Đánh giá:

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân quai bị, người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh thường xuyên để đánh giá được kết quả chăm sóc và điều trị bệnh quai bị. Những vấn đề cần đánh giá là:

- Sốt.
- Sưng đau tuyến mang tai, tinh hoàn, tuyến tụy.
- Xét nghiệm Amylaza máu.
- Dinh dưỡng.
- Bệnh nhân có thực hiện lời khuyên giáo dục sức khỏe không?

Kết quả mong muốn là :

- Bệnh nhân hết sốt.
- Không còn sưng đau các tuyến mang tai, tinh hoàn, tuyến tụy.
- Amylaza máu bình thường.
- Bệnh nhân ăn ngủ tốt, lên cân.
- Bệnh nhân và người nhà biết cách chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phòng ngừa bệnh quai bị.

BÀI 8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY AMIP

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh ly Amip.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ly Amip.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Bệnh ly Amip là một bệnh truyền nhiễm, lây bằng đường tiêu hoá do ký sinh trùng *Entamoeba histolytica* gây ra, bệnh diễn biến cấp tính bằng hội chứng ly, dễ chuyển thành ly mãn tính và gây nhiều biến chứng nặng (áp xe gan, áp xe não, áp xe phổi).

2. Tác nhân gây bệnh: Trong cơ thể, *Entamoeba histolytica* tồn tại dưới 3 dạng:

- Thể hoạt động ăn hồng cầu: Lớn, đường kính 30-40 μ m di động và chứa nhiều hồng cầu, tìm thấy trong phân bệnh nhân ly cấp tính.
- Thể không ăn hồng cầu: Kích thước 15-25 μ m, không chứa hồng cầu.
- Thể bào nang: Không di động, nhỏ, kích thước 10-14 μ m, có vỏ bọc.

3. Đặc điểm dịch tễ học

- **Nguồn bệnh:** Là người mang bào nang amip (người bệnh, người vừa khỏi bệnh, người lành mang bào nang).

- **Đường lây truyền bệnh:**

+ Lây gián tiếp qua thức ăn, nước uống, côn trùng trung gian trong đó ruồi là trung gian truyền bệnh nguy hiểm.

+ Lây trực tiếp: Thường do tay bẩn, bào nang dính dưới móng tay, từ đó được đưa vào miệng qua thức.

- **Cơ thể cảm thụ:** Tuổi mắc bệnh nhiều nhất 20-30 tuổi. Trẻ dưới 5 tuổi ít mắc.

Bệnh thường tản phát, đôi khi có thể gây những vụ dịch lớn.

4. Cơ chế bệnh sinh

Kén Amip ly qua dạ dày tới tá tràng, kén bị phá vỡ lớp vỏ (bởi pH kiềm, nhiệt độ tương thích và trypsin của tụy) để giải phóng Amip 4 nhân (thể xuất kén). Thể này di chuyển xuống đại tràng (tập trung chủ yếu ở hồi manh tràng) và phát triển thành 8 Amip nhỏ (thể Minuta). Thể hoạt động nhỏ sống cộng sinh, không gây bệnh nếu như không có tổn thương niêm mạc đại tràng. Thể hoạt động nhỏ, theo phân ra ngoài môi trường. Trong quá trình đào thải phân, một số thể hoạt động nhỏ phát triển thành kén. Trong điều kiện niêm mạc bị tổn thương (do viêm nhiễm bởi vi khuẩn hoặc chấn thương), thể hoạt động nhỏ xâm nhập vào thành ruột, chúng phát triển thành thể hoạt động lớn, ăn hồng cầu và tiết enzym tiêu hủy protein (protease) dẫn tới hoại tử thành ruột, tạo ổ loét. Ổ loét miệng nhỏ, đáy rộng và sâu, có trường hợp thủng đại tràng, gây viêm phúc mạc. Các ổ loét có thể thông với nhau và thường bị bội nhiễm vi khuẩn, tạo ra các ổ áp xe.

Một số trường hợp thể hoạt động lớn, xâm nhập theo tĩnh mạch, bạch mạch hoặc di chuyển trực tiếp tới cơ quan, nội tạng để gây tổn thương các cơ quan ngoài ruột như gan, phổi, não. Amip còn gây ra những u hạt ở ruột.

5. Đáp ứng miễn dịch: Bệnh không có miễn dịch bền vững, 90% người nhiễm không có triệu chứng lâm sàng.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Ly Amip cấp tính:

- Nung bệnh: 1-2 tuần, có khi vài tháng.
- Khởi phát: Thường từ từ, đôi khi cấp tính. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là mệt, chán ăn, đau bụng, thường không có sốt, nếu có cũng chỉ sốt nhẹ, người bệnh cảm thấy sức khỏe bình thường.
- Toàn phát: Hội chứng ly là tổn thương đặc trưng bởi các biểu hiện:
 - + Đau quặn bụng: Bệnh nhân đau âm ỉ, dọc khung đại tràng, thỉnh thoảng xuất hiện cơn đau quặn. Cơn đau quặn thường ở hố chậu phải (vùng hồi manh tràng), mỗi cơn đau quặn thường dẫn tới cảm giác buồn ỉa, ỉa xong có giảm đau, nhưng nhanh chóng xuất hiện đau lại.
 - + Mót rặn: Đi ỉa ngày từ vài lần đến vài chục lần, bệnh nhân không có cảm giác hết phân, do vậy, bệnh nhân luôn có cảm giác buồn ỉa, khiến bệnh nhân phải liên tục rặn ỉa. Hầu hết, mỗi lần rặn, bệnh nhân ỉa ra phân có nhày, máu. Tuy nhiên, có những lần rặn, bệnh nhân không ỉa ra phân (đi ỉa giả). Đây là triệu chứng đặc trưng của bệnh.
 - + Thay đổi tính chất phân: Vài ngày đầu, phân thường lỏng, sệt, có ít nhày, có ít máu. Về sau, phân chủ yếu là nhày, máu. Nhày của phân ly Amip trong như nhựa chuối, đứng riêng rẽ, không lẫn máu, dính bô.

Bệnh thường ít gây ra mất nước điện giải.

- Tiến triển: Điều trị đúng, bệnh khỏi sau 7-10 ngày điều trị. Bệnh dễ tiến triển thành mạn tính, nếu không điều trị hoặc điều trị không đúng.

1.2. Ly Amip mạn tính

Là hậu quả trực tiếp ở những bệnh nhân bị ly Amip cấp tính không được điều trị, hoặc điều trị không đúng. Bệnh ly Amip mạn tính thường diễn biến kéo dài, bệnh hay tái phát.

Triệu chứng lâm sàng như viêm đại tràng mạn:

- + Đau bụng liên tục hay từng cơn, có thể không khu trú hay tập trung ở khung đại tràng, manh tràng.
- + Rối loạn tiêu hóa, thường là tiêu chảy, ợ hơi, ăn không tiêu khi ăn thức ăn lạ, đôi khi táo bón. Bệnh nhân suy nhược, biếng ăn, sụt cân.

2- Xét nghiệm:

- Soi phân tươi thấy các thể Amip ly. Xét nghiệm Eliza phát hiện kháng thể, có giá trị chẩn đoán định hướng.

- Soi đại tràng: Niêm mạc ít xung huyết, lòng đại tràng có nhày trong, ổ loét dạng cúc áo rải rác trên bề mặt niêm mạc.
- X quang ruột già: Phát hiện thủng ruột, lồng ruột, hẹp lòng ruột già.

3. Biến chứng

- Biến chứng tại ruột do lỵ Amip :
 - + Thủng ruột và viêm phúc mạc.
 - + Xuất huyết tiêu hoá.
 - + Lồng ruột thường gặp nhất ở vùng manh tràng.
 - + Viêm loét đại tràng sau lỵ Amip.
 - + Sa niêm mạc trực tràng.
 - + U Amip.
- Các biến chứng ngoài ruột do Amip:
 - + Áp xe gan, áp xe phổi, áp xe não, viêm màng ngoài tim ...

III- ĐIỀU TRỊ

* Thuốc diệt Amip

- Các loại thuốc diệt Amip ở các mô:

Thuốc khuếch tán theo đường máu xâm nhập đến các mô cư trú của Amip. Có thể dùng 1 trong các thuốc sau:

- + Metronidazol (Flagyl, Klion) viên 0,25 g, liều 25-30 mg/kg/ngày x 10 ngày.
- + Metronidazol liều lượng 500 mg, chai 100 ml sử dụng đường tĩnh mạch.
- + Tinidazol viên 0,5 g hoặc Secnidazol viên 0,5 g hoặc Flagentyl viên 0,5 g x 4 viên/ngày x 3 ngày liên tục.
- + Dehydroemetyl liều lượng 1mg/kg/ngày x 7 ngày, tiêm bắp.

- Thuốc diệt Amip trong lòng ruột: Thuốc có tác dụng với E.Minuta và kén trong lòng ruột. Sau khi điều trị, thuốc diệt Amip trong các mô, nếu trong ruột còn kén Amip, thể E.Minuta thì dùng 1 trong các loại thuốc sau:

- + Intetrix (Tiliquinol-Tilbroquinol): 4 viên/ngày x 14 ngày.
- + Diloxanide furoat: 500 mg x 3 lần/ngày x 10 ngày.
- + Paromomycin, Tetracycline.

* **Kháng sinh:** Trong lỵ Amip cấp, thường kết hợp với các kháng sinh: Cotrimoxazol, Erythromycine, Rovamycine.

* **Các thuốc dẫn cơ, chống co thắt:** Papaverin, Nospa, Seduxen ..., thuốc băng se niêm mạc ruột: Smecta.

* **Điều trị biến chứng:** Tháo mũ các ổ áp xe: áp xe gan, áp xe phổi.

IV- PHÒNG BỆNH

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là vệ sinh ăn uống, tránh để lây nhiễm kén Amip vào thức ăn, nước uống.
- Xử lý phân: Tuyệt đối không dùng phân tươi bón rau quả, khi dùng rau quả tươi phải rửa sạch, có thuốc sát trùng hoặc có thể xử lý bằng tia cực tím để diệt kén Amip.

- Điều trị những người lành mang kén Amip.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

* Hỏi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân: Bệnh xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh. Liên quan dịch tễ với những người xung quanh.

- Tiền sử đau bụng, vị trí đau: Đau quanh rốn hay vùng đại tràng? Đau bên phải hay bên trái khung đại tràng? Đau quặn bụng hay âm ỉ? Liên tục từng cơn hay dữ dội?

- Đi ngoài phân lỏng, có nhày, máu? Số lần đi ngoài? Số lượng phân?

- Có biểu hiện mót rặn?

- Có biểu hiện sốt, nhiệt độ cao nhất?

- Có mệt mỏi, chán ăn? Buồn nôn hay nôn?

- Bụng có đầy hơi không?

- Có đau rát vùng hậu môn?

- Có bị sụt cân so với 1 tháng gần đây?

* Khám để phát hiện các triệu chứng và biến chứng của bệnh ly Amip:

- Tìm dấu hiệu nhiễm khuẩn: Xem lưỡi có bẩn? Đo nhiệt độ, nếu sốt cao là có biến chứng.

- Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: Tỉnh hay lơ đãng, mặt hốc hác? Nhấn nhỏ do đau bụng?

- Khám bệnh nhân có đau bụng? Vị trí đau, tính chất cơn đau, có phản ứng thành bụng không? Bụng có chướng không?

- Xem bệnh nhân có mót rặn không?

- Xem bệnh nhân có nôn không? Tính chất dịch nôn?

- Quan sát phân: Tính chất phân, số lần đi ngoài, số lượng phân.

- Đánh giá mức độ mất nước điện giải dựa vào dấu hiệu mạch, huyết áp, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, mắt, đo lượng nước tiểu.

- Đếm mạch, đo huyết áp, phát hiện bất thường.

- Phát hiện biến chứng sớm: Sốc do mất nước điện giải nặng, sa trực tràng, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, áp xe gan....

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:

+ Xét nghiệm phân.

+ Soi đại tràng.

+ Xét nghiệm công thức máu.

2. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy, suy kiệt.

- Rối loạn tiêu hóa do niêm mạc đại tràng bị tổn thương viêm, hoại tử.

- Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa bởi đại tràng viêm.

- Người nhà và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh.

3- Can thiệp điều dưỡng:

3.1. Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy, suy kiệt:

Mục tiêu: Bù nước và điện giải đầy đủ, kịp thời, không để bị rối loạn nước và điện giải.

Can thiệp:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/lần trong 7-8 giờ đầu, sau đó 3-4 giờ/lần.
- Cân bệnh nhân.
- Đánh giá mức độ mất nước: Độ I, độ II hay độ III.

Nếu bệnh nhân tiêu chảy chưa có dấu hiệu mất nước, cần khuyến khích bệnh nhân uống Oresol. Nếu không có Oresol, uống các dung dịch thay thế như: Nước dừa, nước súp, nước hoa quả, nước cháo loãng thêm muối và có thể cho thêm chuối nghiền để cung cấp kali.

- Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước, bù dịch cho bệnh nhân bằng uống Oresol hay truyền dịch.

+ Nếu cho uống Oresol, phải hướng dẫn cho bệnh nhân cách pha Oresol. Nếu trẻ dưới 2 tuổi, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút. Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút sau, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 2-3 phút.

+ Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước và không thể uống được hoặc mất nước nặng tiêm truyền không thể thực hiện được, thì đặt ống thông mũi dạ dày để đưa dung dịch Oresol vào.

+ Nếu bệnh nhân phải truyền dịch bằng nhiều đường, theo dõi sát tốc độ truyền. Khi mạch, huyết áp ổn định, giảm tốc độ truyền. Chú ý phát hiện dấu hiệu phù phổi cấp (khó thở, ho khạc ra bọt màu hồng).

Sau 3-4 giờ đánh giá lại mức độ mất nước.

- Đo lượng nước tiểu 15-30 phút/lần. Nước tiểu tăng là tưới máu tốt ; 3-4 giờ bài tiết một lần là dấu hiệu tốt.

- Đo nhiệt độ ở nách (không lấy nhiệt độ ở hậu môn), nếu nhiệt độ hạ, phải ủ ấm cho bệnh nhân.

- Khi bệnh nhân có dấu hiệu sốc, cho bệnh nhân thở ôxy, lắp máy monitor theo dõi mạch, huyết áp: 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần, tùy tình trạng bệnh nhân. Chuẩn bị thuốc vận mạch theo y lệnh, chuẩn bị thuốc nâng mạch, huyết áp theo chỉ định.

- Theo dõi tri giác, dấu hiệu khát nước, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, số lượng nước xuất nhập.

- Nếu bệnh nhân bị nhiễm toan, cần bù thêm NaHCO_3 .

- Theo dõi nếu bệnh nhân có dấu hiệu giảm Ka li máu, gây rối loạn nhịp tim, bụng chướng, cần bù Ka li cho bệnh nhân.

- Lấy máu làm xét nghiệm: Công thức máu, Hematocrit, điện giải đồ.

3.2. Rối loạn tiêu hóa do niêm mạc đại tràng bị tổn thương viêm, hoại tử:

Mục tiêu: Bệnh nhân hết rối loạn tiêu hóa.

Can thiệp:

- Sắp xếp cho bệnh nằm buồng bệnh thuận lợi cho việc đi vệ sinh. Đối với bệnh nhân nặng, cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thùng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có đựng thuốc sát khuẩn.

- Theo dõi số lần đi ngoài, số lượng phân, tính chất phân. Nếu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa: Nôn ra máu, đi ngoài ra máu số lượng nhiều, cần phải dùng thuốc cầm máu Transamin hoặc truyền máu theo y lệnh.

- Theo dõi tình trạng đau bụng của bệnh nhân: Thường đau ở vùng manh tràng (hố chậu phải), rất dễ nhầm với viêm ruột thừa ; Đau dọc khung đại tràng, dễ nhầm với loét dạ dày và đau hố chậu trái do tổn thương đại tràng sigma.

+ Hướng dẫn bệnh nhân chườm ấm vùng khung đại tràng.

+ Dùng thuốc giảm đau, dẫn cơ: Nospa, Atropin ..., băng se niêm mạc: Smecta.

- Theo dõi tình trạng mót rặn: Đau rát vùng hậu môn, kèm cảm giác đòi đi đại tiện nhiều lần. Bệnh nhân bị biến chứng sa trực tràng, cần được ngâm rửa bằng nước ấm sau khi đi ngoài và các dung dịch sát khuẩn sau mỗi lần đi ngoài.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp. Nếu bệnh nhân sốt cao, dễ bị biến chứng như thủng ruột, viêm phúc mạc, áp xe gan ... cần chườm mát, hạ nhiệt cho bệnh nhân theo y lệnh.

- Theo dõi, phát hiện biến chứng: Dấu hiệu đau bụng dữ dội (thủng ruột), đau vùng gan, xuất huyết niêm mạc trực tràng, chướng bụng... báo cho bác sĩ, xử lý kịp thời.

- Đo lượng nước tiểu hàng ngày.

- Hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước, Oresol.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc diệt Amip, kháng sinh khi có bội nhiễm, theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- Vệ sinh cá nhân: Vệ sinh sạch sẽ hậu môn sau mỗi lần đi ngoài.

- Xử lý chất thải bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B theo quy định, để 10-15 phút trước khi đổ vào bồn cầu.

- Lấy phân gửi xét nghiệm. Chỉ cho bệnh nhân ra viện, khi soi phân 2 lần, không phát hiện kén Amip ly.

- Xét nghiệm máu.

- Đưa bệnh nhân đi soi đại tràng.

3.3. Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa bởi đại tràng viêm:

Mục tiêu: Bệnh nhân được dinh dưỡng đầy đủ.

Can thiệp:

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

- Cân bệnh nhân để đánh giá BMI. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh tay sạch sẽ trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh hoặc sờ mó vào các vật dụng, chất thải.

3.4. Người nhà và bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh:

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà hiểu được các kiến thức liên quan đến bệnh, yên tâm hợp tác điều trị.

Can thiệp:

- Ngay khi vào viện, cần hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bằng thái độ dịu dàng.
- Hướng dẫn cách theo dõi và phát hiện dấu hiệu bất thường liên quan đến biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa, sa trực tràng, lồng ruột, áp xe gan, ... báo cho nhân viên y tế để xử lý kịp thời.
- Hướng dẫn thực hiện vệ sinh an toàn thực phẩm, thực hiện ăn chín, uống sôi, thức ăn phải được đun kỹ, tránh ruồi, nhặng.
- Sử dụng nguồn nước sạch, vệ sinh tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, sau khi chăm sóc người bệnh và sờ mó vào các vật dụng của người bệnh.
- Xử lý các chất thải như phân, rác, chất nôn, ... của người bệnh đúng quy định.

4. Đánh giá:

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lỵ Amip, người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh thường xuyên để đánh giá được kết quả chăm sóc và điều trị bệnh lỵ Amip. Những vấn đề cần đánh giá là:

- Màu sắc, số lượng, tính chất phân.
- Đau quặn, mót rặn.
- Biến chứng.
- Lấy mạch, đo huyết áp, nhiệt độ.
- Soi phân.
- Bệnh nhân có thực hiện lời khuyên giáo dục sức khỏe không?

Kết quả mong muốn là :

- Bệnh nhân đi ngoài phân thành khuôn.
- Hết đau quặn mót rặn.
- Các biến chứng được ngăn ngừa, phát hiện và xử lý kịp thời.
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp bình thường.
- Bệnh nhân ăn ngủ tốt, lên cân.
- Soi phân 2 lần không phát hiện kén Amip lỵ.
- Bệnh nhân và người nhà biết cách chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phòng ngừa bệnh lỵ Amip.

BÀI 9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY TRỰC KHUẨN

MỤC TIÊU:

- 1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh ly trực khuẩn.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh mắc ly trực khuẩn.*

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Ly trực khuẩn là bệnh truyền nhiễm gây dịch do các trực khuẩn Shigella lây qua đường tiêu hoá. Bệnh biểu hiện chủ yếu bằng sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân máu mũi và nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân.

2. Tác nhân gây bệnh

Là trực khuẩn Shigella bắt màu Gram (-) không di động. Shigella được chia thành 4 nhóm chính A, B, C, D như sau:

Nhóm A: Shigella Dysenteriae

Nhóm B: Shigella Flexneri

Nhóm C: Shigella Boydii

Nhóm D: Shigella Sonnei

Ngày nay, 4 nhóm này được phân làm 40 týp huyết thanh. Shigella Dysenteriae có 10 týp huyết thanh, trong đó Shigella Dysenteriae typ 1 (còn gọi là Shigella Shiga) hay gây dịch và tử vong cao hơn các týp khác.

Các Shigella gây bệnh bằng nội độc tố Lipopolysaccharide (LPS). Ngoài ra, Shigella Dysenteriae typ 1 (Sh. Shigella) còn gây bệnh bằng ngoại độc tố Shigatoxin.

Trực khuẩn Shigella tồn tại trong nước ngọt, rau sống, thức ăn từ 7-10 ngày ở nhiệt độ phòng. Ở đồ vải nhiễm bẩn, trong đất: 6-7 tuần. Tuy nhiên, bị diệt nhanh trong nước sôi, dưới ánh sáng mặt trời và các thuốc khử trùng thông thường.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

- Nguồn bệnh:

+ Người bệnh là nguồn quan trọng, thải vi khuẩn trong suốt thời gian mang bệnh và phục hồi (khoảng 6 tuần lễ).

+ Người lành mang trùng.

- Đường lây:

+ Bệnh lây trực tiếp từ người sang người qua tay bắt tiếp xúc với phân bệnh nhân.

+ Đường lây gián tiếp qua trung gian như đồ dùng chung, thực phẩm, nước, do ruồi nhặng truyền bệnh cũng thường xảy ra .

- **Cơ thể cảm thụ:** Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, nhất là trẻ em < 3 tuổi. Trẻ em và người già khi mắc bệnh thì thường bị nặng hơn những người khác, do mất nước và nhiễm độc.

- Bệnh có mặt ở khắp mọi nơi trên thế giới, nhưng dễ dàng gây dịch ở các vùng có điều kiện vệ sinh môi trường và thực phẩm kém. Bệnh xảy ra tản phát quanh năm, thường thành dịch vào mùa hè.

4. Cơ chế bệnh sinh

Trực khuẩn qua niêm mạc dạ dày, ruột non xuống tới đại tràng, mới đột nhập vào niêm mạc đại tràng và gây bệnh. Trực khuẩn lỵ có thể xâm nhập tới hạch mạc treo đại tràng nhưng thường không tràn vào máu. Tại niêm mạc đại tràng, trực khuẩn lỵ gây viêm xuất tiết, chảy máu. Tiêu huỷ tế bào niêm mạc đồng thời giải phóng nội độc tố và cả ngoại độc tố (đối với Sh.shiga). Độc tố tác động lên toàn thân gây hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, các triệu chứng tim mạch, tiết niệu v.v... Tại chỗ, độc tố tác động lên thần kinh hệ vận động, hệ cảm giác và hệ thực vật gây các triệu chứng đau quặn, mót rặn, đi ỉa nhiều lần, phân có nhiều máu, mủ. Gây rối loạn các chức năng của ruột, mất thăng bằng nước, điện giải và kiềm toan.

5. Đáp ứng miễn dịch:

Miễn dịch sau mắc bệnh yếu, không bền vững, tồn tại 1-2 năm, chỉ đặc hiệu 1 chủng, không có miễn dịch chéo.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh:

Kéo dài 12-72 giờ (trung bình 1-5 ngày), không có triệu chứng gì.

1.2. Thời kỳ khởi phát:

Kéo dài từ 1-3 ngày, bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu như:

- Hội chứng nhiễm trùng: Bệnh nhân sốt cao 39°C-40°C, buồn nôn hoặc nôn, toàn thân mệt nhọc. Trẻ nhỏ có thể co giật do sốt cao.

- Triệu chứng tiêu hoá: Đi ỉa lỏng hoặc phân toàn nước vàng kèm theo đau bụng, có thể dẫn đến mất nước và điện giải.

1.3. Thời kỳ toàn phát:

Bệnh cảnh ly đầy đủ với hai hội chứng:

- Hội chứng nhiễm trùng độc nặng: Môi khô, lưỡi bẩn, hốc hác, suy sụp nhanh. Sốt cao 39°C-40°C, giảm sau vài ngày.

- Hội chứng ly điển hình:

+ Đau quặn bụng dọc khung đại tràng từng cơn, rất khó chịu, thường hết đau sau mỗi lần đi ngoài.

+ Mót rặn ngày càng nhiều, làm bệnh nhân phải đi ngoài nhiều lần, có thể dẫn đến sa trực tràng ở người già suy kiệt.

+ Đại tiện phân nhày máu, đi nhiều lần (10-40 lần/1 ngày), lượng phân càng ít dần.

+ Một số bệnh nhân biểu hiện mất nước và điện giải: Khát nước, môi khô, đái ít ... Khi đi ngoài ngoài nhiều, thường có giảm Na^+ , Cl^- , K^+ và HCO_3^- v.v...

+ Khám bụng: Thường thấy đau rõ ở nửa dưới bụng bên trái, vùng đại tràng sigma, hoặc đau toàn bộ khung đại tràng.

1.4. Thời kỳ lui bệnh:

Bệnh thường hết sốt sau vài ngày, đỡ đau bụng và mót rặn, đi ngoài phân thành khuôn. Ăn uống biết ngon miệng. Nếu được điều trị, khỏi sau 3-5 ngày.

2- Xét nghiệm:

- Công thức máu: Bạch cầu thường tăng 15.000/ mm^3 , chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

- Xét nghiệm phân: Soi phân tươi, thấy rất nhiều hồng cầu và bạch cầu đa nhân trung tính.

Cấy phân trên môi trường ss, DCL ... để phân lập được Shigella.

Soi trực tràng: Niêm mạc hồng đều với loét chợt, nông lan toả.

3- Biến chứng:

Thường ít khi xảy ra, ngay cả trong trường hợp không được điều trị, trừ người già và trẻ nhỏ.

- Biến chứng sớm:

- + Sốc do mất nước điện giải.
- + Biến chứng thần kinh có thể xảy ra sớm: Đau đầu, ảo giác lơ mơ, co giật, phù não.
- + Thủng ruột già ở những người cơ địa suy kiệt.
- + Sa trực tràng: Thường gặp ở người già.
- + Nhiễm khuẩn huyết và shock nhiễm khuẩn.
- + Viêm não, viêm phổi, hội chứng tán huyết urê huyết cao ...
- Biến chứng muộn:
 - + Suy dinh dưỡng phù nề toàn thân do mất chất đạm kéo dài .
 - + Viêm loét đại tràng .
 - + Viêm khớp gôi, mắt cá chân.
 - + Hội chứng Reiter ở người có HLA-B27 dương tính.

III. ĐIỀU TRỊ

* Bồi hoàn nước điện giải: Cần được thực hiện như các trường hợp tiêu chảy khác với dung dịch Oresol uống sớm hoặc dịch truyền nếu mất nước điện giải nặng.

* Kháng sinh: Có vai trò rút ngắn thời gian bệnh và thải vi trùng ra phân.

- Chỉ dùng ở vùng ít kháng thuốc:

Ampixilin 100 mg/ kg/24h

Cotrimoxazon 480mg xl viên/10 kg cân nặng- chia 2 lần

- Thuốc lựa chọn cho vùng kháng Ampixilin và Cotrimoxazon, là Cephalosporin thế hệ III :

Ceftriaxon: 2 g/ngày, TM

Cefixime: 200 mg x 2 lần/ngày, uống

- Fluoroquinolone rất hiệu quả, nhưng chỉ dùng được cho người lớn:

Ciprofloxacin: 500mg x 2 lần /ngày

Ofloxacin: 200 mg x 2 lần, uống

- Thuốc dùng cho những trường hợp kháng thuốc:

Azithromycin: Uống liều duy nhất 1 g hay : Ngày 1 uống 500 mg ; Ngày 2, 3, 4, 5 uống 250 mg.

Có thể chọn 1 trong các thuốc kháng sinh trên để điều trị, thời gian điều trị kéo dài 5 ngày.

* Điều trị triệu chứng:

Không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như Atropine, Loperamide ... vì làm kéo dài thời gian bệnh và chậm thải trừ vi trùng.

An thần nhẹ như Seduxen.

Vitamin nhóm B (B1, B2...)

IV. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, vệ sinh nước: Cần rửa tay cẩn thận trước khi ăn và chế biến thực phẩm. Sử dụng nước sạch. Sử lý nước thải hợp vệ sinh, diệt ruồi. Kiểm tra vệ sinh các loại thức uống và thức ăn chế biến sẵn.
- Phát hiện và cách ly người bệnh. Sát trùng chất thải cho bệnh nhân.
- Kiểm tra phát hiện người lành mang trùng, người nhiễm trùng nhẹ, nhất là nhân viên trong khâu chế biến thực phẩm.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

Phát hiện các triệu chứng bệnh lý trực khuẩn bằng cách hỏi, quan sát và khám.

1.1. Hỏi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân:

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

1.2. Khám

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở tùy theo tình trạng của bệnh nhân.
- Tri giác: Bệnh nhân tỉnh hay lơ đãng, mặt hốc hác? Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc.

Quan sát phân: Số lượng phân, màu sắc, có nhầy máu mũi không? Số lần đi ngoài, số lượng phân.

- Đánh giá mức độ mất nước điện giải dựa vào dấu hiệu mạch, huyết áp, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, mắt, đo lượng nước tiểu.
- Khám bụng xem có phản ứng thành bụng hay không: Vị trí đau, vùng đại tràng

sigma hoặc toàn bộ khung đại tràng, tình trạng chướng bụng?

- Phát hiện biến chứng sớm: Shock do mất nước điện giải nặng, sa trực tràng ở người già.
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:
 - + Xét nghiệm phân: Soi, cấy.
 - + Soi trực tràng.
 - + Xét nghiệm công thức máu.

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy.
- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng nhiễm độc.
- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải bởi đại tràng viêm.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm.
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy

Mục tiêu: Bù nước và điện giải đầy đủ, kịp thời, không để bị rối loạn nước và điện giải.

Can thiệp:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/lần trong 7-8 giờ đầu, sau đó 3-4 giờ/lần.
- Cân bệnh nhân.
- Đánh giá mức độ mất nước: Độ I, độ II hay độ III.

Nếu bệnh nhân tiêu chảy chưa có dấu hiệu mất nước, cần khuyến khích bệnh nhân uống Oresol. Nếu không có Oresol, uống các dung dịch thay thế như: Nước dừa, nước súp, nước hoa quả, nước cháo loãng thêm muối và có thể cho thêm chuối nghiền để cung cấp kali.

- Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước, bù dịch cho bệnh nhân bằng uống Oresol hay truyền dịch.

+ Nếu cho uống Oresol, phải hướng dẫn cho bệnh nhân cách pha Oresol. Nếu trẻ dưới 2 tuổi, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút. Nếu trẻ lớn, đợi 10 phút sau, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 2-3 phút.

+ Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước và không thể uống được hoặc mất nước nặng tiêm truyền không thể thực hiện được, thì đặt ống thông mũi dạ dày để đưa dung

dịch Oresol vào.

+ Nếu bệnh nhân phải truyền dịch bằng nhiều đường, theo dõi sát tốc độ truyền. Khi mạch, huyết áp ổn định, giảm tốc độ truyền. Chú ý phát hiện dấu hiệu phù phổi cấp (khó thở, ho khạc ra bọt màu hồng).

Sau 3-4 giờ đánh giá lại mức độ mất nước.

- Đo lượng nước tiểu 15-30 phút/lần. Nước tiểu tăng là tưới máu tốt ; 3-4 giờ bài tiết một lần là dấu hiệu tốt.
- Đo nhiệt độ ở nách (không lấy nhiệt độ ở hậu môn), nếu nhiệt độ hạ, phải ủ ấm cho bệnh nhân.
- Khi bệnh nhân có dấu hiệu sốc, cho bệnh nhân thở ôxy, lắp máy monitor theo dõi mạch, huyết áp: 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần, tùy tình trạng bệnh nhân. Chuẩn bị thuốc vận mạch theo y lệnh, chuẩn bị thuốc nâng mạch, huyết áp theo chỉ định.
- Theo dõi tri giác, dấu hiệu khát nước, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, số lượng nước xuất nhập.
- Nếu bệnh nhân bị nhiễm toan, cần bù thêm NaHCO_3 .
- Theo dõi nếu bệnh nhân có dấu hiệu giảm Ka li máu, gây rối loạn nhịp tim, bụng chướng, cần bù Ka li cho bệnh nhân.
- Lấy máu làm xét nghiệm: Công thức máu, Hematocrit, điện giải đồ.

3.2. Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng nhiễm độc:

Mục tiêu: Duy trì thân nhiệt trong giới hạn bình thường và làm hết tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.

Can thiệp:

- Nói rộng quần áo, nằm buông thoáng.
- Đo nhiệt độ theo giờ, tùy tình trạng bệnh nhân.
- Khi bệnh nhân sốt cao, chườm mát, lau người cho bệnh nhân bằng nước ấm.
- Sử dụng thuốc hạ nhiệt Paraxetamol khi sốt cao $> 39^\circ\text{C}$ (đề phòng co giật, đặc biệt đối với trẻ em).
- Cho uống nhiều nước, Oresol.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn.
- Theo dõi tri giác: Theo dõi sát biến chứng thần kinh: Ý thức, tỉnh táo hay lơ mơ, li bì, đau đầu, cổ cứng, co giật. Tình thần u ám, thờ ơ là biểu hiện shock do nhiễm độc.

- Bệnh nhân ít ngủ: Động viên bệnh nhân ngủ đúng giờ, tránh lo lắng, không yên tâm điều trị.

3.3. Tiêu chảy do rối loạn hấp thu nước và điện giải bởi đại tràng viêm:

Mục tiêu: Làm hết tình trạng tiêu chảy.

Can thiệp:

- Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thủng (giường Watten) để giúp bệnh nhân đại tiện dễ dàng. Đặt bô có đựng thuốc sát khuẩn.
- Theo dõi số lần đi ngoài, số lượng phân, màu sắc phân, phân nhày máu mũi hay như nước rửa thịt.
- Theo dõi số lần, số lượng nôn, tính chất, màu sắc của dịch nôn.
- Bệnh nhân đau bụng: Theo dõi mức độ đau bụng, chườm ấm cho bệnh nhân đỡ đau.
- Theo dõi dấu hiệu bụng chướng: Nếu bệnh nhân đau bụng nhiều, bụng chướng căng, theo dõi thủng ruột, không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột.
- Bệnh nhân đi ngoài nhiều lần nên rất hậu môn và có thể sa trực tràng, vì vậy bệnh nhân cần được ngâm rửa bằng nước ấm sau khi đi ngoài, dùng khăn bông mềm thấm khô, giữ sạch vùng hậu môn, vùng cùng cụt.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc kháng sinh.
- Lấy phân gửi xét nghiệm: Soi, cấy phân.

3.4. Dinh dưỡng không đầy đủ do đại tràng viêm:

Mục tiêu: Dinh dưỡng đầy đủ cho bệnh nhân.

Can thiệp:

- Hàng ngày động viên bệnh nhân ăn, đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ thành phần, tăng protit. Khuyến khích bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu như ăn cháo thịt nạc, súp, kiêng mỡ, hạn chế chất xơ, ăn nhiều bữa. Đặc biệt trẻ em nên ăn nhiều lần, tránh suy dinh dưỡng.
- Thực hiện ăn chín, uống sôi.
- Cân bệnh nhân để đánh giá BMI. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh tay sạch sẽ trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh hoặc sờ mó vào các vật dụng, chất thải.

3.5. Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh:

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà hiểu được các kiến thức liên quan đến bệnh, yên tâm hợp tác điều trị.

Can thiệp:

Ngay sau khi vào viện, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng, cách phòng bệnh cho bệnh nhân và gia đình người bệnh:

- Giảng giải cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết được nguyên nhân gây bệnh, diễn biến lâm sàng và biết cách đề phòng những biến chứng có thể xảy ra.
- Theo dõi khi có biểu hiện bất thường như: Đau bụng tăng dần, nôn nhiều, chướng bụng, môi khô, dấu hiệu khát nước tăng nhiều, thở nhanh, nhịp tim nhanh ... báo ngay cho nhân viên y tế để xử lý kịp thời.
- Không tự ý uống thuốc ngoài y lệnh và không tự ý tháo bỏ kim truyền, ống thông (nếu có).
- Hướng dẫn cụ thể chế độ ăn cho bệnh nhân. Chú ý cho bệnh nhân ăn theo y lệnh, không được ăn theo ý thích của bệnh nhân.
- Đây là bệnh lây theo đường tiêu hoá, bởi vậy người nhà chăm sóc người bệnh phải tuân thủ quy định chống lây lan của bệnh.
- Lau rửa vùng cùng cụt, hậu môn sau mỗi lần đi ngoài bằng xà phòng.
- Công việc tắm rửa, thay quần áo, chăn màn đệm gối, tiến hành theo lịch thường xuyên.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách để tránh lây lan.
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà vệ sinh tay sạch sẽ trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh hoặc sờ mó vào các đồ dùng cá nhân, chất thải của người bệnh.
- Khi xuất viện: Hướng dẫn phương pháp dự phòng, vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại gia đình.

4. Đánh giá

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ly trực khuẩn, người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh thường xuyên để đánh giá được kết quả chăm sóc và điều trị bệnh ly trực khuẩn. Những vấn đề cần đánh giá là:

- Sốt cao, nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Màu sắc, số lượng, tính chất phân.
- Đau quặn bụng, mót rặn.
- Lây mạch, đo huyết áp, tình trạng mất nước điện giải.
- Cấy phân.
- Bệnh nhân có thực hiện lời khuyên giáo dục sức khỏe không?

Kết quả mong muốn là :

- Bệnh nhân hết sốt, hết tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Bệnh nhân đi ngoài phân thành khuôn.
- Hết đau bụng, mót rặn.
- Mạch, huyết áp bình thường, hết tình trạng mất nước điện giải.
- Bệnh nhân ăn ngủ tốt, lên cân.
- Kết quả cấy phân âm tính, trước khi xuất viện.
- Bệnh nhân và người nhà biết cách chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phòng ngừa bệnh ly trực khuẩn.

LƯỢNG GIÁ

Tình huống 1:

Bệnh nhân Nguyễn Thị Tươi 4 tuổi, nặng 19kg được đưa đến bệnh viện với lí do ỉa phân lỏng 1 ngày nay. Qua nhận định thấy: Trẻ tinh táo, nhiệt độ 37,8⁰C, đưa nước trẻ uống bình thường, không nôn, đi ngoài phân lỏng nhày máu 1 ngày nay, mỗi ngày 5-7 lần. Trẻ có đau quặn bụng, mót rặn. Xét nghiệm máu: BC 12000U/l, soi phân tươi thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu, cấy phân thấy Shigella (+). Được bác sĩ chẩn đoán tiêu chảy do ly trực khuẩn chưa có dấu hiệu mất nước.

Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trên?

Tình huống 2:

Bệnh nhân Nguyễn Thị Héo 30 tuổi, nặng 48kg, vào viện với chẩn đoán ly trực khuẩn. Qua nhận định thấy: người bệnh tỉnh, mệt, nhiệt độ 39⁰C, môi khô, lưỡi bản, mặt hốc hác, khát nước, chân tay lạnh, đi ngoài phân lỏng nhày máu 2 ngày nay, mỗi ngày 10 – 12 lần. Bệnh nhân đau quặn bụng, mót rặn, mạch 100 lần/phút; Huyết áp 90/60 mmHg. Bệnh nhân đã uống 1 viên Loperamid 2 mg. Xét nghiệm máu: BC 15000U/l, soi phân tươi thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu, cấy phân thấy Shigella (+).

Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trên?

Tình huống 3:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Khô 40 tuổi, nặng 60kg, vào viện với chẩn đoán mắc ly trực khuẩn. Qua nhận định thấy: người bệnh mệt lả, lơ đờ, nếp véo da mắt chậm (sau 3s), mắt trũng, nhiệt độ 39⁰C, môi khô, lưỡi bản, mặt hốc hác, chân tay lạnh, đi ngoài phân lỏng như nước rửa thịt 2 ngày nay, mỗi ngày 12 -15 lần. Bệnh nhân đau quặn bụng,

mót rặn, mạch 130 lần/phút; Huyết áp 70/40mmHg. Xét nghiệm máu: BC 15000U/l, soi phân tươi thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu, cấy phân thấy Shigella (+).

Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trên?

BÀI 10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh tả.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tả.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh tả là bệnh truyền nhiễm cấp tính do phẩy khuẩn tả *Vibrio Cholerae* gây ra, lây truyền bằng đường tiêu hoá. Bệnh có biểu hiện lâm sàng là ỉa lỏng và nôn nhiều lần, nhanh chóng dẫn đến mất nước điện giải, trụy tim mạch, suy kiệt và tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

2. Tác nhân gây bệnh

- Trực khuẩn hình dấu phẩy, Gram(-), di động nhanh nhờ lông, sinh sản phát triển trên môi trường Pepton kiềm mặn.

- Vi khuẩn tả có 2 nhóm huyết thanh:

+ *Vibrio Cholerae* 01 có 2 typ sinh học là *Vibrio Cholerae* cổ điển (*Vibrio Cholerae cholera*) và *Vibrio Cholerae* Eltor và có 3 typ huyết thanh: Ogawa, Inaba và Hikojima.

+ Nhóm huyết thanh 0139 (*Vibrio Cholerae* nông - 01).

- Phẩy khuẩn tả sống lâu trong môi trường lạnh (kem, nước đá...), nhưng dễ bị tiêu diệt ở môi trường khô hanh, ánh sáng mặt trời, nhiệt độ 100°C, các chất khử trùng như Cloramin, Cresyl, vôi bột...

- Phẩy khuẩn tả có độc tố ruột (Enterotoxin) bám lên màng niêm mạc ruột, có tác dụng kéo nước vào lòng ruột, gây nôn và ỉa chảy.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

- **Nguồn bệnh:**

+ Người bệnh đào thải vi khuẩn qua phân ngay từ thời kỳ nung bệnh và cao nhất trong thời kỳ toàn phát. Trong hơn 90% trường hợp bệnh tả là thể nhẹ, bao gồm bệnh nhân nhẹ và bệnh nhân không điển hình, không được phát hiện cách ly. Đây là nguồn lây nguy hiểm.

+ Người lành mang trùng là những bệnh nhân đã được điều trị khỏi về lâm

sàng, nhưng vẫn tiếp tục mang mầm bệnh và những người mang mầm bệnh không triệu chứng do tiếp xúc với bệnh nhân, thải vi khuẩn qua phân.

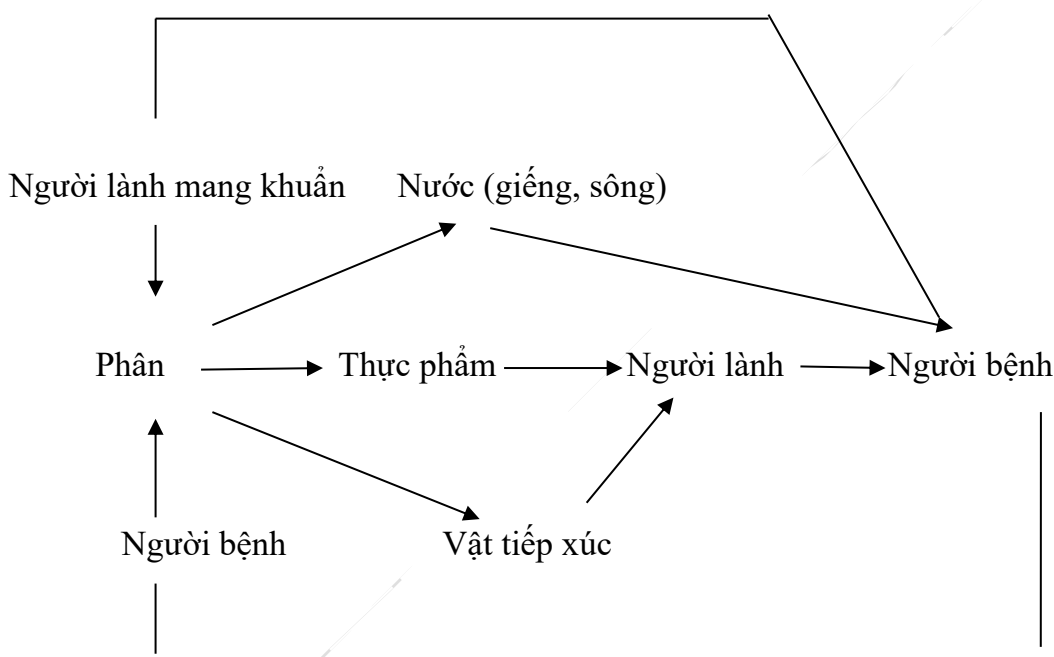
- Đường lây:

Vi khuẩn tồn tại khá lâu ở môi trường bên ngoài, nhiễm vào nước và các thực phẩm như cá, tôm, sò, ốc... từ đó xâm nhập vào người khác, khi họ ăn các thức ăn nấu chưa kỹ.

Lây trực tiếp từ người bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi bệnh nhân.

Ruồi là vật chủ trung gian quan trọng trong phương thức truyền bệnh.

SƠ ĐỒ QUÁ TRÌNH LÂY BỆNH TẢ:



- Cơ thể cảm thụ:

Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh tả. Ở quần thể dân cư chưa có miễn dịch, người lớn thường mắc nhiều hơn. Trái lại, ở vùng lưu hành dịch, thì trẻ em và người già mắc nhiều hơn, do độ toan dạ dày thấp và tình trạng miễn dịch suy yếu.

- Tính chất dịch: Bệnh dịch điển hình của các bệnh truyền nhiễm lây theo đường tiêu hóa. Bệnh thường lan rộng nhanh chóng trong vùng theo cùng bữa ăn, nguồn nước, đặc biệt là sau lũ lụt.

Bệnh thường xảy ra vào những tháng mùa hè.

4. Cơ chế bệnh sinh

Vi khuẩn tả theo thức ăn, nước uống vào dạ dày, độ toan của dịch vị dạ dày sẽ tiêu diệt một số vi khuẩn, số còn lại sống sót sẽ xuống ruột non, sinh sản và phát triển ở môi trường kiềm ở ruột non (pH = 7,0 - 8,0) bám vào thành ruột, giải phóng ra độc tố làm tăng hoạt tính của men Adenylcyclase, hậu quả làm tăng AMP vòng (Adenosynmono phosphat cyclic) gây nên xuất tiết từ tế bào thượng bì niêm mạc ruột vào lòng ruột (niêm mạc ruột vẫn nguyên vẹn), xuất tiết dịch đẳng trương gồm có nước, Cl⁻, Na⁺, nhiều K⁺ và Bicarbonate.

Nếu khối lượng dịch bài tiết ra quá nhiều, vượt quá khả năng tái hấp thu của ruột già thì ỉa chảy, nôn xuất hiện, dẫn đến hậu quả rối loạn nước và điện giải toàn thân.

5. Đáp ứng miễn dịch

Sau khi mắc bệnh tả, miễn dịch thu được tồn tại không quá 18 tháng và sau khi tiêm phòng vaccine tả, miễn dịch tồn tại không quá 6 tháng. Không có miễn dịch chéo giữa chủng 01 và chủng 0139.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng thể điển hình

1.1. Thời kỳ nung bệnh:

Rất ngắn, có thể từ 4 giờ đến tối đa là 5 ngày. Thời kỳ này dài hay ngắn, phụ thuộc vào các yếu tố như độ toan của dịch vị dạ dày, số lượng vi khuẩn xuống đến ruột non.

1.2. Thời kỳ khởi phát:

Bắt đầu đột ngột sôi bụng, đầy bụng và đi ngoài, lúc đầu có phân, sau đó chỉ toàn nước, bệnh nhân mệt lả. Chỉ vài giờ sau, chuyển sang thời kỳ toàn phát.

1.3. Thời kỳ toàn phát:

Gồm 3 dấu hiệu chủ yếu:

- Ỉa chảy: Là dấu hiệu chủ yếu, số lượng từ 10-20 lần/ngày, tới ỉa chảy liên tục không cầm, không đau bụng, không mót rặn. Phân không có máu, không có nhày, màu trắng đục như nước vo gạo, có nhiều hạt trắng xám, mùi tanh nồng. Trong 6-8 giờ, có thể mất 20 lít dịch theo phân.

- Nôn: Thường xuất hiện sau ỉa chảy 1-2 lần, có trường hợp trước khi ỉa chảy hoặc không nôn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, sau đó toàn nước trong hoặc màu vàng. Chất nôn có vi khuẩn tả.

- Mất nước, mất điện giải: Do ỉa chảy và nôn. Thể trạng bệnh nhân suy sụp rõ, rất nhanh: Da khô, nhãn nheo, ngón tay nhăn như ngâm nước lâu, mắt trũng, niêm mạc khô, mắt khô lờ đờ, chuột rút rất đau ở bắp chân, đùi bụng. Bệnh nhân đái ít rồi vô niệu, thân nhiệt giảm dưới 36°C, huyết áp tụt rồi không đo được, mạch nhanh nhỏ, môi tái, đầu chi lạnh dầm dấp mồ hôi. Trẻ em đôi khi co giật do hạ đường huyết, bụng chướng, loạn nhịp tim.

1.4. Tiến triển:

- Nếu bệnh nhân được bồi phụ nước và điện giải sớm và nhanh chóng thì da và niêm mạc hồng hào trở lại, người bệnh dễ chịu, tươi tỉnh, mạch, huyết áp trở về ổn định. Số lần nôn, ỉa chảy giảm dần, ngừng hẳn sau 1-2 ngày; Thường 48-72 giờ bệnh nhân khỏi.

- Còn nếu không được điều trị, bệnh diễn biến nặng hoặc tử vong do trụy tim mạch hoặc do biến chứng suy thận.

- Xuất viện: Bệnh nhân khỏi về lâm sàng, cấy phân 3 lần, mỗi lần cách nhau 2 ngày, kết quả âm tính, mới được ra viện.

2. Các thể lâm sàng khác:

- Thể nhẹ: Giống như tiêu chảy thường

- Thể tối cấp: Thời kỳ khởi phát ngắn, diễn biến nhanh, người bệnh tiêu chảy liên tục, trụy mạch, tử vong sau vài giờ.

- Tả ở trẻ em: Có thể sốt nhẹ, đôi khi kèm co giật do hạ đường huyết và bụng chướng do mất nhiều kali.

- Thể xuất huyết: Thể này hiếm gặp, bệnh nhân tiêu chảy nhiều, phân như nước rửa thịt, trên da có chấm xuất huyết, số lượng tiêu cầu hạ.

- Tả ở người cao tuổi: Tiêu chảy và nôn không nhiều, nhưng bệnh nhân chóng mặt, ù tai, tứ chi lạnh, chuột rút, làm bệnh nhân đau cơ, hay có biến chứng suy thận.

- Tả kết hợp với bệnh khác: Ly trực trùng kết hợp với tả.

3. Xét nghiệm:

- Phân:

+ Soi phân tìm thấy khuẩn tả di động.

+ Cấy phân: Cho kết quả sau 24 h.

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu có thể tăng, cô đặc máu, Hematocrit tăng.

- Sinh hóa: Urê tăng, creatinin tăng, Cl⁻ tăng ít, K⁺ giảm, dự trữ kiềm giảm.
- Khí máu: pH giảm, HCO₃⁻ giảm.

4. Biến chứng:

- Shock trụ mạch.
- Suy thận cấp.
- Phù phổi cấp (do toan huyết kéo dài hoặc truyền quá nhiều).
- Giảm kali huyết gây rối loạn nhịp tim.
- Giảm đường huyết.

III. ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc:

- Bồi phụ nước, điện giải nhanh chóng, bằng mọi biện pháp.
- Dùng kháng sinh thích hợp để diệt vi khuẩn.
- Điều trị sớm, điều trị tại chỗ có hiệu quả hơn là chuyển bệnh nhân lên tuyến trên mà điều trị muộn.
- Trước khi điều trị, phải đánh giá tình trạng mất nước và điện giải.

1. Bồi phụ nước và điện giải

* Đánh giá tình trạng mất nước:

(Theo hướng dẫn của Bộ Y tế kèm theo Quyết định 4178/QĐ-BYT)

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1 Nhẹ	Mất nước độ 2 Trung bình	Mất nước độ 3 Nặng
Lượng mất nước	5-6% P cơ thể	7-9% P cơ thể	≥ 10% P cơ thể
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, da mất đàn hồi, mắt trũng
Mạch	< 100 l/ph	Nhanh, nhỏ (100-120 l/ph)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 l/ph)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, khó đo
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu
Chân tay lạnh	Bình thường	Chân tay lạnh	Lạnh toàn thân

* Các dung dịch bồi hoàn:

- Dung dịch uống: Oresol (ORS), chỉ định sử dụng trong mọi trường hợp, cần cho

uống sớm ngay khi bệnh nhân bắt đầu tiêu chảy.

- Dung dịch truyền tĩnh mạch: 4 phần Ringerlactat hoặc NaCl 9‰ pha KCl (1 g/l), 1 phần NaHCO₃ 14‰, 1 phần Glucose 5%.

*** Cách xử trí bù dịch điện giải:**

- Trường hợp mất nước nhẹ:

+ Bồi hoàn bằng đường uống: Số lượng dịch: 5-20 ml/kg/giờ

+ Lượng nước uống (ml) mỗi 4 giờ = cân nặng (kg) X 75

+ Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau mỗi 4 giờ.

Nếu bệnh nhân tiếp tục mất nước, nôn nhiều, không uống, thì phải truyền dịch.

- Trường hợp mất nước trung bình: Bù lượng dịch đã mất trước khi đến viện: 30-80 ml/kg thể trạng trong 4-6 giờ.

Tốc độ truyền: Truyền tĩnh mạch $\frac{1}{2}$ số lượng dịch truyền với tốc độ 1.000 ml/30 phút, sau đó $\frac{1}{2}$ số lượng dịch truyền còn lại truyền tốc độ 1.000 ml/90 phút.

Theo dõi bệnh nhân còn dấu hiệu mất nước, tiêu chảy nhiều, lượng bài tiết nước tiểu ít đi, tiếp tục truyền dịch tốc độ giảm đi.

Nếu mạch, huyết áp bình thường, tiểu nhiều, không còn dấu hiệu mất nước thì ngừng truyền.

Nếu bệnh nhân còn tiêu chảy ít, mạch huyết áp bình thường, cho uống Oresol số lượng gấp rưỡi số lượng nước mất đi do nôn và tiêu chảy.

- Trường hợp mất nước nặng (có shock):

+ Nhanh chóng sử dụng 1-2 đường truyền tĩnh mạch, kim lớn số 18.

+ Dịch truyền chảy nhanh, tốc độ 50-70 ml/phút cho đến khi mạch cổ tay mạnh, rõ.

Người lớn và trẻ em ≥ 1 tuổi: 100 ml/kg trong 3 giờ, trong đó:

30 ml/kg trong 30 phút đầu

70 ml/kg trong 2 giờ 30 phút tiếp theo.

Trẻ em < 1 tuổi: 100 ml/kg trong 6 giờ, trong đó:

30 ml/kg trong 1 giờ đầu tiên

70 ml/kg trong 5 giờ tiếp theo.

Có thể kết hợp cho uống dung dịch Oresol 5 ml/kg/giờ càng sớm càng tốt, khi bệnh nhân có thể uống được.

Luôn luôn theo dõi tình trạng của bệnh nhân, sau khi truyền được 30 ml/kg đầu tiên, mạch quay phải mạnh, rõ. Nếu mạch chưa mạnh, tiếp tục bù dịch như trên. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau 3 giờ với người lớn và sau 6 giờ với trẻ < 1 tuổi.

Nếu vẫn còn choáng (hiếm xảy ra): Tiếp tục cho truyền tĩnh mạch 1 lần nữa.

Nếu thoát choáng, nhưng vẫn còn dấu hiệu mất nước: Cho uống Oresol 70-80 ml/kg/4 giờ.

Nếu bệnh nhân vẫn còn nôn và ỉa chảy, cho uống Oresol sau mỗi lần ỉa chảy như sau: < 2 tuổi: 100 ml ; Từ 2-9 tuổi: 200 ml ; > 10 tuổi: uống tùy theo ý muốn.

Trẻ em cần đề phòng hạ đường huyết gây co giật bằng bù đường Glucose.

2. Kháng sinh:

Kháng sinh dùng trong điều trị tả có tác dụng làm giảm khối lượng và thời gian ỉa chảy, rút ngắn thời gian thải phẩy khuẩn tả trong phân.

Chỉ dùng kháng sinh đường uống. Cho uống kháng sinh ngay sau khi hết nôn (thường sau khi bù nước 3-4giờ)

Có thể chọn một trong các kháng sinh sau:

*** Các thuốc được ưu tiên:**

- Nhóm fluoroquiolon:

+ Ciprofloxacin 1 g/ngày, chia 2 lần, 3 ngày.

+ Norfloxacin 800 mg/ngày, chia 2 lần, 3 ngày.

+ Ofloxacin 400 mg/ngày, chia 2 lần, 3 ngày.

- Azithromycin 10 mg/kg/ngày, 3 ngày (dùng cho trẻ em < 12 tuổi và phụ nữ có thai).

- Chloramphenicol 30 mg/kg/ngày, uống chia 3 lần, 3 ngày.

*** Có thể dùng các thuốc khác:**

- Erythromycin 1 g/ngày, uống chia 4 lần (trẻ em 40 mg/kg/ngày), 3 ngày.

- Doxycyclin 300 mg uống 1 liều (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm).

* **Không được dùng** các thuốc làm giảm nhu động ruột: Atropin, Loperamid, ...

IV. PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền giáo dục cộng đồng kiến thức và biện pháp vệ sinh phòng bệnh:

- Vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường.

- An toàn vệ sinh thực phẩm.

- Bảo vệ nguồn nước, dùng nước sạch.
- Nhanh chóng báo cáo có người tiêu chảy cho cơ sở y tế gần nhất.
- Điều trị dự phòng chỉ cần thực hiện cho người trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân:
Azithromycin 20 mg/kg cân nặng với liều duy nhất.
- Vaccine phòng tả chỉ bảo vệ từ 3 – 6 tháng, chỉ định dùng trước khi xảy ra dịch ở những vùng có nguy cơ bùng nổ dịch tả hoặc những người đến công tác tại vùng đang có dịch.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định:

Người điều dưỡng thu thập dữ liệu thông tin từ bệnh nhân tả và người nhà bệnh nhân bằng cách hỏi, quan sát, khám.

* *Hỏi:* Điều dưỡng viên hỏi thật chi tiết bệnh nhân và người nhà bệnh nhân:

- Bệnh xuất hiện từ bao giờ? Chú ý các triệu chứng: ỉa chảy, nôn, đặc điểm của phân và chất nôn, số lượng nước tiểu? Tinh thần của người bệnh?
- Dịch tễ: Thực phẩm, nước uống bị ô nhiễm? Xung quanh có ai mắc bệnh như bệnh nhân không?

* *Khám:*

- Quan sát vẻ bề ngoài, tri giác: Tỉnh, vật vã kích thích hay lơ đãng, mệt mỏi. Tính chất, màu sắc của phân và chất nôn? Số lần nôn và ỉa chảy ; Số lượng?
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ngay, báo cho bác sĩ.
- Đánh giá mức độ mất nước dựa vào dấu hiệu da ấm, nếp véo da, khát nước, mắt trũng, đo lượng nước tiểu.v.v....
- Chú ý phát hiện triệu chứng shock, chuột rút.
- Phát hiện biến chứng: Suy thận, phù phổi cấp, giảm K⁺ huyết và hạ đường huyết.
- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm:
 - + Xét nghiệm phân: Soi, cấy phân.
 - + Tình trạng cô đặc máu: Công thức máu, Hematocrit...
 - + Điện giải đồ
 - + Đường huyết (trẻ em)

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy và nôn.
- Người bệnh có thể khó thở do tình trạng mất nước nặng, trụy tim mạch và shock.
- Tiêu chảy và nôn do xuất tiết và rối loạn tái hấp thu nước và điện giải ở niêm mạc ruột.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do nôn.
- Bệnh nhân và người nhà lo lắng do thiếu kiến thức về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Bệnh nhân mất nước điện giải do tiêu chảy và nôn.

Mục tiêu: Làm hết tình trạng mất nước điện giải.

Can thiệp:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/lần trong 7-8 giờ đầu, sau đó 3-4 giờ/lần.
- Cân bệnh nhân.
- Đánh giá mức độ mất nước: Độ I, độ II hay độ III.

Nếu bệnh nhân tiêu chảy chưa có dấu hiệu mất nước, cần khuyến khích bệnh nhân uống Oresol. Nếu không có Oresol, uống các dung dịch thay thế như: nước dừa, nước súp, nước hoa quả, nước cháo loãng thêm muối và có thể cho thêm chuối nghiền để cung cấp kali.

- Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước, bù dịch cho bệnh nhân bằng uống Oresol hay truyền dịch.

+ Nếu cho uống Oresol, phải hướng dẫn cho bệnh nhân cách pha Oresol. Nếu trẻ dưới 2 tuổi, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút. Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút sau, cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 2-3 phút.

Không được dùng nước đường đơn thuần cho trẻ uống nhằm để bù dịch.

+ Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước và không thể uống được hoặc mất nước nặng tiêm truyền không thể thực hiện được, thì đặt ống thông mũi dạ dày để đưa dung dịch Oresol vào.

+ Nếu bệnh nhân phải truyền dịch bằng nhiều đường, theo dõi sát tốc độ truyền. Khi mạch, huyết áp ổn định, giảm tốc độ truyền. Chú ý phát hiện dấu hiệu phù phổi cấp (khó thở, ho khạc ra bọt màu hồng).

Sau 3-4 giờ đánh giá lại mức độ mất nước.

- Đo lượng nước tiểu 15-30 phút/lần. Nước tiểu tăng là tưới máu tốt ; 3-4 giờ bài tiết một lần là dấu hiệu tốt.

- Đo nhiệt độ ở nách (không lấy nhiệt độ ở hậu môn), nếu nhiệt độ hạ, phải ủ ấm cho bệnh nhân.

- Khi bệnh nhân có dấu hiệu sốc, cho bệnh nhân thở ôxy, lắp máy monitor theo dõi mạch, huyết áp: 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần, tùy tình trạng bệnh nhân. Chuẩn bị thuốc vận mạch theo y lệnh, chuẩn bị thuốc nâng mạch, huyết áp theo chỉ định.

- Theo dõi tri giác, dấu hiệu khát nước, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, số lượng nước xuất nhập.

- Nếu bệnh nhân nôn dai dẳng do nhiễm toan, cần bù thêm NaHCO_3 .

- Theo dõi nếu bệnh nhân có dấu hiệu giảm Ka li máu, gây rối loạn nhịp tim, bụng chướng, cần bù Ka li cho bệnh nhân.

- Lấy máu làm xét nghiệm: Công thức máu, Hematocrit, điện giải đồ.

3.2. Người bệnh có thể khó thở do tình trạng mất nước nặng, trụy tim mạch và shock.

Mục tiêu: Bảo đảm thông khí cho người bệnh, hết khó thở, môi hồng, $\text{SpO}_2 > 94\%$.

Can thiệp:

- Để bệnh nhân nằm đầu cao, cho thở ô xy nếu khó thở.

- Lưu ý những người già mắc bệnh mãn tính, trẻ em với thể nhiễm độc nặng hay gây suy hô hấp.

- Lắp monitor theo dõi liên tục, đo SpO_2 .

- Chuẩn bị dụng cụ sẵn sàng để phụ giúp bác sĩ đặt ống nội khí quản đối với trường hợp shock suy hô hấp nặng.

- Theo dõi nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tím tái môi, đầu chi, trường hợp nặng, theo dõi 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần. Theo dõi SpO_2 trong trường hợp đặt ống nội khí quản thở máy. Theo dõi và chăm sóc người bệnh và máy thở.

3.3. Tiêu chảy và nôn do xuất tiết và rối loạn tái hấp thu nước và điện giải ở niêm mạc ruột.

Mục tiêu: Làm cho bệnh nhân hết tiêu chảy và nôn.

Can thiệp:

- Cho bệnh nhân nằm buồng riêng, nằm giường có lỗ thủng (giường watten) để

giúp bệnh nhân đại tiện tiện tại chỗ. Đặt 2 xô có thuốc sát khuẩn để đựng phân và chất nôn.

- Theo dõi phân và chất nôn của bệnh nhân. Đếm số lần, đo số lượng, tính chất, màu sắc của phân và chất nôn.

- Thường sau khi bù dịch 2-3 giờ, bệnh nhân sẽ hết nôn.

- Lau rửa và thay quần áo thường xuyên cho bệnh nhân để tạo cảm giác dễ chịu cho bệnh nhân, chú ý vùng mông và vùng cùi chỏ, phải giữ sạch sẽ, khô.

- Thực hiện y lệnh dùng kháng sinh cho bệnh nhân sau khi đã bù dịch 3-4 h và hết nôn. Không tự ý dùng thuốc cầm ỉa.

- Lấy phân để gửi xét nghiệm phân lập vi khuẩn, phải lấy sớm khi xuất hiện ỉa chảy lần đầu và trước khi điều trị. Nên dùng ống thông lấy phân qua hậu môn. Nếu ở xa, cần bảo quản phân trong môi trường Cary-Blair.

- Cây phân 3 lần âm tính, mỗi lần cách nhau 2 ngày mới được xuất viện.

3.4. Dinh dưỡng không đầy đủ do nôn.

Mục tiêu: Bệnh nhân được dinh dưỡng đầy đủ.

Can thiệp:

- Sau 3-4 giờ điều trị bù nước đã xong và bệnh nhân hết nôn, nên khuyến khích bệnh nhân ăn lỏng và ăn thức ăn giàu đạm. Sau đó ăn chế độ ăn bình thường, không kiêng khem.

- Tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ, khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú thường xuyên và mỗi lần cho bú lâu hơn, sau đó cho uống Oresol.

Nếu trẻ bú mẹ không hoàn toàn, cho trẻ uống thêm dịch thức ăn như: Nước súp, nước cơm hay sữa chua. Trẻ bú mẹ hoàn toàn, không nên cho thêm dịch thức ăn trên.

- Nếu trẻ nuôi bằng sữa ngoài, pha loãng sữa bằng một nửa lúc bình thường, sau 4 giờ, có thể cho ăn thêm thức ăn khác.

- Sau khi trẻ ngừng tiêu chảy, cho trẻ ăn thêm một bữa trong ngày để trẻ lấy lại cân nhanh.

- Cân bệnh nhân để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

3.5. Bệnh nhân và người nhà lo lắng do thiếu kiến thức về bệnh.

Mục tiêu: Người bệnh và gia đình hiểu được các kiến thức liên quan đến bệnh, yên tâm hợp tác điều trị.

Can thiệp:

- Khi mắc bệnh tả, bệnh nhân rất lo lắng và sợ hãi. Người điều dưỡng luôn ở bên cạnh, giải thích rõ về bệnh, để bệnh nhân hiểu và yên tâm, phối hợp điều trị tích cực cho chóng khỏi bệnh.

- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục, hậu môn sau mỗi lần đi tiêu, đi ngoài bằng khăn lau mềm, tránh dạt đỏ.

- Vệ sinh tay trước khi ăn và đi vệ sinh.

- Lau người hoặc tắm bằng nước ấm cho người bệnh hàng ngày.

- Bệnh nhân nằm buồng riêng hoặc khu vực riêng cho những người mắc bệnh tả.

- Đối với người bệnh dùng bím, phải cho bím vào túi riêng đúng quy định và khử khuẩn trước khi mang đi hủy.

- Khử khuẩn các dụng cụ cá nhân.

- Khử khuẩn phân của người bệnh bằng Cloramin B theo đúng quy định để tại bờ, sau 15-30 phút, đổ bồn cầu.

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

- Khử khuẩn buồng bệnh, lau sàn nhà bằng Cloramin B.

- Hướng dẫn cách phòng bệnh tả, thực hiện vệ sinh an toàn thực phẩm, ăn chín uống sôi.

- Uống thuốc kháng sinh dự phòng cho người ở chung với bệnh nhân tả, người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân tả: Azithromycin 20 mg/kg cân nặng với liều duy nhất.

Không ăn hải sản tươi sống, mắm tôm sống, nước đá.

Vệ sinh môi trường, đảm bảo cung cấp nước sạch, hố xí hợp vệ sinh.

- Bệnh nhân chỉ được xuất viện khi cấy phân 3 lần âm tính, cách nhau 2 ngày.

4. Đánh giá: Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tả, người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh thường xuyên để đánh giá được kết quả chăm sóc và điều trị bệnh tả. Những vấn đề cần đánh giá là:

- Mức độ mất nước điện giải.

- Tiêu chảy: Số lần, số lượng, tính chất phân.

- Nôn: Số lần, số lượng, tính chất dịch nôn.

- Nước tiểu: Số lần, số lượng.

- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Biến chứng.
- Xét nghiệm phân.
- Dinh dưỡng.
- Bệnh nhân có thực hiện lời khuyên giáo dục sức khỏe không?

Kết quả mong muốn là :

- Hết dấu hiệu mất nước điện giải.
- Ngừng tiêu chảy. Bệnh nhân đi ngoài phân thành khuôn.
- Hết nôn trong những giờ đầu.
- Đi tiểu nhiều.
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp bình thường.
- Các biến chứng được ngăn ngừa, phát hiện và xử lý kịp thời.
- Bệnh nhân ăn ngủ tốt.
- Cây phân 3 lần âm tính, mỗi lần cách nhau 2 ngày.
- Bệnh nhân và người nhà biết cách chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phòng ngừa bệnh tái.

BÀI 11. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THƯƠNG HÀN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh thương hàn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân thương hàn.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Thương hàn là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây bằng đường tiêu hoá, do trực khuẩn Salmonella (S.typhi và s. paratyphi A, B,C) gây nên. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân, kèm theo tổn thương bệnh lý đặc hiệu tại đường tiêu hoá.

2. Tác nhân gây bệnh:

- Là trực khuẩn thương hàn (S.Typhi) và phó thương hàn (S.paratyphi A, B,C).
- Salmonella là trực khuẩn Gram âm, kích thước (1-3) x (0,5 - 0,7) μm , có lông, di động và có sức đề kháng cao ở ngoại cảnh . Trong canh trùng, trong đất, có thể sống được vài tháng ; Trong nước thường: 2-3 tuần ; Trong nước đá: 2-5 tháng ; Trong phân: vài tuần.
- Trực khuẩn bị tiêu diệt ở 50°C/1 giờ, ở 100°C/5 phút và dễ chết bởi các chất khử khuẩn thông thường.
- Trực khuẩn có 3 loại kháng nguyên:
 - + Kháng nguyên O: Là kháng nguyên thân, bản chất là Lipopolysaccharit. Đây chính là nội độc tố của vi khuẩn.
 - + Kháng nguyên H: Là kháng nguyên lông, bản chất là protein.
 - + Kháng nguyên Vi: Là kháng nguyên vỏ, bản chất là polysaccharit. Kháng nguyên Vi chỉ có ở 2 loài: S.typhi và S.paratyphi C. Kháng nguyên Vi cản trở quá trình thực bào và ngăn cản hoạt động của bổ thể.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

* **Nguồn bệnh:** Duy nhất là người, gồm có:

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

- Người mang khuẩn, bao gồm:

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

+ Người mang khuẩn không có biểu hiện lâm sàng. Đây chính là nguồn lây quan trọng.

*** Đường lây:**

Lây qua đường tiêu hoá, có 2 cách lây:

- Do ăn, uống phải thực phẩm, nước bị ô nhiễm vi khuẩn, không được nấu chín. Đường lây qua nước là đường lây quan trọng và dễ gây ra dịch lớn.

- Do tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, người mang khuẩn qua chất thải, chân tay, đồ dùng v.v... thường gây dịch nhỏ và tán phát.

*** Cơ thể cảm thụ:**

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

4. Cơ chế bệnh sinh:

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

Giai đoạn 1: Vi khuẩn thương hàn qua đường tiêu hoá đến dạ dày. Tại đây, một số vi khuẩn bị tiêu diệt bởi độ toan của dịch vị. Số còn lại xuống đến ruột non, sau 24-72 giờ, chui qua niêm mạc ruột vào các hạch mạc treo, mảng Peyer theo đường bạch huyết và phát triển ở đó khoảng 15 ngày. Đó là thời kỳ nung bệnh.

Giai đoạn 2: Sau thời gian phát triển ở hạch mạc treo, vi khuẩn vào máu lần thứ nhất. Ở đây, vi khuẩn thương hàn chỉ tồn tại 24-72 giờ, không gây triệu chứng lâm sàng và bị các tế bào hệ võng nội mô tiêu diệt tại gan, lách, tủy xương... Nhưng còn một số vi khuẩn đã lan truyền khắp cơ thể, tăng sinh tại túi mật và nhiều cơ quan khác rồi xâm nhập vào máu lần hai và bắt đầu gây ra các triệu chứng lâm sàng - tương ứng với thời kỳ khởi phát.

Giai đoạn 3: Các vi khuẩn bị tiêu diệt giải phóng nội độc tố. Chính nội độc tố của vi khuẩn thương hàn đóng vai trò quyết định các dấu hiệu lâm sàng: Li bì, rối loạn nhiệt độ, truy tìm mạch và một số tổn thương ở ruột...

SƠ ĐỒ CƠ CHẾ GÂY BỆNH THƯƠNG HÀN (THEO REILLY)

Vi khuẩn Eberth

(1-2 ngày)



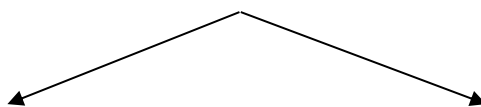
Dạ dày, ruột

(7-15 ngày)



Hạch mạc treo ruột

(nhân lên, phát triển, dung giải)



Nhiễm trùng huyết

- Sốt kéo dài
- Gan, lách to
- Đào ban ...

Nhiễm nội độc tố huyết

- Typhos
- Nhiễm độc
- Rối loạn tim mạch ...

Gần đây, một số công trình nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh (như Butler, Hoffman, Homick, v.v...), vai trò gây bệnh của nội độc tố rất ít. Nội độc tố kích hoạt phản ứng viêm tại những điểm khu trú của S.Typhi: Chí nhiệt tố được tăng tổng hợp và phóng ra. Các chất trung gian giải phóng ra từ tế bào mono đại thực bào là yếu tố gây triệu chứng lâm sàng.

5. Đáp ứng miễn dịch:

Miễn dịch: Lâu bền sau khi mắc bệnh hoặc tiêm chủng. Không có miễn dịch chéo giữa các chủng.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Thời kỳ nung bệnh:

Từ 7 đến 15 ngày, thường yên lặng, không có triệu chứng gì.

1.2. Thời kỳ khởi phát: (khoảng 5-7 ngày)

- Sốt từ từ tăng dần theo hình bậc thang, có lúc gai rét. Từ ngày thứ tư đến ngày thứ 7, nhiệt độ 39-40°C. Cùng với sốt, người bệnh thường nhức đầu, mất ngủ, chán ăn, buồn nôn, đau bụng, táo bón, cuối tuần xuất hiện ỉa lỏng.

- Khám thực thể: Lưỡi trắng bẩn, bụng chướng hơi, óc ách hố chậu phải (cuối tuần), gan to mập mé bờ sườn 30-50%.

- Tim mạch: Mạch phân ly với nhiệt độ.

1.3. Thời kỳ toàn phát: (kéo dài 2 tuần)

- Sốt: Là triệu chứng quan trọng và hằng định nhất. Sốt cao liên tục 39-40°C, sốt hình cao nguyên.

- Nhiễm độc thần kinh: Nhức đầu, mất ngủ, ác mộng, ù tai, nói ngọng, tay run bất chuồn chuồn. Diễn hình là trạng thái Typhos (bệnh nhân nằm bất động, vẻ mặt vô cảm, thờ ơ tuy vẫn nhận biết được các kích thích từ môi trường xung quanh, mắt nhìn đờ đẫn). Nặng hơn, bệnh nhân li bì, mê sảng, hôn mê (thường ít gặp).

- Tiêu hoá:

+ Hình ảnh “lưỡi quay”: Lưỡi khô, rìa lưỡi đỏ, giữa lưỡi phủ một lớp rêu màu trắng hoặc xám.

+ Đi ngoài phân lỏng sệt, màu vàng nâu rất khắm, khoảng 5-6 lần.

+ Bụng chướng, đau nhẹ lan toả vùng hố chậu phải, óc ách hố chậu phải.

+ Gan lách to dưới sườn 1-3 cm, mật độ mềm.

- Tim mạch:

+ Mạch chậm tương đối so với nhiệt độ, gọi là mạch và nhiệt độ phân ly.

+ Tiếng tim mờ, huyết áp thấp.

- Đào ban: là các ban dát nhỏ 2-3 mm, màu hồng, vị trí mọc thường ở bụng, ngực, mạn sườn. Số lượng ban ít, khoảng chục nốt, xuất hiện trong khoảng từ ngày thứ 7-12 của bệnh.

- Viêm họng loét Duguet: Là một loét nông, đơn độc, hình bầu dục dài 5-8 mm, rộng 3-4 mm, không đau ở thành trước của vòm họng.

- Hô hấp: Có thể gặp viêm phế quản, viêm phổi.

1.4. Thời kỳ lui bệnh: (thường 1 tuần)

Nhiệt độ hạ từ từ hoặc đột ngột, có thể dao động vài ngày rồi trở lại bình thường. Bệnh nhân đỡ mệt, ăn ngủ khá hơn, hết rối loạn tiêu hoá. Bệnh hồi phục dần.

2. Xét nghiệm:

- Huyết học: Công thức máu ít thay đổi, số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm.

- Phân lập vi khuẩn:

+ Cây máu: Tốt nhất là cấy sớm tuần đầu, tỷ lệ (+) có thể đạt tới 90%.

+ Cây tuỷ xương: Tỷ lệ (+) cao từ 90-100%.

+ Cây phân: Thực hiện tuần lễ thứ 2, tỷ lệ (+) từ 20-30%.

- Phản ứng huyết thanh:

+ Phản ứng Widal: Kỹ thuật này phải thực hiện 2 lần, cách nhau 1 tuần. Nếu hiệu giá kháng thể O đạt $> 1/200$ ngay từ lần đầu tiên hoặc hiệu giá kháng thể O lần 2 cao gấp 4 lần hiệu giá kháng thể O lần 1, có giá trị chẩn đoán xác định.

+ Các kỹ thuật khác như ELISA: Nhạy và đặc hiệu cao.

3. Biến chứng:

Các biến chứng thường gặp:

- Xuất huyết tiêu hoá: (2-10%) thường ở tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh. Xuất huyết thường là nhỏ, liên tiếp một số ngày, phân màu bã cà phê lẫn với ít máu đỏ tươi; Nặng, thì huyết áp hạ, mạch nhanh, thân nhiệt hạ đột ngột.

- Thủng ruột: 3% thường ở tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh. Thể điển hình: Đau bụng dữ dội, phản ứng thành bụng, mất nhu động ruột, có thể truy mạch, X-quang thấy liềm hơi dưới gan.

- Viêm cơ tim: 5-10% ở thời kỳ toàn phát: Tiếng tim mờ, mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ, rối loạn nhịp tim.

- Viêm não: 3-6% thể hiện dưới nhiều vẻ: Viêm não thực vật, lan toả, thể thấp (con giật, liệt nửa người), ngoại tháp (liệt rung, múa giật, múa vờn) .v.v... Tiên lượng nặng: Tử vong cao, di chứng nặng nề.

- Viêm gan: Viêm gan hoại tử như gặp trong viêm gan virus.

- Truy tim mạch do nội độc tố thương hàn làm tổn thương hệ thống thần kinh thực vật: Hạ nhiệt độ $< 37^{\circ}\text{C}$, mạch nhanh, huyết áp không đo được, da tím tái, chi lạnh ...

III. ĐIỀU TRỊ

* *Kháng sinh:*

- Thương hàn không kháng thuốc: Chọn 1 trong 3 kháng sinh sau:

+ Cloramphenicol 30-50 mg/kg/24 h x 14 ngày.

+ Ampixiline 50 mg/kg/24 h x 14 ngày.

+ Cotrimoxazol (Batrim, Biseptol ...) người lớn 4-6 viên/ ngày x 14 ngày.

- Thương hàn đã kháng thuốc:

+ Người bệnh > 12 tuổi: Dùng kháng sinh nhóm Fluoroquinolone: Ciprofloxacin, Ofloxacin.

+ Người bệnh < 12 tuổi và phụ nữ có thai: Dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxone, Cefotaxime 50-75 mg/kg/24 h x 10 ngày.

+ Nếu vi khuẩn thương hàn kháng lại Fluoroquinolone, thì dùng Azithromycin: Trẻ em uống 20 mg/kg/ngày ; Người lớn uống 1 g/ngày. Thời gian điều trị 7-10 ngày.

* *Điều trị triệu chứng:*

- Sốt hạ nhiệt bằng Paraxetamol, không dùng Salicylat.

- Bù dịch điện giải bằng truyền tĩnh mạch khi cần thiết.

- Các sinh tố B, C.

* *Điều trị biến chứng:*

- Chảy máu tiêu hoá: Chườm lạnh ổ bụng, sử dụng các thuốc co mạch, truyền máu trường hợp nặng.

- Thủng ruột: Can thiệp ngoại khoa.

- Dùng Corticoid khi có choáng nội độc tố.

* *Điều trị người lành mang vi khuẩn mạn tính:*

Ciprofloxacin 1g/ngày x 30 ngày.

V. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường.

- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện, xử lý chất thải của bệnh nhân.

- Phát hiện, điều trị người lành mang trùng.

- Dùng Vaccin vùng trọng điểm: Vaccin chết. Chỉ định:

+ Du khách đến các nơi khác trên thế giới, tại đó bệnh thương hàn thường gặp.

+ Nhân viên phòng thí nghiệm tiếp xúc với vi khuẩn thương hàn.

+ Những người chăm sóc bệnh nhân hoặc tiếp xúc gần với người mang mầm bệnh.

+ Trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, vaccine được tiêm cho trẻ em từ 3-10 tuổi tại vùng có dịch/vùng lưu hành nặng, tiêm 1 mũi duy nhất.

Đối với người lớn: 2 năm tiêm 1 lần.

VI. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định:

Người điều dưỡng thu thập dữ liệu, thông tin bệnh nhân thương hàn bằng cách hỏi, quan sát và khám:

* *Hỏi:* Điều dưỡng viên hỏi thật chi tiết bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bệnh xuất hiện từ bao giờ, chú ý các triệu chứng:

- Sốt, đau bụng, đặc điểm của phân, dấu hiệu li bì, đã biểu hiện biến chứng chưa: ỉa phân đen, da vàng v.v...

- Xung quanh có ai mắc bệnh như bệnh nhân không?

* *Khám:*

- Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc như vẻ bề ngoài, dấu hiệu li bì, thờ ơ ngoại cảnh, mê sảng? Lưỡi bẩn?

- Rối loạn tiêu hoá: Quan sát màu sắc phân, tính chất phân, số lần đi ngoài, xem có xuất huyết không?

- Đo nhiệt độ và vẽ biểu đồ nhiệt độ.

- Bắt mạch, đếm tần số và nhận xét. Nghe tiếng tim mờ không? Đo huyết áp.

- Khám bụng chướng, dấu hiệu óc ách hố chậu phải.

- Khám phổi: Đếm nhịp thở, phát hiện viêm phế quản.

- Tìm dấu hiệu đào ban và loét họng.

Xác định bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của bệnh, phát hiện các biến chứng: Xuất huyết tiêu hoá, thủng ruột, viêm gan, viêm não...?

* *Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm* giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi diễn biến bệnh.

- Xét nghiệm huyết học: Làm công thức máu.

- Cây máu: Nên cấy sớm trong tuần đầu khi chưa dùng kháng sinh.

- Cây phân.

- Phản ứng huyết thanh widal.

2. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Rối loạn tiêu hoá do ruột bị tổn thương nhiễm trùng.
- Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hoá.
- Bệnh nhân và người nhà không biết cách phòng bệnh do thiếu kiến thức về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng:

3.1. Rối loạn tiêu hoá do ruột bị tổn thương nhiễm trùng:

Mục tiêu: Làm hết tình trạng rối loạn tiêu hóa.

Can thiệp:

- Cho bệnh nhân nằm buồng riêng. Theo dõi số lần đi ngoài, số lượng phân, tính chất phân, màu sắc phân. Nếu bệnh nhân ỉa phân đen là xuất huyết tiêu hoá. Khi bệnh nhân táo bón: không thụt tháo cho bệnh nhân.

- Bệnh nhân đau bụng: Theo dõi mức độ đau bụng, chườm ấm cho bệnh nhân đỡ đau.

- Theo dõi dấu hiệu bụng chướng: Nếu bệnh nhân đau bụng nhiều, bụng chướng căng, theo dõi thủng ruột, không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột.

- Lấy mạch, đo huyết áp tùy tình trạng bệnh nhân, có thể 1 giờ/lần, 3 giờ/lần, ngày 2 lần.

- Đánh giá mức độ mất nước điện giải và mất máu khi bệnh nhân nôn và ỉa chảy nhiều và xuất huyết tiêu hoá. Thực hiện y lệnh bù dịch: Cho bệnh nhân uống Oresol, truyền dịch đẳng trương hoặc truyền máu nếu cần. Chú ý theo dõi tốc độ truyền, phát hiện dấu hiệu phù phổi cấp do truyền quá nhanh.

- Thực hiện y lệnh dùng kháng sinh.

- Lấy máu làm xét nghiệm điện giải đồ.

- Lấy phân gửi xét nghiệm vi trùng.

3.2. Tình trạng tăng thân nhiệt do nhiễm trùng, nhiễm độc:

Mục tiêu: Duy trì thân nhiệt trong giới hạn bình thường và làm hết tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.

Can thiệp:

- Đo nhiệt độ 2-3 giờ/lần.

- Cởi bớt quần áo, nằm buồng thoáng.

- Khi bệnh nhân sốt cao: Chườm mát cho bệnh nhân hoặc dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol, không dùng Salicylate để hạ nhiệt vì có thể gây giảm kết dính tiêu cầu, kích thích ruột.

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn.

- Theo dõi tri giác: Li bì, mê sảng, khi bệnh nhân có biểu hiện co giật, hôn mê: Theo dõi biến chứng viêm não.

- Khi bệnh nhân nhiễm độc nặng: Thực hiện y lệnh dùng corticoid, phải theo dõi sát, tránh xuất huyết tiêu hoá.

- Bệnh nhân ít ngủ: Động viên bệnh nhân ngủ đúng giờ, tránh lo lắng, không yên tâm điều trị.

3.3. Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hoá:

Mục tiêu: Bệnh nhân được dinh dưỡng đầy đủ.

Can thiệp:

Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân chế biến khẩu phần ăn phù hợp bệnh thương hàn, nhưng phải đảm bảo dinh dưỡng, không ăn chất xơ cứng.

- Khi bệnh nhân sốt: Cho ăn sữa, súp, cháo, nước hoa quả.

- Khi hết sốt: Cho ăn thức ăn đặc dần.

- Sau khi hết sốt 7 ngày: Cho ăn chế độ ăn bình thường. Lúc này ăn tăng đậm để bệnh nhân chóng hồi phục sức khỏe, khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước.

- Động viên bệnh nhân ăn hết khẩu phần ăn.

- Khi bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá: Phải ngừng ăn bằng đường miệng, chườm lạnh bụng. Theo dõi phân của bệnh nhân, nếu thấy phân trở lại bình thường, lại tiếp tục nuôi dưỡng theo trình tự từ lỏng đến đặc dần.

- Đặt sonde dạ dày, cho ăn qua sonde trong trường hợp mê sảng.

- Bệnh nhân nặng: Kết hợp nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

3.4. Bệnh nhân và người nhà không biết cách phòng bệnh do thiếu kiến thức về bệnh:

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà hiểu được các kiến thức liên quan đến bệnh, yên tâm hợp tác điều trị.

Can thiệp:

Ngay sau khi vào viện, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng, cách phòng bệnh cho

bệnh nhân và gia đình người bệnh: Giảng giải cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết được nguyên nhân gây bệnh, diễn biến lâm sàng và biết cách đề phòng những biến chứng có thể xảy ra.

- Hướng dẫn cụ thể chế độ ăn cho bệnh nhân. Chú ý cho bệnh nhân ăn theo y lệnh, không được ăn theo ý thích của bệnh nhân.

- Đây là bệnh lây theo đường tiêu hoá, bởi vậy người nhà chăm sóc người bệnh phải tuân thủ quy định chống lây lan của bệnh.

- Lau rửa vùng cùng cụt, hậu môn sau mỗi lần đi ngoài bằng xà phòng.

- Công việc tắm rửa, thay quần áo, chăn màn đệm gối, tiến hành theo lịch thường xuyên.

- Bảo quản phân người bệnh để tránh lây lan.

- Thay đổi tư thế cho người bệnh hoặc thay đệm thường bằng đệm chống loét khi người bệnh phải nằm bất động dài ngày (chảy máu tiêu hoá, viêm não...).

- Không tự ý uống thuốc ngoài y lệnh và không tự ý tháo bỏ kim truyền, ống thông (nếu có).

- Khi bệnh nhân đã xuất viện: Làm xét nghiệm phân 3 lần âm tính cách nhau 8 ngày để kiểm tra sự mang vi khuẩn (vì vi khuẩn bài tiết ra phân không liên tục).

- Khi ra viện 10 ngày sốt lại, cần đến khám ngay.

4. Đánh giá:

Những kết quả mong muốn sau khi chăm sóc bệnh nhân thương hàn là:

- Bệnh nhân hết sốt.

- Hết rối loạn tiêu hoá.

- Ăn, ngủ tốt.

- Không xảy ra biến chứng.

- Bệnh nhân hiểu biết được các kiến thức để phòng bệnh.

LƯỢNG GIÁ

Tình huống:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Tam 28 tuổi, nặng 65kg được đưa đến bệnh viện với lí do sốt liên tục, nôn và đi ngoài phân sệt 7 ngày nay. Người bệnh tự điều trị tại nhà bằng Ampicillin và Aspirin nhưng không đỡ. Qua nhận định thấy: người bệnh li bì, sốt cao

liên tục $39,5^{\circ}\text{C}$, đau đầu, nôn, môi khô, lưỡi bẩn. Khám thấy bụng chướng, ấn đau, óc ách vùng hố chậu phải, đi ngoài phân sệt màu vàng nâu, khăm, mỗi ngày 5-6 lần, mạch 85 lần/phút, huyết áp 110/70mmHg. Xét nghiệm máu: BC $5000/\text{mm}^3$, cấy phân thấy *Salmonellatyphi* (+). Được bác sĩ chẩn đoán mắc thương hàn.

Người bệnh thường xuyên có thói quen ăn đồ sống, nơi người bệnh sinh sống có một số người mắc bệnh thương hàn.

Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trên?

BÀI 12. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TAY – CHÂN - MIỆNG

MỤC TIÊU:

1- Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh tay-chân-miệng.

2- Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tay-chân-miệng.

NỘI DUNG:

I – ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do virus đường ruột gây ra. Bệnh được đặc trưng bởi sốt, đau họng và nổi ban có bọng nước ở tay, chân và miệng.

2. Tác nhân gây bệnh:

Các chủng virus gây bệnh hay gặp là Enterovirus 71 (EV71), Coxsackievirus A16 (CA16), ngoài ra là Coxsackievirus 5, 10 (CA5, CA10) và một số chủng virus đường ruột khác. Trong các vụ dịch, CA 16 và EV71 cùng song hành và có liên quan đến mức độ nặng và biến chứng của bệnh. Các trường hợp nặng thường do EV71.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

* Nguồn bệnh: Người là nguồn bệnh duy nhất. Virus phát tán ra môi trường 3 ngày trước khi sốt (thời kỳ ủ bệnh) và 7 ngày sau sốt, nhưng cũng có thể đào thải qua phân của người bệnh kéo dài đến 30 ngày. Bệnh không lây sang động vật.

* Đường lây: Đường lây truyền chính qua đường tiêu hoá, thông qua dịch tiết mũi họng, nước bọt, phân của người bệnh, hoặc khi tiếp xúc với người bệnh, dùng chung bát đũa, nhưng cũng có thể qua dịch nốt phỏng.

* Cơ thể cảm thụ:

Mọi lứa tuổi đều có nguy cơ mắc bệnh, thường là trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 3 tuổi.

Ở người phụ nữ mang thai nhiễm virus: Bệnh thường nhẹ, hoặc không triệu chứng và chưa có dữ kiện gây hậu quả cho thai nhi (sảy thai, thai lưu, tật bẩm sinh). Tuy nhiên, nếu thai phụ mắc bệnh một thời gian ngắn trước sinh có thể truyền virus cho con. Nếu bệnh xuất hiện hai tuần đầu sau sinh trẻ có nguy cơ rối loạn chức năng gan, phổi, não và tỉ lệ tử vong cao.

4. Phân bố dịch tễ:

Bệnh tay-chân-miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

5. Đáp ứng miễn dịch:

Sau khi nhiễm một chủng virus và mắc bệnh, người bệnh sẽ có miễn dịch đặc hiệu với chủng virus đó, nhưng có thể vẫn nhiễm các chủng virus khác. Do virus đường ruột lưu hành rộng, người trưởng thành đã mắc bệnh và có miễn dịch, nhưng vẫn có thể đào thải virus.

II- TRIỆU CHỨNG:

1. Triệu chứng lâm sàng:

1.1. Thời kỳ ủ bệnh: **3-7 ngày**

1.2. Thời kỳ khởi phát:

Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

1.3. Thời kỳ toàn phát:

Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

- Sốt nhẹ.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

1.4. Thời kỳ lui bệnh:

Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2. Các thể lâm sàng:

- Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn,

suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

- Thẻ cấp tính: Với 4 giai đoạn điển hình như trên.

- Thẻ không điển hình: Phát ban không rõ ràng, chỉ có loét miệng, hoặc hồng ban ở đầu gối, mông, hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp.

3. Xét nghiệm:

3.1. Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Nếu bạch cầu > 16.000 mm³ hay đường huyết tăng > 160mg% (8,9 mmol/l) thường liên quan đến biến chứng.

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường (< 10 mg/L).

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

3.2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- Khí máu khi có suy hô hấp.

- Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

- Dịch não tủy:

+ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

+ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

- Chụp cộng hưởng từ não: Tổn thương tập trung ở thân não. Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

3.3. Xét nghiệm phát hiện vi rút: (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân do EV71 hay Coxsackievirus A16.

4. Biến chứng:

4.1. Biến chứng thần kinh:

Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (Myoclonic Jerk): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.

- Ngủ gà, bú rớt, chói với, đi loạn choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

- Yếu liệt chi (liệt mềm cấp).

- Liệt dây thần kinh sọ não.

- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt vỏ).

4.2. Biến chứng tim mạch, hô hấp:

Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh.

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: Trẻ dưới 1 tuổi 100 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi ≥ 110 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 115 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, thở rít thanh quản, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm.

5. Phân độ lâm sàng:

5.1. Độ 1:

Chi loét miệng và/hoặc tổn thương da.

5.2. Độ 2:

* Độ 2a: Có một trong các dấu hiệu sau :

- Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám.

- Sốt trên 2 ngày hay sốt trên 39°C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cơ.

* Độ 2b : Có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2

Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:

- Giật mình ghi nhận lúc khám.

- Bệnh sử giật mình ≥ 2 lần/30 phút.

- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

+ Ngủ gà.

+ Mạch nhanh >130 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:

- Sốt cao $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Mạch nhanh >150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Thất điều: Run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- Yếu chi hoặc liệt chi.
- Liệt thần kinh sọ : Nuốt sặc, thay đổi giọng nói ...

5.3. Độ 3:

Có các dấu hiệu sau :

- Mạch nhanh >170 lần/phút hoặc tăng huyết áp.
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.
 - + Trẻ từ 12-24 tháng HA > 110 mmHg.
 - + Trẻ từ > 24 tháng HA > 110 mmHg.
- Thở nhanh, thở bất thường: Cơ ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm lồng ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

5.4. Độ 4:

Có 1 trong các dấu hiệu sau :

- Phù phổi cấp.
- Sốc.
- Tím tái, SpO₂ $< 92\%$.
- Ngừng thở, thở nấc.

III- ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2. Điều trị cụ thể:

- Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở:

+ Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi; trẻ còn bú cần tiếp tục cho bú mẹ; nghỉ ngơi hoàn toàn.

+ Sốt cao: Dùng Paracetamol 10 mg/kg/mỗi 6 giờ, chườm ấm.

+ Vệ sinh răng miệng.

+ Tái khám: 1-2 ngày/lần đến khi hết sốt 48 giờ, khám lại ngay khi chuyển độ 2.

Chỉ định nhập viện nếu: Sốt cao 39°C, nôn nhiều, hoặc có biến chứng (thần kinh, tim mạch, hô hấp), hoặc nhà xa (không có khả năng theo dõi, tái khám).

- Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện:

+ Đối với độ 2a điều trị như độ 1 và chỉ định thêm Phenobarbital 5-7 mg/kg/ngày, uống. Theo dõi sát dấu hiệu chuyển độ.

+ Đối với độ 2b: Dùng Phenobarbital 10-20 mg/kg truyền tĩnh mạch, nhắc lại sau 8-12 giờ/lần. Chỉ định Immunoglobulin 1 g/kg/ngày/truyền tĩnh mạch 6-8 giờ cho nhóm 2, hoặc nhóm 1 điều trị Phenobarbital không hiệu quả. Nhắc lại sau 24 giờ nếu bệnh không cải thiện.

- Độ 3: Phenobarbital 10-20 mg/kg truyền tĩnh mạch, liều tối đa 30 mg/kg/24 giờ. Immunoglobulin 1g/kg/ngày/truyền tĩnh mạch 6-8 giờ, dùng 2 ngày liên tục.

- Độ 4:

+ Đặt nội khí quản, thở máy tăng thông khí PaCO₂ 30-35 mmHg; PaO₂ 90-100 mmHg.

+ Chống sốc (do viêm cơ tim, hoặc do tổn thương thân não):

• Nếu không có dấu hiệu quá tải (phù phổi, suy tim): Truyền NaCl 0,9% hoặc Ringerlactat 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo CVP và lâm sàng.

• Nếu có dấu hiệu quá tải: Ngừng truyền dịch, dùng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút, Furosemide 1-2 mg/kg/lần, tiêm tĩnh mạch.

+ Immunoglobulin: Khi huyết áp trung bình \geq 50 mmHg.

+ Lọc máu liên tục hoặc chạy ECMO nếu có điều kiện.

* Các điều trị hỗ trợ khác:

- Từ độ 2b điều trị tại đơn vị hồi sức. Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở,

tri giác, SpO₂, nước tiểu và ran phổi (độ 2b là 1-3 giờ/lần, độ 3 là 1-2 giờ/lần, độ 4 là 30 phút/lần trong 6 giờ đầu, sau đó theo đáp ứng lâm sàng). Nếu có điều kiện, nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

- Nếu sốt không đáp ứng Paracetamol: Thay bằng Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần, liều tối đa 40 mg/kg/ngày.

Thở oxy 3-6 lít/phút, nếu đáp ứng kém, đặt nội khí quản. Nếu phù não nằm đầu cao 30°, thở máy tăng thông khí PaCO₂ 30-35 mmHg; PaO₂ 90-100 mmHg.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, đường huyết.

- Nếu mạch >170 lần/phút: Chỉ định Dobutamin khởi đầu 5 µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2 µg/kg/phút mỗi 15 phút đến khi có hiệu quả, tối đa 20 µg/kg/phút.

- Nếu co giật: Chỉ định Midazolam 0,15 mg/kg/lần, hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Nếu huyết áp cao: Chỉ định Milrinon 0,4-0,75 µg/kg/phút, truyền tĩnh mạch trong 24-72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm 0,1 µg/kg/phút mỗi 60 phút đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Khi huyết áp ổn định trong 6 giờ ngừng Milrinon.

- Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.

3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Khi có các tiêu chuẩn sau:

- Hết sốt 24 giờ liên tục.
- Không có biểu hiện từ độ 2a trở lên ít nhất 48 giờ.
- Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn biến nặng.
- Nếu có biến chứng: Xuất viện khi các biến chứng và lâm sàng đã ổn định.

V- PHÒNG BỆNH:

1. Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng bệnh đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:

- Cách ly theo nhóm bệnh.
- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%.

- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

3. Phòng bệnh ở cộng đồng:

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).

- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.

- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2%.

- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10 – 14 ngày đầu của bệnh .

VI. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

1. Nhận định:

1.1. Hỏi:

- Sốt ngày thứ mấy, sử dụng thuốc gì? Đáp ứng với thuốc.

- Xuất hiện nốt phỏng: tay, chân, miệng?

- Có ho, khó thở?

- Nôn ói?

- Quấy khó, ngủ gà, li bì.

- Giật mình, run chi, yếu chi, liệt mềm?

1.2. Thăm khám thể chất:

* Dấu hiệu sinh tồn:

- Nhiệt độ: Thường trẻ sốt nhẹ < 38,5°C.

- Mạch: Bình thường theo tuổi.

- Huyết áp: Bình thường theo tuổi.

- Nhịp thở: Bình thường theo tuổi.

Trong trường hợp bệnh có biến chứng, những dấu hiệu này cũng sẽ thay đổi tùy vào mức độ nặng.

* Da, niêm mạc:

- Tổn thương da: Bóng nước nổi trên nền hồng ban, xuất hiện trong lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông.

- Tổn thương niêm mạc: Bóng nước ở niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi vỡ ra tạo thành vết loét.

* Hô hấp:

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm lồng ngực, khò khè, thở rít khi hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu, bọt hồng.

* Tuần hoàn:

Trong trường hợp có biến chứng sẽ có biểu hiện:

- Mạch nhanh >130 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân,...).

- Giai đoạn đầu có thể huyết áp tăng: HATT \geq 100mmHg (<12 tháng), \geq 110mmHg (12-24 tháng), \geq 115mmHg (> 2 tuổi).

- Giai đoạn muộn mạch, huyết áp không đo được.

* Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm phát hiện virus: Lấy bệnh phẩm hầu họng, nốt phỏng, trực tràng, dịch não tủy để xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập virus chẩn đoán xác định nguyên nhân do EV71 hay Coxsackievirus A16.

- Xét nghiệm cơ bản:

+ Tế bào máu: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường, bạch cầu tăng > 16.000/mm³.

+ Đường huyết: Nếu tăng > 160mg % (8,9mmol/L) là dấu hiệu nặng.

2. Xác định vấn đề ưu tiên chăm sóc người bệnh tay chân miệng:

2.1. Chăm sóc bệnh tay chân miệng không có biến chứng:

2.1.1. Hạ sốt cho người bệnh:

Sốt do rối loạn thần kinh thực vật.

Mục tiêu: Nhiệt độ cơ thể được duy trì ở mức độ ổn định.

* Chăm sóc

- Nói rộng quần áo, nằm nơi thoáng.

- Chườm mát hoặc lau người bằng nước ấm.

- Cho trẻ uống hạ sốt Paracetamol theo chỉ định.

- Khuyến khích trẻ uống nhiều nước.
- Lau mồ hôi, thay quần áo mỗi khi vã mồ hôi ướt.

* Theo dõi

- Theo dõi nhiệt độ theo mỗi 8-12 giờ/lần (kẹp nhiệt độ hậu môn để có kết quả chính xác nhất là 24-48 giờ đầu).
- Theo dõi nhiệt độ mỗi 4-6 giờ sau khi dùng thuốc hạ nhiệt.
- Những trường hợp sốt cao 39-40°C cần kiểm tra nhiệt độ sau 1-2 giờ/lần.

2.1.2. Đau miệng do vết loét bên trong niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi :

Mục tiêu: Giảm đau, giúp người bệnh (trẻ) dễ chịu, vết loét mau lành.

* Chăm sóc

- Đánh giá mức độ tổn thương vết loét.
- Vệ sinh răng miệng bằng nước muối sinh lý hàng ngày và sau mỗi bữa ăn.
- Thực hiện thuốc giảm đau Paracetamol theo y lệnh.
- Tránh cho người bệnh ăn thức ăn nóng, chua cay vì dễ gây kích thích đau nhiều hơn.

* Theo dõi

- Mức độ tiến triển của vết loét, mức độ đau.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

2.1.3. Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh :

Dinh dưỡng kém do đau miệng, sốt.

Mục tiêu: Đảm bảo đủ nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.

* Chăm sóc

- Cân trẻ hàng ngày.
- Cho trẻ ăn chế độ ăn bình thường theo tuổi.
- Thức ăn để nguội trước khi cho ăn, tránh loại thức ăn chua, cay vì dễ kích thích gây đau nhiều hơn.
- Thực hiện thuốc giảm đau trước khi cho ăn 20 phút đối với trẻ bị loét miệng nhiều.
- Thực hiện y lệnh truyền dịch đối với trẻ loét và đau nhiều (nếu có y lệnh).

* Theo dõi

- Quan sát ghi nhận tình hình ăn uống của trẻ, báo ngay bác sỹ nếu trẻ ăn không

đủ.

- Theo dõi chỉ số BMI.

2.1.4. Nguy cơ xảy ra các biến chứng nặng:

Suy hô hấp, thần kinh, suy tuần hoàn.

Mục tiêu: Phát hiện sớm các biến chứng, xử trí kịp thời.

* Chăm sóc

- Cho trẻ nghỉ ngơi tránh mọi kích thích.

- Lắp Monitor theo dõi.

* Theo dõi

Theo dõi và báo bác sỹ ngay khi có xuất hiện một trong các dấu hiệu sau:

- Li bì.
- Sốt trên 2 ngày hay sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$.
- Có giật mình trong vòng 24 - 72 giờ trước đó.
- Đường huyết tăng $> 160\text{mg \%}$ ($8,9\text{mmol/l}$).
- Bạch cầu tăng $> 16.000\text{mm}^3$.
- Nôn ói nhiều.

Hướng dẫn cho thân nhân chăm sóc trẻ, theo dõi và báo ngay NVYT khi có một trong các dấu hiệu sau:

- Li bì, ngủ gà.
- Sốt trên 2 ngày hay sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$.
- Nôn ói nhiều.
- Thở nhanh, thở mệt, thở bất thường.
- Giật mình.
- Run chí, đi loạng choạng, ngồi không vững.
- Yếu, liệt chi.

2.1.5. Nguy cơ lây nhiễm chéo cho các trẻ khác:

Mục tiêu: Kiểm soát tốt các nguồn nguy cơ phơi nhiễm.

* Chăm sóc

- Sắp xếp cách ly trẻ bệnh phòng riêng, khu vực riêng.

- Nhân viên y tế thực hiện tốt nguyên tắc phòng ngừa chuẩn (rửa tay trước và sau khi tiếp xúc yếu tố nguy cơ, chăm sóc trẻ).

- Vệ sinh, khử khuẩn tốt dụng cụ dùng lại.
- Vệ sinh đồ chơi của trẻ.
- Vệ sinh, khử khuẩn sàn, giường, bàn, đệm.
- Xử lý chất thải.

2.1.6. Hướng dẫn gia đình người bệnh cách phòng lây nhiễm:

- Cách ly trẻ bệnh trong tuần lễ đầu, nghỉ học, không dùng chung đồ dùng cá nhân, đồ chơi.

- Vệ sinh cá nhân, ăn chín, uống sôi.
- Rửa tay xà phòng sau khi thay quần áo, tã lót, đổ nước tiểu, phân của trẻ bệnh.

Rửa sạch đồ chơi, đồ dùng, tay vịn, sàn nhà, nắm cửa,...

- Hướng dẫn trẻ em rửa tay trước khi ăn, sau khi chơi đồ chơi, sau khi đi vệ sinh.

2.2. Chăm sóc bệnh tay chân miệng có biến chứng:

2.2.1. Người bệnh có tổn thương thần kinh:

* Chăm sóc

- Để người bệnh nằm đầu cao 15 - 30°, yên tĩnh tránh mọi kích thích.
- Đảm bảo an toàn cho trẻ tránh ngã.
- Thực hiện y lệnh điều trị cho thở ô xy qua Cannula để điều trị tình trạng thiếu ô xy máu.

- Hút đờm dãi khi có tăng tiết, nằm nghiêng bên.
- Thực hiện chỉ định điều trị chống co giật tiêm Phenobarbital.
- Thực hiện chỉ định xét nghiệm.

* Theo dõi

- Theo dõi tri giác, SpO₂, nhịp tim, huyết áp, nhịp thở mỗi 1-3 giờ/lần trong 6 giờ đầu, nếu giảm dần triệu chứng theo dõi mỗi 4-6 giờ/lần.
- Theo dõi diễn tiến cơn giật mình để báo ngay bác sỹ xử trí kịp thời.

2.2.2. Người bệnh có biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật:

* Chăm sóc

- Để nằm đầu cao 15-30o .
- Cho người bệnh thở ô xy qua Cannula theo chỉ định điều trị tình trạng thiếu ô xy máu.

- Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

- Đặt Catheter động mạch quay để đo huyết áp động mạch liên tục.
- Lắp Monitor theo dõi.
- Thực hiện thuốc điều trị theo y lệnh Milinone.
- Thực hiện truyền tĩnh mạch nuôi dưỡng theo y lệnh.
- * Theo dõi
 - Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2, nước tiểu theo giờ tùy từng tình trạng mỗi người bệnh.
 - Theo dõi tri giác, tình trạng tím tái,...

2.2.3. Người bệnh có biến chứng hô hấp: Khó thở, thở không hiệu quả hoặc có cơn ngưng thở do tổn thương trung khu hô hấp.

Mục tiêu: Cải thiện tình trạng hô hấp, người bệnh đỡ và hết khó thở, hồng hào, SpO2>94%.

- * Chăm sóc
 - Nằm đầu cao 30o .
 - Đánh giá màu sắc da, niêm mạc, kiểu thở, SpO2 theo giờ tùy tình trạng của mỗi người bệnh.
 - Cho người bệnh thở ô xy qua Cannula, Mask theo y lệnh.
 - Chuẩn bị dụng cụ, máy thở và phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản, lắp máy thở nếu hô hấp không cải thiện và chăm sóc theo dõi người bệnh thở máy.

Chăm sóc người bệnh thở máy:

- Nằm đầu cao 30 - 45°, nghiêng mặt sang bên tránh hít sặc.
- Hút đờm dãi, vỗ rung thông thoáng đường thở.
- Vệ sinh răng miệng 2-3 lần/ngày.
- Thay phin lọc khuẩn, sâu máy thở hàng ngày.
- Lăn trở chống loét.
- * Theo dõi
 - Nhịp thở, kiểu thở, SpO2, tình trạng tím tái theo giờ.
 - Theo dõi dấu hiệu đáp ứng của người bệnh với máy thở.
 - Theo dõi và phát hiện các biến chứng thường gặp của thở máy: Tuột ống, hở ống, tắc ống, tràn khí màng phổi, ...
 - Theo dõi các thông số trên máy thở.

- Theo dõi và đánh giá khả năng cai máy thở của người bệnh để báo bác sỹ có chỉ định cai máy sớm để phòng tránh tai biến nặng do thở máy xâm nhập.
- Theo dõi người bệnh sau cai máy.

2.2.4. Người bệnh có biến chứng suy tuần hoàn: Mạch=0, HA=0 do tổn thương cơ tim

Mục tiêu: Cải thiện chức năng co bóp của tim, cải thiện tưới máu mô ngoại biên: Chân tay ấm, mạch quay rõ, huyết áp trở về bình thường theo tuổi, thời gian đổ đầy mao mạch < 2 giây, lượng nước tiểu > 1 ml/kg/giờ.

*** Chăm sóc**

- Để người bệnh nằm đầu bằng, chân cao tăng tưới máu đến các cơ quan.
- Phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản.
- Chuẩn bị máy thở.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi để bù dịch và truyền thuốc vận mạch.
- Thực hiện đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) mỗi 1-2 giờ/lần để phát hiện sớm tình trạng thừa dịch hay thiếu dịch, để báo bác sỹ xử trí kịp thời.
- Thực hiện đo và theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn nhằm theo dõi huyết áp liên tục và phản ánh chính xác huyết áp của người bệnh.
- Lắp Monitor theo dõi liên tục.
- Thực hiện y lệnh điều trị thuốc vận mạch Dobutamin tăng sức co bóp tim.
- Thực hiện y lệnh truyền bù dịch chống sốc sớm đưa người bệnh ra khỏi sốc, tránh các biến chứng của sốc kéo dài.

- Thực hiện y lệnh xét nghiệm cần thiết.

*** Theo dõi**

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, SpO2 lượng nước tiểu theo giờ tùy từng tình trạng mỗi người bệnh.
- Theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn liên tục.
- Theo dõi sử dụng thuốc vận mạch, báo bác sỹ khi thuốc gần hết tránh để gián đoạn.

3. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh:

- Hướng dẫn người chăm sóc trẻ cách theo dõi và phát hiện các dấu hiệu trở nặng: Sốt cao liên tục, giật mình, ngủ gà, thở nhanh,... báo ngay cho NVYT.

- Vệ sinh tay trước và sau khi chăm sóc trẻ.
- Hướng dẫn cách chuẩn bị chế độ ăn cho trẻ ăn.
- Cách ly trẻ.
- Hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng, mũi họng cho trẻ.
- Vệ sinh sạch sẽ đồ chơi của trẻ.

BÀI 13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRUS B

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, cách điều trị và phòng bệnh viêm gan virus B.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus B.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Virus viêm gan luôn là vấn đề quan trọng trên thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển: Châu Á, châu Phi. Cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, hiện nay người ta đã xác định được có ít nhất 6 loại virus viêm gan: A, B, C, D, E và G. Mỗi loại virus có đường lây và biểu hiện bệnh khác nhau.

Trong đó, vai trò HBV ngày càng quan trọng và trở thành gánh nặng trong cộng đồng vì nguy cơ viêm gan mạn tính rất cao, nhất là nơi có tỷ lệ người mang HBsAg cao từ 8–20%, thì nguy cơ xơ gan và ung thư gan rất cao. Vì thế, mặc dù Chương trình chủng ngừa hiệu quả trong thời gian vừa qua đã giảm tỷ lệ nhiễm HBV cấp trong nhiều nước, nhưng nhiễm HBV cho đến nay vẫn là nguyên nhân quan trọng gây bệnh và tử vong.

1. Tác nhân gây bệnh

Virus viêm gan B (Hepatitis B Virus-HBV) thuộc họ Hepadnavirus hình cầu, đường kính 42 nm, cấu tạo gồm 3 lớp:

- Lớp vỏ bề mặt có kháng nguyên bề mặt HBsAg.
- Lớp Nucleocapsit có chứa 2 kháng nguyên là HBcAg và HBeAg.
- Nhân có chứa gen là AND và ARN polimerase.

Virus viêm gan B có sức đề cao, virus có thể tồn tại ở nhiệt độ trong phòng trong vòng 6 tháng, ở 100°C là 20' và ở 58°C thì tồn tại trong vòng 24 h. HBV bị bất hoạt bởi Formalin 5% /12 h. Muốn hủy virus loại HBsAg, phải khử trùng (đun sôi 30', hoặc sấy khô, hay hấp ướt).

2. Đặc điểm dịch tễ học:

- Nguồn bệnh: + Bệnh nhân
+ Người lành mang virus không triệu chứng
- Đường lây: có 3 đường lây chính:
+ Máu: Do truyền máu, dùng bơm kim tiêm không vô khuẩn;

Các thủ thuật y khoa không vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm, ...).

+ Sinh dục.

+ Lây từ mẹ sang con, lây trong khi đẻ và sau khi đẻ.

- Cơ thể cảm thụ:

+ Mọi lứa tuổi và giới đều có thể bị viêm gan.

+ Viêm gan virus B đa số gặp ở người lớn, một số trẻ em mắc là do truyền từ mẹ sang con.

+ Nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân, với máu và các chế phẩm của máu ... thường dễ bị nhiễm virus viêm gan. Hiện nay bệnh viêm gan virus được xếp vào nhóm bệnh nghề nghiệp, được bảo hiểm.

3. Cơ chế bệnh sinh:

Đến nay, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về bệnh viêm gan virus, nhưng nhiều điểm trong cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được sáng tỏ. Tuy vậy, quá trình sinh bệnh có thể chia ra các thời kỳ sau:

- Thời kỳ thâm nhập của virus: Virus viêm gan B thâm nhập theo đường máu

- Thời kỳ nhân lên của virus: Tại các tổ chức của đường tiêu hóa và sau đó là các hạch Lympho mạc treo, virus được nhân lên. Do tác động của virus đến các tổ chức này làm tăng tính thấm của tế bào, thoái hóa – hoại tử tổ chức và tạo ra những biến đổi không đặc hiệu, đặc biệt là các hạch Lympho (trong 2 thời kỳ trên chưa biểu hiện bằng triệu chứng bệnh lý)

- Thời kỳ nhiễm virus huyết tiên phát (tương ứng với thời kỳ khởi phát trên lâm sàng): Virus từ hạch Lympho vào máu, gây ra phản ứng của cơ thể biểu hiện bằng sốt.

- Thời kỳ lan tràn tổ chức: Virus từ máu thâm nhập vào tất cả các cơ quan mà chủ yếu là gan. Quan trọng nhất trong thời kỳ này là virus gây tổn thương gan. Tổn thương gan biểu hiện ở 3 mặt: Phân hủy tế bào nhu mô gan, tổn thương tế bào trung điểm và ứ tắc mật. Trên lâm sàng, thời kỳ này tương ứng với thời kỳ toàn phát của bệnh.

- Thời kỳ nhiễm virus huyết thứ phát: Virus từ gan trở lại máu, gây nên những đợt bột phát, hiện tượng nhiễm độc dị ứng, phát sinh biến chứng và dị ứng.

4. Đáp ứng miễn dịch:

Đáp ứng miễn dịch với virus phụ thuộc vào từng cá thể. Một số trường hợp đáp ứng miễn dịch bảo vệ kém, do vậy virus tồn tại trong cơ thể suốt đời.

5. Các dấu ấn huyết thanh và HBV-DNA của HBV:

- HBsAg: Là kháng nguyên bề mặt của HBV. Đây là kháng nguyên xuất hiện sớm nhất trong huyết thanh sau khi nhiễm HBV. Nếu sau 6 tháng, kể từ khi nhiễm mà HBsAg vẫn còn tồn tại trong huyết thanh, được coi như mang kháng nguyên mạn tính.

- HBeAg: Là kháng nguyên xuất hiện sớm thứ hai, tiếp sau hoặc đồng thời với HBsAg. Sự có mặt của HBeAg cùng với HBV-DNA trong huyết thanh, phản ánh tình trạng đang nhân lên của virus và là thời kỳ lây lan mạnh nhất.

- HBcAg: Là kháng nguyên lõi của HBV. HBcAg không tồn tại ở dạng tự do, mà tập trung chủ yếu ở trong tế bào gan, nên không tìm thấy HBcAg trong huyết thanh.

- Anti-HBc: Là kháng thể có mặt sớm nhất trong đáp ứng miễn dịch của cơ thể sau khi nhiễm HBV, trong đó Anti-HBc-IgM (dương tính) có giá trị chẩn đoán viêm gan virus B cấp. Anti-HBc-IgG tăng cao và kéo dài ở những bệnh nhân viêm gan B mạn tính hoặc người mang HBV mạn tính.

- Anti-HBe: Là kháng thể xuất hiện thứ hai trong huyết thanh, thường thấy vào giai đoạn cấp tính của bệnh và kéo dài nhiều tháng, nhiều năm. Sự xuất hiện của Anti-HBe là dấu hiệu nhân lên của virus đã bị khống chế.

- Anti-HBs: Là kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt của HBV. Anti-HBs thường xuất hiện trong huyết thanh sau khi HBsAg biến mất. Sự có mặt của Anti-HBs cùng với sự mất đi của HBsAg, phản ánh quá trình hồi phục của cơ thể.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Viêm gan virus vàng da thể thông thường:

1.1.1. Thời kỳ ủ bệnh: 30–180 ngày không có triệu chứng gì đặc biệt.

1.1.2. Thời kỳ khởi phát (thời kỳ tiền vàng da): Từ 3-10 ngày.

- Sốt nhẹ: 37^o5C đến 38^oC hoặc không sốt.

- Rối loạn tiêu hóa:

+ Chán ăn là dấu hiệu đặc trưng nhất.

+ Đau bụng âm ỉ thượng vị, đau hạ sườn phải do gan to.

- + Nôn, buồn nôn, táo bón hoặc ỉa lỏng.
- Rối loạn thân kinh và toàn thân:
- + Mệt mỏi cả về thể xác lẫn tinh thần không có lý do giải thích, tình trạng mệt mỏi không tung xứng với sốt.
- + Đau mỗi khớp, nhức đầu, đau mình mẩy, mất ngủ.
- Nước tiểu ít và sẫm màu.

1.1.3. Thời kỳ toàn phát (thời kỳ vàng da): Trung bình 4 tuần, thể nhẹ từ 7-8 ngày.

- Bệnh nhân hết sốt, xuất hiện vàng da, vàng mắt. Vàng sớm nhất là ở củng mạc mắt và niêm mạc dưới lưỡi, sau đó vàng da từ từ và tăng dần. Nếu vàng da đậm thì sẽ có ngứa, do ứ sắc tố mật.
- Nước tiểu ít và sẫm màu (< 1,5 lít/ngày), phân có thể bạc màu.
- Gan bình thường hoặc to, mềm, ấn tức.
- Lách bình thường hoặc to (1/5 trường hợp lách to). Ở người lớn lách to, báo hiệu diễn biến bệnh kéo dài.
- Rối loạn tiêu hóa đỡ hơn, song vẫn còn chán ăn.
- Toàn trạng: Bệnh nhân vẫn còn mệt mỏi, mất ngủ.

1.1.4. Thời kỳ hồi phục: Bệnh nhân đi tiểu nhiều hơn (2-3 lít/ngày). Nước tiểu trong dần, vàng da lui dần. Bệnh nhân ăn ngon miệng, gan, lách bình thường. Viêm gan cấp thường khỏi sau 4-6 tuần.

1.2. Các thể lâm sàng khác:

- **Thể không vàng da:** Trong vụ dịch chiếm từ 2/3 đến 3/4 số trường hợp viêm gan không vàng da. Điều quan trọng là tiến triển sang viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư gan tỷ lệ cao hơn thể vàng da.
- **Thể viêm gan B kéo dài (ứ mật):** Triệu chứng vàng da nổi bật kéo dài từ 8 tuần đến 5 tháng. Vàng da đậm kèm theo phân bạc màu, ngứa, gan to không đau. Bệnh diễn biến chậm, nhưng cũng hồi phục.
- **Thể ác tính hay thể nặng, thể kịch phát:** Chia làm 3 thể:
 - + Thể tối cấp: Diễn biến trong vòng 1 tuần.
 - + Thể cấp: Diễn biến trong vòng 3 tuần.
 - + Thể bán cấp: Diễn biến trong vòng 2 đến 3 tháng.

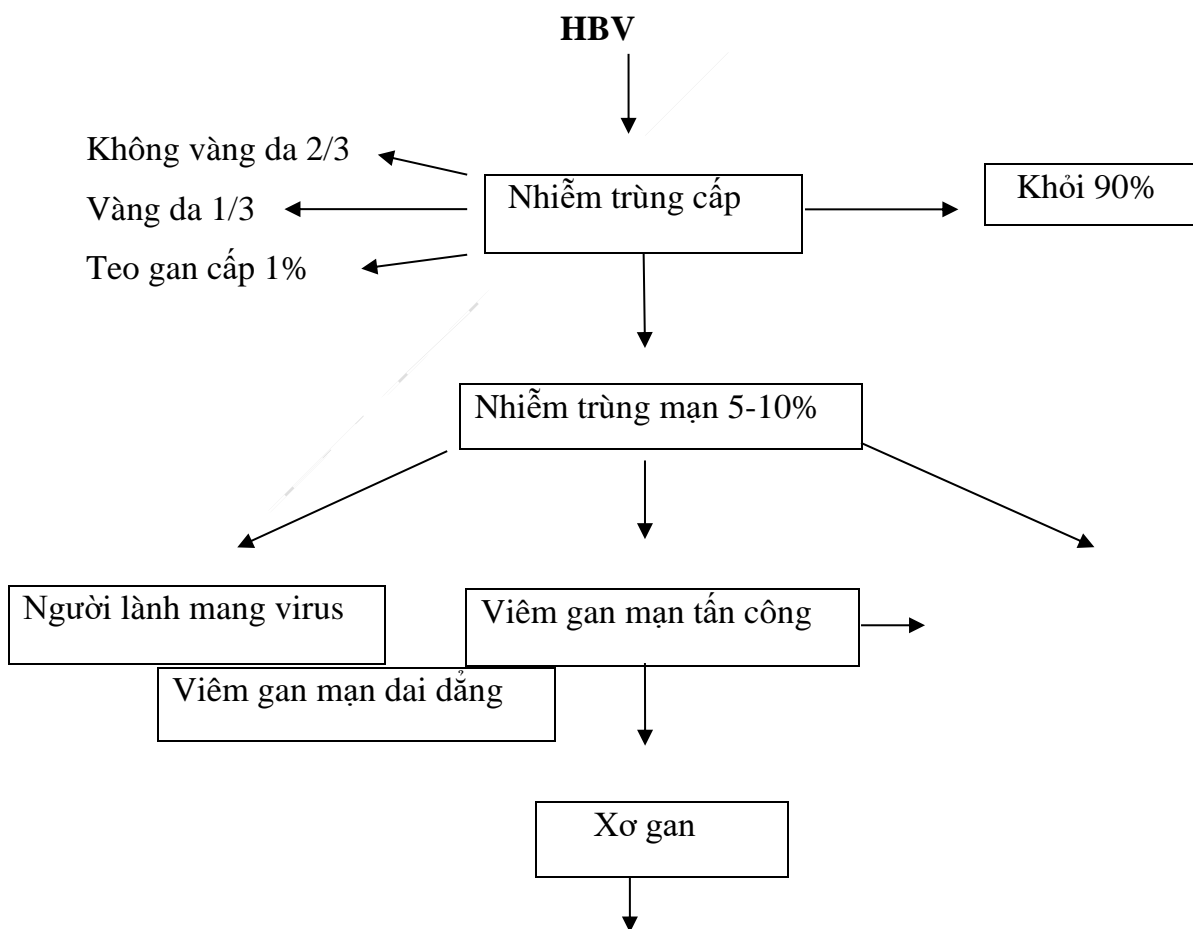
Bệnh nặng lên đột ngột, vàng da đậm, nôn, lú lẫn, ngủ gà, hành vi bất thường, la hét giãy dụa, đi nhanh vào hôn mê; Xuất huyết, thở mùi axeton, gan teo nhỏ dần, phức bộ Prothrombin giảm đột ngột. Tiến triển thường dẫn đến tử vong tới 60%.

- Viêm gan B ở phụ nữ có thai: Xảy thai, đẻ non, thai chết lưu, viêm gan cấp sơ sinh, xơ gan, chưa có tài liệu khẳng định có thể gây dị tật thai nhi.

- Viêm gan B thể mạn tính: Bệnh thường tái phát nhiều lần, các tổn thương gan kéo dài trên hoặc bằng 6 tháng. Bệnh nhân mệt mỏi kéo dài, mất ngủ, ăn không ngon miệng, đau cơ khớp, có thể có triệu chứng của xơ gan (sao mạch, vàng da, phù bầm tím ngoài da ...) hay tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, lách to, bụng chướng, dẫn tĩnh mạch thực quản ...), ung thư gan.

Có 2 loại viêm gan mạn là viêm gan mạn tính tồn tại và viêm gan mạn tính tấn công. Về lâm sàng và sinh hóa rất khó phân biệt 2 loại này. Muốn phân biệt, phải làm sinh thiết.

SƠ ĐỒ: TIẾN TRIỂN CỦA NHIỄM HBV



2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Huyết học: Công thức máu: Bạch cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Nước tiểu: Sắc tố mật (+), muối mật (+).
- Xét nghiệm chức năng gan:
 - + Hội chứng hủy hoại tế bào gan: Men Transaminaza tăng cao 5-10 lần, chủ yếu là SGPT tăng cao.
 - + Hội chứng ứ mật: Bilirubin máu tăng cao, chủ yếu là Bilirubin trực tiếp.
 - + Hội chứng suy tế bào gan: Tỷ lệ Prothrombin giảm, điện di Protein có Albumin giảm, A/G < 1.
 - + Hội chứng viêm: Gros-Maclagan (+). Điện di protein có Gammaglobulin tăng.
- Xét nghiệm huyết thanh học: Nhiễm HBV cấp: HBsAg (+), HBeAg (+), anti-HBc-IgM (+).
- Xét nghiệm gen: Định tính, định lượng virus bằng phương pháp PCR.
- Siêu âm.
- Fibroscan đánh giá mức độ xơ gan hóa.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thể thông thường:

Điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, ngăn ngừa các biến chứng sớm và kịp thời.

Chế độ nghỉ ngơi: Nằm nghỉ tại giường trong giai đoạn viêm gan cấp. Tránh mọi lao động nặng về thể lực cũng như về trí óc. Nghỉ ngơi tuyệt đối trong giai đoạn cấp là tránh được hoại tử tế bào gan, tránh được sự tiêu thụ năng lượng quá nhiều, tránh được tiêu thụ những glycozen dự trữ ở gan, như vậy tránh được giảm oxy ở gan. Tư thế nằm, máu chảy qua gan nhiều hơn tư thế đứng. Không nên lao động nặng và gắng sức ít nhất 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

Chế độ ăn giàu đạm, đường, vitamin, ít mỡ, kiêng rượu bia 6-12 tháng. Khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều lần, mỗi lần một ít. Nên ăn bữa chính vào sáng và trưa, ăn nhẹ vào chiều và tối.

Tránh dùng các thuốc chuyển hóa trong gan như kháng sinh, an thần, thuốc tránh thai, corticoid.

Có thể điều trị bằng các thuốc không đặc hiệu như:

+ Truyền tĩnh mạch dung dịch đẳng trương, dung dịch Glucosa 5%, Ringer lactate, Natriclorua 0,9%.

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

+ Các vitamin nhóm B.

+ Nhuận mật: Chophytol, Sorbiton ..., nhân trần.

+ Bệnh nhân chán ăn nhiều, ăn không tiêu protit, cho uống Moriamin.

2. Thể nặng :

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải và cân bằng kiềm toan:

+ Truyền Glucosa 5%+Ringerlactate, kết hợp lợi tiểu Lasix.

+ Chống nhiễm toan: Natribicacbonat.

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

- Điều trị xuất huyết tiêu hóa (nếu có): Truyền khối hồng cầu, dùng các thuốc chống chảy máu: Tiêm Transamin ...

- Giảm Amoniac: Đường truyền tĩnh mạch bằng Philorpa, Hepamez ; Đường ruột bằng cách thụt tháo hoặc bằng đường uống.

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.

Nếu hôn mê: Chống phù não tích cực, hỗ trợ chức năng sống khi cần, chế độ ăn giảm đạm.

3. Thể mạn tính :

Điều trị viêm gan B mạn tính là loại trừ hay làm ức chế rõ rệt HBV tăng sinh, để phòng tiến triển của HBV đến xơ gan, suy gan và do đó có tiềm năng ung thư gan nguyên phát. Hiện nay, thuốc kháng virus có 2 loại chính: Nucleosid và Intecferon. Tuy nhiên hiệu quả điều trị thực sự còn chưa cao, nhiều tác dụng phụ và phải dùng kéo dài.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Những biện pháp phòng bệnh không đặc hiệu:

Virus viêm gan B lây theo đường máu, nên cần đảm bảo khử trùng tốt các dụng cụ tiêm truyền, phẫu thuật. Sử dụng máu và các chế phẩm của máu, cần được kiểm tra chặt

chẽ, để loại trừ virus viêm gan. Virus viêm gan có thể lây truyền theo đường tình dục, do đó trong quan hệ tình dục, cũng phải có dụng cụ bảo vệ.

2. Phòng bệnh đặc hiệu:

- Vaccin viêm gan B đã được sử dụng rộng rãi trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Trẻ em được tiêm mũi đầu tiên trong 24 h đầu ; Lần 2 khi trẻ 2 tháng tuổi ; Lần 3 khi trẻ 3 tháng tuổi và lần 4 khi trẻ 4 tháng tuổi. Vaccin viêm gan B cũng được chỉ định cho trẻ em và những người có nguy cơ lây nhiễm cao.

- Gammaglobulin chỉ định đối với người phơi nhiễm viêm gan B, nhưng chưa được tiêm vaccin dự phòng. Tiêm bắp liều duy nhất HBIG liều 0,06 ml/kg, sau đó tiêm vaccin.

- Các phương pháp dùng globulin và vaccin cho trẻ sơ sinh khi bà mẹ mang thai có HBsAg dương tính như sau:

Phụ nữ có thai HBsAg (+) và HBeAg (+) trong huyết thanh nồng độ HBV-DNA cao: uống Lamivudin (100 mg/ngày) hoặc Tenofovir (300 mg/ngày) vào 3 tháng cuối của thai kỳ, uống cho đến khi đẻ. Không uống vào 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ vì có thể gây dị tật bẩm sinh cho thai nhi.

a. Nếu bà mẹ có thai mà có HBsAg (+) và HBeAg (+) trong huyết thanh thì trẻ sơ sinh đẻ ra tiêm ngay trong 12 giờ đầu tối đa là 24 giờ đầu, globulin miễn dịch viêm gan B 200 đơn vị tiêm bắp.

+ Sau đó tiêm ngay vaccin phòng bệnh viêm gan B ở vị trí khác (mũi 1). Mỗi liều vaccin từ 5 - 10µg.

+ Cách 1 tháng sau (30 ngày sau) tiêm vaccin viêm gan B lần 2 (mũi 2) và đồng thời tiêm ở vị trí khác HBIG liều lượng 200 đơn vị quốc tế.

+ 1 tháng sau nữa, tiêm vaccin viêm gan B lần thứ 3 (mũi 3).

+ 12 tháng sau, tiêm nhắc lại 1 liều vaccin (mũi 4). Đồng thời xét nghiệm theo dõi HBsAg và anti-HBs cho trẻ sơ sinh, để đánh giá kết quả, phương pháp phòng lây truyền cho trẻ sơ sinh.

b. Nếu bà mẹ có HBsAg (+) và HBeAg (-) thì tiêm ngay cho trẻ sơ sinh HBIG với liều lượng 100 đơn vị quốc tế (1ml) hoặc 200 đơn vị quốc tế (2ml), tiêm bắp. Đồng thời tiêm vaccin viêm gan B (mũi 1) tiêm ở vị trí khác. Cách 1 tháng sau tiêm vaccin (mũi 2) và cách 1 tháng nữa tiêm vaccin (mũi 3), 12 tháng sau tiêm vaccin nhắc lại (mũi 4).

Theo dõi HBsAg và anti HBs ở trẻ sơ sinh. Nếu tháng thứ 4 sau khi tiêm vaccin mà nồng độ kháng thể anti-HBs < 20 UI/ml là đáp ứng kháng thể kém, cần phải tiêm thêm HBIG 100 UI đến 200 UI hoặc 50 UI/kg.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định:

Điều dưỡng viên nhận định chăm sóc, thu thập các dữ liệu bằng cách:

- Hỏi:

- + Bệnh xuất hiện từ bao giờ? Diễn biến của bệnh.
- + Liên quan dịch tễ với những người xung quanh.
- + Bệnh nhân có ngủ được không? Mức độ mệt mỏi của bệnh nhân.
- + Bệnh nhân có chán ăn không? Có nôn không?
- + Bệnh nhân có đau tức hạ sườn phải hay thượng vị không?
- + Nước tiểu vàng xuất hiện từ bao giờ?

- Khám:

- + Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- + Quan sát da và nước tiểu, đánh giá mức độ vàng đậm hay vàng nhạt, đo lượng nước tiểu 24 h.
- + Da nổi vân tím hay có thể thấy sao mạch, đếm nhịp thở, kiểu thở: Khó thở, thở nhanh, tím tái trong trường hợp nặng.
- + Khám gan: To hay teo nhỏ? Ấn có thấy đau, tức không? Có cổ chướng không?
- + Ý thức của người bệnh: Tỉnh táo hay dấu hiệu tiền hôn mê hoặc hôn mê gan?
- + Phát hiện triệu chứng của tiền hôn mê gan: Lú lẫn, lơ mơ, giãy rụa, la hét, đi vào hôn mê ...

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm chức năng gan: Bilirubin, Transaminaza, Gros, Maclagan, tỷ lệ Prothrombin, sắc tố mật và muối mật.

2. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Bệnh nhân mệt mỏi do suy giảm chức năng gan.
- Vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng do ứ mật.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa.

- Nguy cơ viêm gan nặng, hôn mê gan do suy tế bào gan.
- Bệnh nhân không biết cách ngăn ngừa, hạn chế tiến triển của bệnh do thiếu kiến thức về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng:

3.1. Bệnh nhân mệt mỏi do suy giảm chức năng gan:

Mục tiêu: Bệnh nhân hết mệt mỏi.

Can thiệp:

- Bệnh nhân viêm gan mệt mỏi nhiều tùy từng tình trạng của bệnh nhân. Đánh giá mức độ mệt mỏi của bệnh nhân, bệnh nhân nặng thì mệt mỏi nhiều.
- Sắp xếp người bệnh nằm ở buồng bệnh yên tĩnh.
- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi cả về thể xác lẫn tinh thần. Tùy mức độ bệnh nhân nằm nghỉ tại giường và đi lại nhẹ nhàng trong phòng hay nằm nghỉ tuyệt đối. Làm công việc nhẹ nhàng, không gắng sức.
- Tư tưởng thoải mái, tránh Stress.
- Động viên bệnh nhân yên tâm điều trị, tránh lo lắng không cần thiết, làm bệnh nhân mất ngủ. Khi bệnh nhân ngủ được, cũng là giảm một phần mệt mỏi cho bệnh nhân.

3.2. Vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng do ứ mật:

Mục tiêu: Bệnh nhân hết vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng.

Can thiệp:

- Theo dõi và đánh giá mức độ vàng da, vàng mắt hàng ngày, mức độ tăng lên hay giảm đi.
- Theo dõi màu sắc nước tiểu và đo lượng nước tiểu hàng ngày. Theo dõi gan to hay teo nhỏ. Bệnh nhân đau vùng gan âm ỉ hay đau quặn từng cơn.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc lợi mật, bảo vệ tế bào gan.
- Thực hiện truyền dịch (nếu có chỉ định) như: Truyền Glucosa 5%+Ringerlactate.
- Theo dõi làm các xét nghiệm chức năng gan, như: Bilirubin, Transaminaza, Gros, Maclagan, tỷ lệ Prothrombin, sắc tố mật và muối mật; Chức năng thận; Huyết học.
- Đưa người bệnh đi siêu âm, chụp Xquang theo chỉ định.

3.3. Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa:

Mục tiêu: Bệnh nhân được dinh dưỡng tốt, ăn ngon miệng cân.

Can thiệp: Khi bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa, chán ăn, nôn, ỉa chảy, táo bón, ... đều làm tình trạng hấp thu dinh dưỡng kém. Người điều dưỡng cần quan tâm, theo dõi sát, động viên bệnh nhân ăn, thức ăn nhẹ, mềm dễ tiêu, ăn theo khẩu vị, chia nhỏ làm nhiều bữa.

- Thức ăn hạn chế đạm động vật, mỡ, tăng đạm thực vật.
- Tăng cường vitamin: Nước hoa quả, sữa chua.
- Uống nhiều nước: Nhân trần, đường Glucosa, không uống rượu bia.
- Khi tình trạng bệnh nhân nặng, chán ăn nhiều, thì nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

3.4. Nguy cơ viêm gan nặng, hôn mê gan do suy tế bào gan:

Mục tiêu: Làm giảm nguy cơ viêm gan nặng và hôn mê gan.

Can thiệp:

Người điều dưỡng cần phải theo dõi sát tình trạng diễn biến của bệnh, phát hiện sớm và kịp thời những dấu hiệu nặng:

- Bệnh nhân đột ngột vàng da, vàng mắt đậm, nôn nhiều, sốt cao liên tục, gan thu nhỏ dần.

- Những dấu hiệu tiền hôn mê và hôn mê gan:

Người bệnh mất ngủ, chậm chạp, trí nhớ giảm sút, giảm sự tập trung, mất phương hướng, quá vui hoặc quá buồn một cách vô cớ, nói nhảm hoặc kích thích vật vã, la hét, lơ mơ và hôn mê.

- Những rối loạn về thần kinh:

+ Run chân, tay: Run kiểu chim vỗ cánh, run ở đầu chi trên, nhưng có thể lan lên vai, lưỡi hoặc mí mắt.

+ Tăng hoặc giảm trương lực cơ.

+ Mất sự phối hợp động tác.

+ Hơi thở có mùi chua giống mùi quả thối.

+ Thở sâu kiểu thở Kussmaul.

Khi có những dấu hiệu này, người điều dưỡng phải báo ngay với thầy thuốc, phối hợp xử trí kịp thời và theo dõi sát các dấu hiệu trên:

- Đảm bảo hô hấp cho bệnh nhân:

+ Đặt bệnh nhân nằm đầu cao, dễ thở. Đối với bệnh nhân hôn mê, thì đặt bệnh nhân nằm nghiêng mặt sang một bên, tránh sặc.

+ Hút đờm rãi nếu có tăng tiết.

+ Hỗ trợ hô hấp, cho người bệnh thở ôxy theo chỉ định.

+ Chuẩn bị dụng cụ, trang thiết bị, máy thở. Phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản nếu có chỉ định khi bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp.

+ Theo dõi nhịp thở, kiểu thở, SpO₂, SaO₂, tình trạng tím tái da và niêm mạc.

- Đảm bảo tình trạng tuần hoàn: Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp tùy tình trạng người bệnh. Bệnh nhân nặng, hôn mê thì đo 30'/lần, 1h/lần, 3h/lần.

- Thực hiện y lệnh:

+ Truyền dịch Glucosa 5%+Ringerlactate.

+ Thực hiện thăng bằng kiềm toan khi có chỉ định.

+ Thực hiện thuốc điều trị rối loạn chức năng đông máu: Tiêm vitamin K, truyền huyết thanh tươi, truyền máu theo chỉ định.

+ Truyền Manitol chống phù não theo y lệnh đối với người bệnh hôn mê.

+ Thực hiện thuốc chống chảy máu như Transaminaza, truyền khối hồng cầu theo chỉ định trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa.

+ Thực hiện thuốc giảm Amoniac: Truyền tĩnh mạch bằng Philorpa, Hepamez hoặc đường uống, đường thụt tháo.

+ Phụ giúp lọc máu liên tục, thay huyết tương, lọc gan.

+ Nghi ngơi tuyệt đối tại giường. Đặt sond dạ dày nếu người bệnh có biểu hiện rối loạn ý thức, hôn mê.

+ Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch đối với trường hợp người bệnh bị xuất huyết đường tiêu hóa hoặc trường hợp chống chỉ định đặt sond dạ dày.

+ Lấy máu xét nghiệm: Bilirubin, Transaminaza, tỷ lệ Prothrombin, đường máu, sắc tố mật và muối mật.

- Vệ sinh cá nhân:

+ Vệ sinh răng miệng, ngày 2-3 lần.

+ Lau người, tắm bằng nước ấm.

+ Vệ sinh bộ phận sinh dục, hậu môn hàng ngày sau mỗi lần đi vệ sinh.

+ Thay quần áo, thay ga hàng ngày.

+ Trăn trở, chống loét.

3.5. Bệnh nhân không biết cách ngăn ngừa, hạn chế tiến triển của bệnh do thiếu kiến thức về bệnh:

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà hiểu được các kiến thức liên quan đến bệnh, yên tâm hợp tác điều trị.

Can thiệp:

- Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà bệnh nhân những kiến thức để họ hiểu, an tâm, phối hợp điều trị.

- Giảng giải cho người bệnh hiểu thế nào là bệnh viêm gan virus, bệnh viêm gan virus diễn biến âm thầm và rất đa dạng. Bệnh có thể diễn biến nặng, kéo dài hay hôn mê gan, nên cần phải theo dõi cẩn thận.

- Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân cách theo dõi, phát hiện những dấu hiệu bất thường: Thay đổi tính cách ; Nôn nhiều ; Đi ngoài phân đen, ... báo cho nhân viên y tế.

- Hiểu được vai trò của việc nghỉ ngơi, dinh dưỡng cho bệnh nhân.

- Cách phòng bệnh và tránh lây lan cho những người xung quanh.

- Tiêm phòng vaccine viêm gan B.

- Sau khi ra viện: Luyện tập thường xuyên, ăn uống bồi dưỡng, nâng cao thể trạng, tránh lao động nặng và gắng sức trong 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

- Kiểm tra định kỳ HBsAg 1-2 tháng/1 lần. Nếu trên 6 tháng mà HBsAg (+), được coi như mang kháng nguyên mạn tính. Nên kiểm tra định kỳ men Transaminaza có tăng hay không?

- Sau khi xuất viện 1 thời gian, thấy xuất hiện của triệu chứng viêm gan, phải đi khám ngay.

4. Đánh giá:

Chăm sóc bệnh nhân viêm gan, được coi là có hiệu quả khi:

- Hết vàng da, vàng mắt, nước tiểu trong.

- Bệnh nhân ăn ngon miệng, tăng cân.

- Chức năng gan được cải thiện.

- Các biến chứng được ngăn ngừa, phát hiện và xử lý kịp thời.

- Bệnh nhân yên tâm, thoải mái sau điều trị và có hiểu biết nhất định về bệnh, hạn chế được tiến triển của bệnh khi ra viện.

LƯỢNG GIÁ

Tình huống:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Tòng 50 tuổi, ở nhà người bệnh thấy sốt 37,5 - 38⁰C, mệt mỏi, đau mình mẩy, đau nhức đầu, ăn kém, đại tiện phân sệt, vàng da, vàng mắt. Bệnh nhân vẫn đi làm bình thường và tự mua thuốc kháng sinh Amoxicilin để điều trị 9 ngày ở nhà nhưng không đỡ nên nhập viện. Qua nhận định thấy: người bệnh vàng da, vàng mắt đậm, nước tiểu sẫm màu như nước chè đặc, mệt mỏi, chán ăn, đại tiện phân lỏng ngày 2 lần, đau tức vùng gan và thượng vị, nhiệt độ 36⁰C. Khám bụng mềm, gan 1cm dưới bờ sườn, ấn tức, tim nhịp đều, mạch 80 lần/phút, HA 120/80mmHg. Xét nghiệm: Bilirubin TP: 95 μ mol/l; Bilirubin TT: 65 μ mol/l; Bilirubin GT: 30 μ mol/l; GPT: 200 U/l; GOT: 150U/l; nước tiểu bilirubin (+); HBsAg (+); anti HBc-IgM (+).

Anh/chị hãy lập Kế hoạch chăm sóc cho người bệnh trên?

BÀI 14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm nhiễm HIV/AIDS.*
2. *Kể được 3 phương thức lây truyền chủ yếu của HIV.*
3. *Trình bày được các giai đoạn lâm sàng chủ yếu trong nhiễm HIV/AIDS.*
4. *Trình bày được các biện pháp phòng và điều trị bệnh HIV/AIDS.*
5. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh HIV/AIDS.*

I. ĐẠI CƯƠNG

- HIV: Human Immunodeficiency Virus: virus gây giảm miễn dịch ở người.
- AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).
- Nhiễm HIV gây suy giảm miễn dịch, tiến triển tiềm tàng và làm mất sức đề kháng của cơ thể, cuối cùng dẫn tới nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh lý ung thư (giai đoạn AIDS) và tử vong.

1. Định nghĩa

AIDS là giai đoạn cuối cùng của tiến trình nhiễm HIV khi mà cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh (hệ thống miễn dịch của cơ thể bị phá hủy) nhiều bệnh nhiễm trùng cơ hội xảy ra đến đe dọa tính mạng nghiêm trọng.

2. Nguyên nhân

Virus xâm nhập vào cơ thể, phá hủy tế bào CD4, đây là loại tế bào đơn nhân giúp cơ thể tạo kháng thể chống lại các kháng nguyên gây bệnh. Do hàng rào bảo vệ của cơ thể bị siêu vi tấn công làm tê liệt nên cơ thể không còn sức đề kháng chống lại các tác nhân gây bệnh xâm nhập.

3. Mầm bệnh

- HIV kém bền vững với môi trường ngoại cảnh, dễ chết, dễ bất hoạt bởi các tác nhân lí hóa.
- Javen, còn 70⁰, nhiệt độ 100⁰ C chết trong 1 phút.
- Formaldehyt 0,1 % , nhiệt độ 56⁰ C chết trong 30 phút.
- Tia cực tím không diệt được virus

4. Đường lây truyền

- Cho đến nay, người ta khẳng định HIV có trong :

- + Máu và các sản phẩm của máu.
- + Tinh dịch, chất nhờn âm đạo.
- + Nước bọt, nước mắt, DNT, nước tiểu.
- + Sữa mẹ.
- Tuy nhiên chỉ có 3 đường lây được xác định gồm:

4.1. Lây truyền qua đường tình dục

- Quan hệ tình dục không an toàn với người nhiễm HIV.

4.2. Lây truyền qua đường máu và đường tiêm truyền

- Do truyền máu và các sản phẩm của máu, dụng cụ châm cứu, kim xăm da, dao cạo râu, dụng cụ làm móng...

4.3. Lây truyền từ mẹ sang con

- Lây truyền qua nhau thai trong thời kì mang thai, trong khi sinh và cũng có thể lây sau sinh do trẻ bú mẹ.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM

1. LÂM SÀNG

Quá trình tiến triển từ HIV đến AIDS là một quá trình kéo dài. Do vậy các biểu hiện lâm sàng rất phức tạp và tùy thuộc vào các giai đoạn khác nhau.

1.1. Giai đoạn sơ nhiễm (giai đoạn nhiễm HIV cấp)

- Từ 2-6 tuần tiếp xúc với siêu vi, nhiễm HIV ban đầu thường không có triệu chứng. trong vòng vài ngày đến vài tuần, BN có biểu hiện của hội chứng nhiễm trùng cấp: sốt nhẹ, đau đầu, đau khớp, phát ban, vã mồ hôi, rối loạn tiêu hóa,...kéo dài một thời gian rồi tự khỏi.

1.2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng

- Thời gian từ lúc bị nhiễm HIV đến khi xuất hiện triệu chứng AIDS rất thay đổi, thời gian này có thể từ 2-10 năm, tùy theo vào từng cá thể và hành vi của người nhiễm. trong giai đoạn này, HIV vẫn tiếp tục tăng sinh và tế bào lympho T, CD4 giảm dần theo năm tháng.
- Thời kỳ này có thể diễn tiến theo 3 hướng:

- + Hướng 1: không tiến triển trong một thời gian dài, người nhiễm có thể sống một thời gian khỏe mạnh (khoảng 10 năm) mà không có biểu hiện lâm sàng.

+ Hướng 2: tiến triển điển hình ; BN diễn tiến qua thời gian dài có triệu chứng và chuyển thành AIDS trong vòng 7-8 năm .

+ Hướng 3: tiến triển nhanh : diễn biến nhanh ở những người có nguy cơ, mắc thêm các bệnh nhiễm trùng khác như lậu, giang mai, ... và chuyển thành AIDS trong vòng 2-3 năm .

1.3. Giai đoạn nhiễm trùng có triệu chứng ($CD4 < 500mm^3$)

- Có thể gặp bệnh lý hạch toàn thân, sốt kéo dài và tiêu chảy kéo dài > 1 tháng, nhiễm nấm Candida ở miệng và âm đạo tái phát, viêm phổi, zola, ung thư,...

1.4. Giai đoạn AIDS: ($CD4 < 200mm^3$)

Gồm triệu chứng của bệnh nhiễm trùng cơ hội, hội chứng suy mòn do HIV.

Theo bộ y tế VN, lâm sàng nhiễm HIV ở người lớn được chia làm 4 giai đoạn lâm sàng:

- Giai đoạn 1:

+ Giai đoạn hội chứng hạch dai dẳng (kéo dài trên 3 tháng) toàn thân.

+ Hoặc có ít nhất 2 vùng hạch (không kể vùng hạch bẹn)

+ Hạch sờ được, đường kính > 1 cm

+ Có thể có sốt, vã mồ hôi về đêm và sụt cân.

+ BN vẫn sinh hoạt bình thường.

- Giai đoạn 2 :

+ Sụt cân < 10% trọng lượng cơ thể.

+ Các biểu hiện ở da và niêm mạc (phát ban, viêm da, nấm da, nấm miệng, nấm âm đạo hoặc zola).

+ Nhiễm trùng hô hấp trên tái diễn.

+ BN vẫn hoạt động, sinh hoạt và làm việc bình thường.

- Giai đoạn 3:

+ Sụt cân hơn 10% trọng lượng cơ thể.

+ Tiêu chảy kéo dài > 1 tháng.

+ Nhiễm Candida ở miệng.

+ Viêm phổi, lao phổi.

+ Bệnh nhân không hoạt động bình thường, nằm nghỉ tại giường dưới 50% thời gian trong ngày.

- Giai đoạn 4:

+ Hội chứng suy mòn

- + Nhiễm Candida thực quản, phế quản, khí quản, phổi.
- + Bệnh nấm toàn thân.
- + Các lao ngoài phổi.
- + Nhiễm trùng huyết.
- + Bệnh lý não: viêm não, viêm màng não.
- + Trong giai đoạn này, BN cần giúp đỡ về y tế và họ phải nằm nghỉ tại giường > 50% thời gian trong ngày.

2. Xét nghiệm

Tất cả các trường hợp xét nghiệm HIV đều phải được tư vấn cho BN trước và sau khi xét nghiệm:

- Kháng thể chống HIV: thường xuất hiện 2-12 tuần sau nhiễm trùng.
- Xét nghiệm chuẩn để sàng lọc là:
 - + ELISA (Enzym linked immono assay).
 - + Hoặc EIA (Enzym immono assay).
- Xét nghiệm chẩn đoán xác định: Western Blot.
- Công thức máu, tổng số tế bào lympho..
- Xét nghiệm tế bào CD4.

3. Chẩn đoán

- Nhiễm HIV: tại Việt Nam, hiện nay theo hướng dẫn của Bộ Y Tế, muốn chẩn đoán nhiễm HIV tại cơ sở y tế BN phải có 3 xét nghiệm tìm kháng thể chống HIV (+) có 3 loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau.
- AIDS: một người nhiễm HIV được chẩn đoán AIDS khi:
 - + Lâm sàng có các bệnh lý lâm sàng giai đoạn 4
 - Hoặc:
 - + Xét nghiệm có $CD4 < 200/mm^3$ hoặc lympho bào $< 1.200/mm^3$ và có các triệu chứng liên quan đến HIV.

III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

1. Hướng điều trị

- Điều trị ARV (Antiretrovirus): thuốc kháng Retrovirus làm giảm sự nhân lên của virus, phục hồi hệ thống miễn dịch nhằm giảm các nhiễm trùng cơ hội và hỗ trợ tâm lý cho BN. Thuốc được dùng suốt đời.

- Điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội.
- Chăm sóc BN.
- Dinh dưỡng tốt và nâng cao thể trạng.

2. Biện pháp phòng bệnh

2.1. Phòng chống lây lan qua đường máu

- Kiểm tra chặt chẽ các mẫu máu, chế phẩm của máu.
- Không dùng lại, dùng chung kim bơm tiêm.
- Vô trùng các vật dụng y tế, dụng cụ xăm mình, bấm lỗ tai.
- Ngăn ngừa buôn bán ma túy và tổ chức cai nghiện, tạo việc làm cho người nghiện ma túy.
- Chương trình thay ma túy đường tiêm bằng loại thuốc nghiện đường ống có kiểm soát.

2.2. Phòng lây lan qua đường tình dục

- Giáo dục tình dục lành mạnh.
- Giáo dục tình dục an toàn và khuyến khích dùng bao cao su.
- Có chương trình điều trị và dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục kết hợp với chương trình chống lây lan HIV.

2.3. Phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con

- Vận động các cặp vợ chồng kiểm tra máu trước khi kết hôn.
- Điều trị ARV cho người nhiễm HIV trong lúc mang thai.
- Điều trị ARV ngay thời điểm trước khi sinh.
- Nếu có thể được thì không cho con bú sữa mẹ.

2.4. Phòng ngừa HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi tiếp xúc với BN.
- Nếu da bị tổn thương hoặc viêm da xuất tiết thì không được tiếp xúc trực tiếp với BN.
- Đeo găng tay khi tiếp xúc bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
- Kim tiêm, dao mổ và các vật dụng sắc nhọn phải sử dụng một cách cẩn thận để tránh bị tổn thương.
- Mặc quần áo, tạp dề bảo vệ trước khi phẫu thuật và phải thay đổi sau mỗi lần dùng.
- Dùng kính bảo vệ mắt và đeo khẩu trang.
- Khi khám nghiệm tử thi cán Bộ Y tế phải có đủ trang bị (quần áo, tạp dề, găng, ủng và mắt kính) để phòng lây nhiễm.

IV KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi

- Lý do nhập viện: sốt , tiêu chảy? Khởi phát như nào, kéo dài bao lâu? Sụt cân nhanh, đau nhức không?

- Có vết thương? Vết thương lâu lành? Có sợ ánh sáng không?

- Nghề nghiệp? Nơi ở? Lối sống? Hoàn cảnh gia đình, trạng thái tinh thần, kiến thức về bệnh, người chăm sóc, hỗ trợ?

- Phát hiện các triệu chứng như nào? Bao lâu?

- Tiền sử

* Bản thân:

+ Có truyền máu , phẫu thuật, xăm mình, cắt lể, làm móng chân, móng tay trước đó không?

+ Có sử dụng ma túy? Quan hệ tình dục không an toàn? Quan hệ tình dục đồng giới hay khác giới? có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục?

+ Có tiếp xúc và quan hệ tình dục với người bị nhiễm HIV/AIDS?

+ Có điều trị chưa? Thuốc gì? Bao lâu, tiến triển như thế nào?

+ Có bệnh khác kèm theo hay bệnh mạn tính?

+ Nghiện thuốc lá, rượu, bia?

* Gia đình:

+ Có ai mắc bệnh truyền nhiễm không?

+ Có ai bị nhiễm HIV/AIDS hoặc bị VGSV không?

1.2. Thăm khám

- Tổng trạng: mập, gầy, trung bình.

- Tri giác: tỉnh táo, lơ mơ, rối loạn tri giác? (đánh giá theo thang điểm Glasgow)

- Da niêm: hồng hào, xanh xao? Có tổn thương? Có vết xăm mình không? Có hạch ngoại biên? Nếu có kích thước hạch? Tính chất đau? Tóc rụng? mắt trũng?vàng da vàng mắt?

- DHST:

+ Mạch: tần số, nhanh , chậm, đều hay không đều? cường độ?

+ Huyết áp: tăng, giảm,huyết áp kẹt?

+ Nhịp thở: nhanh, chậm, đều, không đều, sâu, nông, (co kéo cơ hô hấp phụ, cánh mũi phập phồng?)

+ Nhiệt độ: sốt cao? Khoảng cách 2 cơn sốt, thời gian mỗi cơn sốt? Hoặc hạ nhiệt độ?

- Chi tiết:

+ Hô hấp: dấu hiệu khó thở (co kéo cơ hô hấp phụ, phập phồng cánh mũi)? Có đờm nhớt? Ho? Tính chất ho? Ran ẩm, ran nổ?

+ Tiêu hóa: bụng mềm, số lần đi tiêu, số lượng, màu sắc, tính chất phân? Nôn ói? Số lượng, màu sắc, tính chất, mùi chất nôn?

+ Tiết niệu: lượng nước tiểu/24h (Số lượng, màu sắc, tính chất)? Tiểu gắt, tiểu buốt? tiểu qua ống thông? Thời gian đặt ống thông bao lâu?

+ Thần kinh: nhức đầu? dấu hiệu thần kinh định vị: Dẫn đồng tử, liệt nửa người?

+ Cơ, xương, khớp: sưng đau khớp? tầm vận động, bậc cơ?

+ Dinh dưỡng: sụt cân nhanh? Bao nhiêu kg/tháng, tự ăn uống được? hay ăn qua Tube Levine, hoặc truyền tĩnh mạch?

+ Vệ sinh: tự chăm sóc hay lệ thuộc vào người khác? Lở loét da? Rụng tóc? Tình trạng vệ sinh răng, miệng, mũi..?

+ Tâm lý: lo sợ? chán nản? thất vọng? ngại tiếp xúc với người xung quanh hoặc hôn nhân? Có ý định tự tử?

+ Sinh dục: có tổn thương ở bộ phận sinh dục? bệnh lý ở đường sinh dục kèm theo? Lậu, giang mai?

+ Các xét nghiệm: DNT, xét nghiệm máu, (công thức máu, BUN, creatinin, sinh hóa máu,...), X – quang phổi, chức năng gan, điện não đồ, siêu âm, xét nghiệm khangs thể HIV trong máu,...

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- BN khó thở do suy giảm chức năng hô hấp.

- Rối loạn tri giác do nhiễm nấm ở não.

- Thay đổi thân nhiệt do suy giảm sức đề kháng, nhiễm trùng cơ hội.

- BN suy kiệt do chán ăn, mệt mỏi, rối loạn hấp thu dinh dưỡng.

- Tâm lý chán nản, tuyệt vọng, lo sợ cái chết do mức độ trầm trọng của bệnh và mặc cảm với gia đình xã hội.

- Tình trạng suy giảm miễn dịch kéo dài do bệnh lý nhiễm HIV.
- Bệnh nhân tiêu chảy do nhiễm trùng cơ hội.
- Loét, tổn thương da do nằm lâu, hạn chế vận động do bội nhiễm.
- Hạn chế vận động do sưng khớp ,mệt mỏi.
- Vệ sinh cá nhân kém do giảm khả năng tự chăm sóc.
- BN và thân nhân thiếu hiểu biết về bệnh và các biện pháp dự phòng.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Bệnh nhân khó thở do suy giảm chức năng hô hấp

- Mục tiêu: đảm bảo hô hấp hiệu quả, đường thở thông tốt.
- Can thiệp:
 - + Đánh giá tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, mức độ khó thở...
 - + Tư thế thích hợp tùy tình trạng bệnh.
 - + Giữ ấm vùng cổ, ngực.
 - + Vật lý trị liệu: vỗ rung ngực, hướng dẫn bệnh nhân ho, khạc đờm.
 - + Đảm bảo thông đường thở: hút đờm theo phương pháp vô khuẩn.
 - + Thở ôi theo y lệnh.
 - + Chuẩn bị dụng cụ và phụ bác sĩ đặt nội khí quản hoặc mở khí quản thở máy.
 - + Chăm sóc bệnh nhân thở máy.
 - + Thực hiện thuốc hỗ trợ hô hấp theo y lệnh.
 - + Theo dõi nhịp thở, da niêm, SpO²
- Đánh giá: Người bệnh hết khó thở, nhịp thở nằm trong giới hạn bình thường, chỉ số SpO₂ từ 95% - 99%, môi, đầu chi hồng, ấm,...

3.2. Rối loạn tri giác do nhiễm nấm ở não.

- Mục tiêu: tình trạng tri giác trở về trạng thái ổn định.
- Can thiệp:
 - + Đánh giá tình trạng tri giác theo thang điểm Glasgow.
 - + Theo dõi sát diễn tiến về tri giác.
 - + Theo dõi DHST.
 - + An toàn cho bệnh nhân khi nằm tại giường.
 - + Đề phòng các chấn thương bằng cách áp dụng các biện pháp an toàn.
 - + Xử lý kịp thời bệnh nhân có dấu hiệu rơi vào trạng thái hôn mê.

+ Hỗ trợ các thành viên gia đình, hướng dẫn cho người thân trong gia đình biết cách chăm sóc và theo dõi tình trạng tri giác của BN.

+ Chăm sóc BN nhẹ nhàng, kiên nhẫn, tránh gây kích thích cho bệnh nhân.

- Đánh giá: Tri giác được ổn định, tiến triển tốt dần, người bệnh được an toàn, thang điểm Glasgow được cải thiện.

3.3. Thay đổi thân nhiệt do suy giảm sức đề kháng, nhiễm trùng cơ hội

- Mục tiêu: thân nhiệt ổn định trong giới hạn bình thường.

- Can thiệp:

+ Theo dõi DHST: chú ý nhiệt độ (3 giờ/lần, hoặc tùy tình trạng bệnh)

+ Theo dõi tình trạng tri giác để phát hiện có co giật hoặc nói nhảm.

+ Cho bệnh nhân nằm phòng thoáng mát, sạch sẽ, yên tĩnh.

+ Lau mát bằng nước ấm.

+ Thực hiện thuốc hạ sốt theo y lệnh, hoặc ủ ấm nếu BN bị giảm thân nhiệt.

+ Theo dõi DHST, đặc biệt là nhiệt độ sau khi lau mát để đánh giá kết quả việc làm.

+ Thay quần áo khi thấm ướt mồ hôi, giữ quần áo khô, thoáng mát

+ Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước theo khả năng hoặc truyền nước theo y lệnh để bù nước và điện giải.

+ Trong giai đoạn sốt, thực hiện chế độ ăn dễ tiêu, tránh các chất dầu mỡ.

- Đánh giá: Thân nhiệt trong giới hạn bình thường.

3.4. Bệnh nhân suy kiệt khi chán ăn, mệt mỏi, rối loạn hấp dinh dưỡng.

- Mục tiêu: BN được đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng và năng lượng cần thiết.

- Can thiệp:

+ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng hiện tại: tự ăn uống được hoặc ăn qua thông hoặc truyền tĩnh mạch.

+ Theo dõi cân nặng hàng ngày.

+ Theo dõi xét nghiệm protid máu.

+ Theo dõi nước xuất nhập/ 24h.

+ Theo dõi tình trạng bụng, chất nôn ,phân.

+ Theo dõi tình trạng rối loạn tiêu hóa: đầy bụng, chán ăn, ăn không tiêu, tiêu chảy.

+ Nếu BN ăn bằng đường miệng: cho thức ăn lỏng, dễ tiêu, nhiều năng và vitamin.

+ Vệ sinh răng miệng, kích thích sự thèm ăn, ăn ngon và ngăn ngừa nhiễm khuẩn ở vùng miệng.

+ Tránh khô miệng bằng cách luôn có nước ấm ở cạnh giường để uống.

+ Khuyến khích, động viên BN ăn, thức ăn trình bày đẹp mắt, chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày.

+ Truyền dịch, truyền đạm để bù nước và nuôi dưỡng BN theo y lệnh.

+ Tạo không khí thoải cho bệnh nhân trong khi ăn uống.

+ Nếu ăn uống qua đường miệng kém (nôn): đặt ống thông dạ dày, cho ăn đúng kỹ thuật và đảm bảo an toàn khi cho ăn.

+ Thực hiện nuôi ăn qua đường tĩnh mạch theo y lệnh.

+ Đánh giá đáp ứng về dinh dưỡng qua theo dõi cân nặng.

- Đánh giá: Người bệnh được cung cấp đầy đủ dinh dưỡng.

3.5. Tâm lý bệnh nhân chán nản, tuyệt vọng, lo sợ cái chết do mức độ trầm trọng của bệnh và mặc cảm với gia đình xã hội

- Mục tiêu: tâm lý bệnh nhân được ổn định, khoog bi quan với bệnh tật.

- Can thiệp:

+ Dành thời gian tiếp chuyện với BN để họ bộc lộ những tâm sự lo lắng, sợ hãi.

+ Hỏi BN về những vấn đề họ đang quan tâm, lo lắng.

+ Công tác tư tưởng cho BN trong phạm vi chuyên môn cho phép.

+ Để BN tham gia vào việc lập kế hoạch và tự chăm sóc theo theo khả năng của chính họ.

+ Phát hiện những vấn đề BN thích thú, quan tâm và thăm dò sự tham gia của họ vào việc tự chăm sóc.

+ Phát hiện những phương pháp mà BN áp dụng để đối phó với bệnh tật trong quá khứ để hiểu được những điểm mạnh và yếu của BN.

+ Tạo điều kiện để BN liên hệ và tiếp xúc với các tổ chức xã hội, tham gia các hoạt động xã hội, nhóm bạn giúp bạn nhằm tạo sự lạc quan cho BN vui sống, sống khỏe và sống có ích cho bản thân, gia đình và xã hội.

- Đánh giá:

- + Tâm lý người bệnh ổn định, bớt lo lắng, yên tâm điều trị.
- + Biết cách phòng ngừa lây nhiễm cho những người xung quanh.
- + Hợp tác tốt với nhân viên y tế,...

3.6. Loét, tổn thương da khi nằm lâu, hạn chế vận động và do bội nhiễm.

- Mục tiêu: vết loét mau lành, da không bị tổn thương thêm.

- Can thiệp:

- + Chăm sóc vết ở da theo phương pháp vô khuẩn.
- + Tăng cường chất đạm vitamin C và các loại vitamin khác.
- + Sử dụng kháng sinh theo y lệnh để phòng chống bội nhiễm.
- + Theo dõi và đánh giá tình trạng vết loét.
- + Cắt lọc các mô hoại tử và đắp thuốc theo y lệnh để vết loét mau lành.
- + Xoay trở BN 2 giờ/lần, chêm lót những vùng bị đè cần.
- + Quản lý dịch tiết: thay băng khi thấm dịch.
- + Massage vùng da xung quanh vết loét để tăng cường lưu lượng tại chỗ để vết

loét mau lành.

- Đánh giá: Vết loét mau lành, không có biểu hiện nhiễm trùng vết loét, da không có tổn thương thêm.

3.7. Bệnh nhân tiêu chảy do nhiễm trùng cơ hội

- Mục tiêu: BN hết tiêu chảy, tình trạng đi tiêu ổn định.

- Can thiệp:

+ Chăm sóc da quanh hậu môn sau khi đi tiêu, vệ sinh bằng nước xà phòng, thấm khô bằng vải mềm, tránh để xây xước da, nếu có điều kiện dùng các loại thuốc bảo vệ theo y lệnh.

+ Nhận định vùng da có loét hoặc viêm.

+ Khuyến khích BN dùng các loại nước như nước chanh, nước hoa quả để bù nước và điện giải đã bị mất như Kali, Natri.

+ Cho thức có ít chất bã sợi.

+ Dùng thuốc chống tiêu chảy theo y lệnh của BS.

+ Đánh giá số lần đi tiêu, số lượng phân, độ quánh, màu sắc của phân.

- Đánh giá: Người bệnh hết đi tiêu chảy, tình trạng tiêu hóa được cải thiện.

3.8. Tình trạng suy giảm miễn dịch do bệnh lý nhiễm HIV.

- Mục tiêu: ngăn chặn hoặc làm chậm lại quá trình suy giảm miễn dịch.
- Can thiệp:
 - + Điều trị triệt để các bệnh lý thông thường, hoặc nhiễm trùng cơ hội.
 - + Hạn chế và tránh va chạm đưa đến xây xước da hoặc chảy máu.
 - + Ăn uống đầy đủ thức ăn đầy năng lượng như: cá, thịt, trứng, rau quả ít chất xơ và nước trái cây.
 - + Vận động chủ động, tham gia các hoạt động thể dục thể thao như : đi bộ, chạy tại chỗ hoặc thể dục dưỡng sinh...
 - + Dùng thuốc kháng virus HIV theo y lệnh.
- Đánh giá: Tình trạng miễn dịch được cải thiện, người bệnh tuân thủ quá trình điều trị, đặc biệt là chế độ dùng thuốc kháng virus.

3.9. Hạn chế vận động do sưng đau khớp, mệt mỏi.

- Mục tiêu: duy trì tầm hoạt động trong khả năng của bệnh nhân.
- Can thiệp:
 - + Đánh giá khả năng vận động của BN.
 - + Tập vận động chủ động hoặc thụ động có trợ giúp.
 - + Khuyến khích BN vận động tại giường.
 - + Thực hiện thuốc kháng viêm hoặc các loại thuốc khác theo y lệnh.
- Đánh giá: Tình trạng vận động của người bệnh được cải thiện, phục hồi.

3.10. Vệ sinh cá nhân kém do giảm khả năng tự chăm sóc.

- Mục tiêu: vệ sinh cá nhân được sạch sẽ.
- Can thiệp:
 - + Nhận định tình trạng vệ sinh của BN: dịch tiết, có rôm lở da hoặc bộ phận sinh dục không.
 - + Khuyến khích BN thực hiện chế độ nghỉ ngơi và tham gia vào các hoạt động trong khả năng cho phép.
 - + Xác định những dụng cụ hỗ trợ cho việc chăm sóc và các biện pháp bảo toàn năng lượng: ghế hỗ trợ khi đi vệ sinh, gậy...
 - + Giúp đỡ hoặc giám sát việc chăm sóc của các thành viên gia đình, chăm sóc về vệ sinh, đi lại, ăn uống và hỗ trợ tâm lý cho BN.
 - + Vệ sinh phòng bệnh, giường bệnh sạch sẽ, thoáng mát.

- + Xử lý chất thải và dịch tiết của BN theo đúng quy định.
- Đánh giá: Người bệnh được vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

3.11. Bệnh nhân và thân nhân thiếu hiểu biết về bệnh và các biện pháp dự phòng.

- Mục tiêu: BN và thân nhân hiểu biết về bệnh và các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

- Can thiệp:

- + Cung cấp thông tin về HIV/AIDS qua các phương tiện: báo chí, tờ rơi, tranh ảnh, áp phích.

- + Động viên BN, trao đổi những vấn đề mà họ quan tâm.

- + Khuyến BN sống lành mạnh và biết chấp nhận để duy trì sức khỏe và tránh lây lan nhằm làm thay đổi cái nhìn của những người xung quanh về nhiễm HIV/AIDS.

- + Giải thích cho bệnh nhân biết diễn tiến của bệnh, các đường lây truyền, giải thích cho họ những sinh hoạt bình thường khác không lây bệnh “HIV khó lây mà dễ phòng”.

- + Gặp gỡ thân nhân BN để trấn an tâm lý và giải thích các đường lây truyền để giúp họ vượt qua nỗi sợ hãi để sống cùng với nhiễm HIV, hỗ trợ vượt qua sự mặc cảm, kì thị để hòa nhập cuộc sống.

- + Hướng dẫn BN đến các trung tâm tư vấn về nhiễm HIV/AIDS.

- + Tạo niềm tin cho thân nhân và BN qua các thông tin về các phương pháp về điều trị và dự phòng để không bị lây nhiễm và ngăn chặn bớt sự tiến triển của bệnh.

- + Hướng dẫn BN sử dụng thuốc theo đúng quy định của BS.

- + Hướng dẫn Bn vẫn tiếp tục tham gia lao động, sinh hoạt, vui chơi, giải trí, sống lành mạnh.

- + Hướng dẫn BN đến các cơ sở y tế các trung tâm tham vấn để kiểm tra sức khỏe định kỳ, hoặc các triệu chứng nhiễm trùng như: sốt, ho, tiêu chảy kéo dài.

- + Hướng dẫn BN ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng: đạm và các nhóm vitamin nhiều hơn để nâng cao sức đề kháng của cơ thể.

- + Khuyến khích thân nhân BN làm xét nghiệm máu để kiểm tra.

- Đánh giá: người bệnh và thân nhân hiểu biết về HIV/AIDS và biện pháp dự phòng bệnh lây nhiễm. Sống khỏe, sống vui, sống lành mạnh, không mặc cảm với bản thân, gia đình và xã hội sống hòa nhập với cộng đồng

V. LƯỢNG GIÁ

Tình huống:

Bệnh nhân Nguyễn Văn An, 32 tuổi, nghề nghiệp kinh doanh, nhập viện với chẩn đoán sốt cao kéo dài/ nhiễm HIV. Qua nhận định thấy: người bệnh tỉnh, tiếp xúc được, nhiệt độ 38,5⁰C, nhịp thở 21 lần/ phút, mạch 88 lần/phút, huyết áp 110/60mmHg. Tâm lý bệnh nhân không ổn định, bệnh nhân chán nản, không chịu uống thuốc, không cho cán bộ y tế thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật, thăm khám, không chịu ăn uống. Người nhà khai, bệnh nhân thời gian gần đây tâm lý thay đổi, ngại tiếp xúc với mọi người, bỏ bê công việc, hai lần có ý định tự tử, nhưng người nhà phát hiện nên ngăn cản kịp thời. Tiền sử: người bệnh phát hiện mình bị nhiễm HIV cách đây 5 tháng, gia đình không có ai mắc bệnh như người bệnh.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân An cho đến khi ra viện?

BÀI 15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và dịch tễ học của bệnh sốt xuất huyết.
2. Trình bày diễn biến lâm sàng bệnh sốt xuất huyết.
3. Nêu được cách phân độ bệnh sốt xuất huyết theo WHO.
4. Trình bày phòng bệnh và điều trị bệnh sốt xuất huyết.
5. Lập được kế hoạch chăm sóc trên người bệnh sốt xuất huyết.

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue (SXH-D) là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch, do 4 týp virus Dengue gây ra. Virus Dengue được truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh.

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

Bệnh lưu hành ở vùng nhiệt đới, chủ yếu ở Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Việt Nam là một trong các nước có bệnh lưu hành, bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa.

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

Mức độ phát triển của SXH-D gia tăng với số lượng muỗi cũng như ấu trùng.

Muỗi *Aedes* không có khả năng bay xa, thường quanh quẩn trong nhà, trong thời điểm có dịch, muỗi theo các phương tiện giao thông di chuyển từ vùng này sang vùng khác để truyền virus Dengue cho người.



Hình 1. Muỗi *Aedes* (muỗi vằn)

II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua 3 giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm, giai đoạn hồi phục. Phát hiện bệnh kịp thời, hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng, kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

1. Giai đoạn sốt

1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục thường từ ngày 1-3 của bệnh.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da sung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hốc mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt (Lacet) dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.



Hình 2. Chấm xuất huyết dưới da



Hình 3. Xuất huyết niêm mạc (chảy máu chân răng)

1.2. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên $100.000/mm^3$)
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

2. Giai đoạn nguy hiểm: thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.1. Lâm sàng

a. Người bệnh có thể giảm sốt hay còn sốt.

b. Có thể có các biểu hiện sau:

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch:
 - + Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, sung nề mi mắt, gan to, có thể đau.
 - + Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hay li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu $\leq 20mmHg$), tụt huyết áp, hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.
- Xuất huyết:

+ Xuất huyết dưới da: rải rác, thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím.



Hình 4. Chấm xuất huyết dưới da

(Nguồn website <http://suckhoequangninh.org.vn>)

+ Xuất huyết ở niêm mạc: chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kỳ hạn.

+ Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.

c. Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc.

2.2. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh (khoảng $\geq 20\%$).
- Số lượng tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$ ($< 100 \text{ G/L}$)
- Men gan tăng.
- Siêu âm và X- quang thấy tràn dịch màng bụng, màng phổi.
- Trường hợp nặng có thể rối loạn đông máu.

3. Giai đoạn hồi phục

3.1. Lâm sàng

Sau 24-48 giờ qua giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần từ dịch mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài từ 48-72 giờ.

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

- Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch nhiều có thể gây phù phổi hay suy tim.

3.2. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) về bình thường hay có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

III. PHÂN ĐỘ BỆNH

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009)

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

1.1. Sốt xuất Dengue

a. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:
 - + Biểu hiện xuất huyết.
 - + Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
 - + Da sung huyết, phát ban.
 - + Đau cơ, đau khớp, nhức hai hốc mắt.

b. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường hoặc tăng.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hay giảm nhẹ.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

1.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của SXH-D, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo như sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng vùng gan.
- Gan to > 2cm.
- Nôn nhiều.
- Xuất huyết niêm mạc.

- Tiểu ít.
- Xét nghiệm máu: dung tích hồng cầu tăng cao, tiểu cầu giảm nhanh chóng.

Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng tiểu cầu, làm xét nghiệm Hematocrit, tiểu cầu và có chỉ định truyền dịch kịp thời.

1.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (sốc SXH-D), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều, suy tuần hoàn, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt, tụt hay không đo được.
- Xuất huyết nặng.
- Suy tạng.

a. Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt, hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.
- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia làm hai mức độ để điều trị bù dịch:
 - + Sốc sốt xuất huyết Dengue: có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.
 - + Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.
- *Chú ý:* Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

b. Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.

- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày, tá tràng, viêm gan mạn.

c. Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT \geq 1000 U/L.
- Suy thận cấp
- Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết thể não).
- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2. Chẩn đoán căn nguyên virus Dengue

2.1. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh:
 - + Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.
- Xét nghiệm ELISA:
 - + Tìm kháng thể Ig M: xét nghiệm từ ngày thứ 5 của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).

2.2. Xét nghiệm PCR, phân lập virus: lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

IV. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Phòng bệnh

1.1. Phòng bệnh chung

- Tiêu diệt côn trùng tiết túc: là diệt môi giới trung gian truyền bệnh bằng mọi hình thức như:
 - + Khơi thông cống rãnh, phát quang bụi rậm để muỗi không còn nơi trú ẩn và đẻ trứng.
 - + Phun thuốc diệt muỗi theo định kỳ.
- Tránh và hạn chế muỗi đốt
 - + Khi ngủ phải nằm màn, những nơi có nhiều muỗi có thể thấm màn bằng permethrin 0,2g/m².

1.2. Phòng bệnh đặc hiệu

- Vacxin phòng bệnh sốt xuất huyết dengue hiện nay vẫn chưa được sử dụng.

2. Điều trị

2.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

a. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nói lỏng quần áo và lau tích cực bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

- Chú ý:

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h.

+ Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

b. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

2.2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

- Chỉ định truyền dịch:

+ Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

+ Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.

- Chú ý:

+ Ở người bệnh ≥ 15 tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.

+ Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường, viêm phổi, hen phế quản, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, ...; người sống một mình hoặc nhà ở xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.

2.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng

Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu

2.3.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau

+ Ringer lactat.

+ Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%)

+ Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)).

- Cách thức truyền

+ Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết thanh mất đi bằng Ringer lactat hoặc dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ.

+ Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau 1 giờ; truyền sau 2 giờ phải kiểm tra lại hematocrit:

* Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn, thì giảm tốc độ truyền xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ; sau đó giảm dần tốc độ truyền xuống 7,5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 1-2 giờ; đến 5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-5 giờ; và 3 ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-6 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và hematocrit.

* Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (mạch nhanh, huyết áp hạ hay kẹt, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. Truyền với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1 giờ. Sau đó đánh giá lại:

• Nếu sốc cải thiện, hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ. Sau đó nếu sốc tiếp tục cải thiện và hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 7,5 ml/kg cân nặng/giờ, rồi đến 5 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 2-3 giờ.

Theo dõi tình trạng người bệnh, nếu ổn định thì chuyển truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải • Nếu sốc vẫn chưa cải thiện, thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) để quyết định cách thức xử trí.

Nếu sốc vẫn chưa cải thiện mà hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%) thì cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội tạng và xem xét chỉ định truyền máu. Tốc độ truyền máu 10 ml/kg cân nặng/1 giờ.

Chú ý: Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit một hoặc hai giờ một lần và CVP.

b) Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy.

- Truyền dịch: Renguer lactate, mẫn đặng trương 0,9%, dung dịch cao phân tử theo phác đồ của Bộ Y tế (Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế: phụ lục 6 + 7)

*** Những lưu ý khi truyền dịch**

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch nữa sau khi hết sốc 24 giờ.

- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm). Cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemid 0,5-1 mg/kg cân nặng/1 lần dùng (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc). Cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

- Nếu người bệnh người lớn có biểu hiện tái sốc, chỉ dùng cao phân tử không quá 1.000 ml đối với Dextran 40 và không quá 500 ml đối với Dextran 70. Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:

+ Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.

+ Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.

+ Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.

- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:

- + Hạ đường huyết
- + Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.
- + Xuất huyết nội.
- + Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.
- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: Hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hóa. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

2.3.2. Điều trị xuất huyết nặng

- Truyền máu và các chế phẩm máu
- Truyền tiểu cầu
- + Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới 50.000/mm³ kèm theo xuất huyết nặng.
- + Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm³ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.
- Truyền plasma tươi, tủa lạnh: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

2.3.3. Điều trị suy tạng nặng

- Tổn thương gan, suy gan cấp: đảm bảo hô hấp, tuần hoàn (không dùng Lactat Ringer), điều chỉnh điện giải, toan kiềm, đường máu, rối loạn đông máu và điều trị phòng xuất huyết.
- Rối loạn tri giác/co giật: chống phù não, chống co giật, điều chỉnh dịch, điện giải, kiềm toan và đường máu.
- Suy thận cấp: lọc máu nếu suy đa tạng, suy thận huyết động không ổn định. Chạy thận nếu suy thận cấp.

2.4. Thở oxy: Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

2.5. Sử dụng các thuốc vận mạch.

- Khi sốt kéo dài, cần phải đo CVP để quyết định thái độ xử trí.
- Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và áp lực tĩnh mạch trung ương đã trên 10 cm nước thì truyền tĩnh mạch.
- + Dopamin, liều lượng 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

+ Nếu đã dùng dopamin liều 10 mcg/kg cân nặng/phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp dobutamin 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

2. 6. Các biện pháp điều trị khác

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO2 giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

- Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo **Phụ lục 12 (Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)**.

2.7. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốt

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốt cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút 1 lần.

- Đo hematocrit cứ 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốt. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốt ổn định.

- Ghi lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

2. 8. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt 2 ngày, tinh táo.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Số lượng tiểu cầu > 50.000/mm³.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi

- Lý do vào viện: sốt?,...

- Bệnh sử: sốt ngày thứ mấy? Tính chất cơn sốt? (sốt cao liên tục 39-400C, kéo dài 3-4 ngày liền), có co giật không? Người bệnh có nôn không? Đã được điều trị thuốc gì chưa? Nơi ở?

- Tiền sử: trước đây có bị sốt xuất huyết không? Trong gia đình hay xung quanh nơi ở, học, làm việc có ai bị sốt xuất huyết không?

1.2. Thăm khám

+ Tổng trạng: chiều cao, cân nặng, da niêm?

- + Tri giác: tỉnh táo, vật vã, bứt rứt, lơ mơ hay mê?
- + Dấu hiệu sinh tồn có thay đổi không?
- + Khám họng: có viêm họng, amidan không?
- + Những vấn đề bất thường khác.
- + Những thay đổi cận lâm sàng cần lưu ý:
 - Tiểu cầu giảm < 100.000/mm³
 - Cô đặc máu: dung tích hồng cầu tăng $\geq 20\%$ so với bình thường.

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Sốt cao liên tục do nhiễm virus SXH-D hoặc hạ thân nhiệt do sốc.
- Giảm thể tích tuần hoàn do thoát huyết tương, nôn, không uống được.
- Xuất huyết do giảm tiểu cầu.
- Nguy cơ xảy ra sốc, tràn dịch màng phổi, màng bụng, xuất huyết nội tạng do tăng tính thấm thành mạch.
- Kiến thức về phòng và quản lý bệnh sốt xuất huyết của bà mẹ còn nhiều hạn chế.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Sốt cao liên tục do nhiễm virus SXH-D

- Mục tiêu: người bệnh hết sốt, duy trì thân nhiệt ổn định.
- Can thiệp:
 - + Theo dõi nhiệt độ 2-3 giờ/lần (hoặc theo y lệnh, tùy vào diễn biến tình trạng bệnh của bệnh nhân), cần lưu ý dấu hiệu hạ thân nhiệt hay xảy ra vào ngày 3-5 của bệnh, vì có thể xảy ra sốc kể cả khi không thấy rõ dấu hiệu xuất huyết.
 - + Theo dõi tri giác: tỉnh táo, quấy khóc, li bì, vật vã hay hôn mê.
 - + Cho trẻ nằm chỗ thoáng mát, mặc quần áo mỏng dễ thấm hút.
 - + Lau mát khi người bệnh sốt: lau bằng nước ấm, nhiệt độ nước thấp hơn nhiệt độ cơ thể người bệnh 1-2°C, lau toàn thân, đặc biệt những vùng có nhiều mồ hôi như nách, bẹn, ngực, không để nước đọng dưới lưng và ngực người bệnh. Thay nước khi nước lạnh, bẩn, lau đến khi nhiệt độ hạ dưới 38°C lau khô và mặc quần áo mỏng.
 - + Dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh: paracetamol 10-15mg/kg/lần. Không dùng aspirin để hạ sốt.
- + Dinh dưỡng:

Trường hợp người bệnh còn ăn uống được: khuyến khích người bệnh uống nhiều nước (ORS, nước chín, nước đun sôi để nguội, nước trái cây,...), ăn uống tùy theo ý thích của người bệnh, chú ý thức ăn lỏng dễ tiêu, không dùng thức ăn, nước uống có màu nâu, đỏ, đen (huyết heo, chocolate, củ dền, xá xị, dưa hấu,...).

Trường hợp người bệnh không ăn uống được: nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

+ Nếu người bệnh hạ thân nhiệt thì ủ ấm (ủ ấm, đèn sưởi,...), chú ý theo dõi sát DHST, đặc biệt là mạch và huyết áp.

- Đánh giá:

+ Người bệnh tỉnh, thân nhiệt ổn định.

3.2. Giảm thể tích tuần hoàn do thoát huyết tương, nôn ói, không uống được.

- Mục Tiêu: người bệnh được duy trì thể tích tuần hoàn ổn định.

- Can thiệp:

+ Nhận định các dấu hiệu có thể đi vào sốc: lừ đừ, than đau bụng nhiều, tay chân lạnh...

+ Theo dõi tri giác, màu sắc da, niêm mạc.

+ Cho người bệnh nằm đầu bằng, mặt nghiêng một bên (hôn mê hoặc xuất huyết tiêu hóa) hoặc nằm đầu cao (nếu quá tải dịch truyền).

+ Lưu ý theo dõi sát ngày thứ 3 -6 của bệnh.

+ Theo dõi mạch, huyết áp mỗi 15-30 phút/lần, 1-3 giờ/lần hoặc mỗi 3 giờ/lần tùy tình trạng người bệnh.

+ Cho thở oxy theo y lệnh.

+ Theo dõi lượng nước xuất nhập 24 giờ: nước tiểu, chất nôn, nước uống, dịch truyền,... Theo dõi dung tích hồng cầu mỗi 4-6 giờ hoặc khi cần thiết.

+ Thực hiện y lệnh thuốc, dịch truyền, đảm bảo đúng lượng dịch và tốc độ truyền.

+ Lấy máu xét nghiệm và đăng ký máu để chuẩn bị truyền máu khi có y lệnh.

- Đánh giá: Thể tích tuần hoàn của người bệnh được duy trì ổn định, mạch, huyết áp ổn định.

3.3. Người bệnh có nguy cơ xuất huyết niêm mạc, nội tạng do giảm tiểu cầu

- Mục tiêu: người bệnh được phát hiện và xử lý kịp thời, không để xảy ra tình trạng xuất huyết niêm mạc và nội tạng.

- Can thiệp:

- + Theo dõi DHST, chú ý mạch, huyết áp và màu sắc da niêm.
- + Theo dõi công thức máu, chú ý số lượng tiểu cầu, dung tích hồng cầu, nhóm máu và đăng ký máu để truyền máu.
- + Theo dõi dấu hiệu xuất huyết: chảy máu mũi, chảy máu chân răng, nôn ra máu, xuất huyết tiêu hóa (theo dõi qua ống thông mũi- dạ dày), tiêu phân đen, bụng chướng, da niêm nhợt, mạch nhanh nhẹ, huyết áp tụt, kẹp, chảy máu nơi tiêm và nơi bộc lộ tĩnh mạch.
- + Hạn chế tối đa các thủ thuật gây xuất huyết.
- + Băng ép những nơi chảy máu.
- + Nếu chảy máu mũi nhiều: báo Bác sỹ và phối hợp với Bác sỹ đặt tim vải ở mũi để cầm máu.
- + Đặt ống thông mũi – dạ dày để giúp giảm chướng bụng và theo dõi tình trạng chảy máu, nên chọn đặt đường miệng nhằm tránh xây sát niêm mạc mũi gây xuất huyết nhiều thêm.
- + Nếu người bệnh nôn ra máu: cần đặt ống thông mũi - dạ dày, rửa dạ dày bằng nước muối sinh lý lạnh và thực hiện thuốc băng niêm mạc dạ dày theo y lệnh.
- + Vệ sinh mũi, miệng, súc miệng bằng dung dịch sát khuẩn.
- + Cung cấp chất dinh dưỡng, thức ăn mềm, dễ tiêu hóa, tránh thức ăn có màu nâu, đỏ, đen.
- + Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước.

- Đánh giá:

- + Không xảy ra tình trạng xuất huyết niêm mạc, nội tạng trên người bệnh.

3.4. Nguy cơ xảy ra sốc, tràn dịch màng bụng và xuất huyết do tăng tính thấm thành mạch.

- Mục tiêu: không để xảy ra các biến chứng.

- Can thiệp:

- + Nhận định dấu hiệu gợi ý sốc: mệt nhiều, khó thở, li bì hoặc vật vã, tay chân lạnh và tiểu ít.
- + Theo dõi hô hấp, mạch nhanh nhẹ, khó bắt, huyết áp tụt, kẹp, nhiệt độ giảm, tay chân lạnh.
- + Đánh giá tình trạng bụng.

+ Nếu sốt xảy ra: theo dõi sát tình trạng người bệnh và báo bác sỹ ngay, đồng thời chuẩn bị truyền dịch theo y lệnh.

- Đánh giá:

+ Người bệnh không xảy ra các biến chứng trên.

3.5. Kiến thức về phòng và quản lý bệnh sốt xuất huyết của bà mẹ còn nhiều hạn chế.

- Mục tiêu: giáo dục sức khỏe cho bà mẹ về bệnh, phương pháp phòng bệnh SXH-D.

- Can thiệp:

* Nói cho bà mẹ hiểu cách chăm sóc trẻ tại nhà:

+ Cho trẻ nghỉ ngơi.

+ Chế độ dinh dưỡng hợp lý: cho trẻ uống nhiều nước, ăn theo sở thích, nhưng thức ăn phải lỏng và mềm dễ tiêu.

+ Hướng dẫn bà mẹ về biện pháp hạ sốt: không dùng Aspirin để hạ sốt, hạ sốt bằng paracetamol, lau mát bằng nước ấm (nhiệt độ nước thấp hơn nhiệt độ cơ thể 1-20C).

+ Khuyên các bà mẹ không nên giắc hơi, cạo gió, không quấn kín hay mặc nhiều quần áo khi trẻ đang sốt.

+ Hướng dẫn bà mẹ theo dõi các dấu hiệu cảnh báo phải đến bệnh viện ngay: hạ sốt đột ngột, lơ ò, li bì,...

* Nói cho bà mẹ biết biện pháp phòng bệnh:

+ Loại bỏ nơi muỗi đẻ trứng và diệt lăng quăng ở trong và xung quanh nhà.

+ Thường xuyên dọn dẹp các vật dụng có thể đọng nước trong, ngoài nhà không cho muỗi có cơ hội đẻ trứng.

+ Phải có nắp đậy kín các

- Đánh giá:

+ Bà mẹ nhắc lại đúng những nội dung đã được hướng dẫn, giải thích và đã hiểu về cách phòng bệnh sốt xuất huyết.

LƯỢNG GIÁ

1. Tình huống 1:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Hùng, 4 tuổi, nhập viện ngày với lý do sốt cao và được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue ngày thứ 2. Gia đình đã cho trẻ uống thuốc Ibuprofen

và Amoxicilin khi sốt. Qua nhận định thấy: trẻ tỉnh, cao 106cm, nặng 19kg, sốt 39,5⁰C, mạch 104 lần/phút, huyết áp 100/60mmHg, nhịp thở 28 lần/phút. Vùng cẳng chân, cẳng tay, lưng và bụng trẻ da xung huyết, ban xuất huyết ở vùng cẳng tay, bàn tay có nhiều nốt bầm tím. Có chảy máu chân răng số lượng ít. Trẻ ăn uống kém hơn ngày thường, đi đại tiện tiện bình thường. Kết quả cận lâm sàng cho thấy số lượng TC: 102.000tc/mm³, BC: 5000/mm³, Hct: 42%.

Tiền sử: Bệnh nhân khỏe mạnh, nơi bệnh nhân sinh sống có người bị sốt xuất huyết dengue như bệnh nhân.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân Hùng cho đến khi ra viện?

Tình huống 2:

Bệnh nhân Nguyễn Văn Nam 30 tuổi, nặng 58kg, được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue ngày thứ 5. Qua nhận định thấy: bệnh nhân li bì, chân tay lạnh, nhiệt độ 35,7⁰C, mạch 120l/phút, huyết áp 80/60mmHg. Bệnh nhân có xuất huyết dưới da, chảy máu mũi số lượng nhiều, đau vùng gan, lượng nước tiểu: 320ml/8h. Người bệnh Tự điều trị tại nhà bằng thuốc hạ sốt Panadol cho đến khi bệnh tiến triển nặng mới nhập viện. Siêu âm ổ bụng thấy tràn dịch màng bụng ít. Xét nghiệm CTM: BC: 1800/mm³; TC: 28000/mm³; Hct: 52%; GOT: 155U/l; GPT: 212U/l.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân Nam cho đến khi ra viện?

BÀI 16. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SỐT RÉT

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, dịch tễ cách điều trị và phòng bệnh sốt rét.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng sốt rét thể thông thường và sốt rét ác tính.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt rét.

I. ĐẠI CƯƠNG

1- Định nghĩa:

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do Plasmodium gây ra. Bệnh được truyền từ người này sang người khác qua trung gian là muỗi Anopheles. Đây là một bệnh toàn thân, ngoài cơn sốt rét điển hình, còn có các thể bệnh cảnh rất nặng, có thể gây tử vong.

2- Tác nhân gây bệnh:

Ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) là một đơn bào, loài Plasmodium. Có 4 loại KSTSR ở người:

Plasmodium falciparum

Plasmodium vivax

Plasmodium ovale

Plasmodium malariae

Trong đó, P.falciparum và P.vivax chiếm ưu thế 95% các trường hợp trên thế giới. Ở Việt Nam cũng chỉ gặp 2 loại này: P.falciparum chiếm 80%, P.vivax chiếm 20%.

- *Chu kỳ phát triển của KSTSR:*

Có chu kỳ vô tính ở người và chu kỳ hữu tính ở muỗi.

- *Chu kỳ vô tính có 2 giai đoạn:*

+ *Giai đoạn trong gan (còn gọi là giai đoạn tiền hồng cầu) :* Thoa trùng do muỗi truyền sẽ qua máu trong thời gian ngắn (30 phút), rồi vào nhu mô gan, phân chia thành các merozoite gan (tiểu thể hoa cúc), từ đó lại xâm nhập vào máu. Với P.falciparum, thoa trùng phát triển nhanh thành merozoite gan, rồi vào máu hết trong thời gian ngắn ; Với P.vivax và P.ovale : một số thoa trùng ở lại gan dưới dạng thể ngủ (hypnozoite) và sau từ 1-6 tháng, hoặc lâu hơn, mới phát triển thành merozoite gan, để vào máu.

+ *Giai đoạn trong máu (giai đoạn hồng cầu:* Các merozoite gan xâm nhập vào hồng cầu, phát triển qua thể nhân, sau thành thể tư dưỡng (non, già), thể phân liệt, cuối

cùng phá vỡ hồng cầu và các merozoite hồng cầu từ trong thể phân liệt được giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể hữu tính (giao bào đực và cái gametocyte).

- Chu kỳ hữu tính ở muỗi :

Giao bào đực muỗi Anopheles hút vào dạ dày và phát triển thành giao tử (gamete), sau thành hợp tử (zygote) và trứng « di động » (Ookinete). Ookinete chui qua thành dạ dày và phát triển ở mặt ngoài dạ dày thành trứng (oocyste). Oocyste lớn lên, vỡ ra và giải phóng thoa trùng, cuối cùng thoa trùng di chuyển về tuyến nước bọt của muỗi để tiếp tục truyền vào người khi muỗi đốt người.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

- Nguồn bệnh: Bệnh nhân và người lành mang trùng (khi trong máu có Plasmodium ở thể hữu tính).

- Phương thức truyền bệnh :

+ Bệnh truyền từ người bệnh sang người lành thông qua vật chủ trung gian là muỗi Anophels.

+ Các ký sinh trùng sốt rét còn có hai phương thức lan truyền khác:

- Qua truyền máu
- Qua rau thai: Thường gặp ở phụ nữ có thai sống trong vùng dịch tễ sốt rét, trẻ sinh ra sốt rét bẩm sinh, sẩy thai, đẻ non.

- Khỏi cảm thụ: Hầu như mọi người có cảm thụ cả với 4 loại Plasmodium.

4. Cơ chế bệnh sinh

Sốt rét là một bệnh toàn thân, gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan nội tạng khác nhau. Quá trình sinh bệnh của sốt rét do nhiều hiện tượng góp phần vào.

- *Thay đổi của hồng cầu:* Giảm khả năng thay đổi về hình thể, trên bề mặt hồng cầu tạo nên những nút lồi và không còn trơn nữa, tăng tính kết dính vào thân mao mạch, giảm diện tích trên bề mặt hồng cầu. Giảm khả năng vận chuyển ôxy và hồng cầu không bị nhiễm ký sinh trùng cũng dễ vỡ.

Tổn thương thành mao mạch: Hay gặp sốt rét nặng, các mao mạch tăng tính thấm nước, protein và hồng cầu thoát ra ngoài, dẫn đến tình trạng cô đặc máu.

- *Thay đổi của lưu lượng tuần hoàn:* Các vi động mạch bị co thắt, các vi tĩnh mạch giãn nở, nên lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn toàn thân hay từng nội tạng. Các hồng cầu còn lại dễ kết dính vào thành mao mạch, do đó làm tắc nghẽn mạch máu.

- *Thiếu dưỡng khí ở các mô:* Do số lượng hồng cầu bị giảm, hồng cầu giảm khả năng chuyên chở ôxy, lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn, lưu lượng máu đến tưới các mô bị suy giảm. Sự thiếu ôxy còn xảy ra ở chính tế bào.

- *Hiện tượng đông máu nội mạch rải rác:* Kéo dài thời gian máu chảy máu đông, giảm các yếu tố V, VII, VIII, X, giảm fibrinogen, giảm tiểu cầu ...

5- Đáp ứng miễn dịch

Là miễn dịch không bền vững tuyệt đối, không có tác dụng bảo vệ hoàn toàn tránh được bệnh. Miễn dịch chỉ có tính chất ức chế ký sinh trùng xâm nhập và phát triển ở bệnh nhân sốt rét. Do đó, trước đây đã bị sốt rét nhiều năm, nhưng đến vùng sốt rét, bị muỗi đốt, có thể bị sốt rét lại.

II. TRIỆU CHỨNG

1- Lâm sàng một số thể bệnh thường gặp

1.1- Sốt rét thể thông thường

* **Nung bệnh:** Là thời gian từ khi ký sinh trùng sốt rét lần đầu tiên vào cơ thể cho đến khi có sốt. Thời gian này, dài hay ngắn, phụ thuộc vào 3 yếu tố:

- Loại ký sinh trùng sốt rét: P.falciparum: 8-10 ngày; P.vivax: 12-17 ngày; P.malariae: 20-50 ngày; P.ovale: >50 ngày.

- Mật độ ký sinh trùng sốt rét vào cơ thể.

- Cơ địa của bệnh nhân: Mỗi cá thể có thể có khả năng tạo được kháng thể (tiền miễn dịch) không để sốt xảy ra, mặc dù ký sinh trùng sốt rét vẫn nhân lên mạnh mẽ trong cơ thể.

* **Khởi phát:** Thường kéo dài 1 tuần, với: Sốt, nhức đầu, đau mỏi toàn thân, khát nước, v.v... Nếu được điều trị sẽ khởi nhanh, nhưng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời thì bệnh nhân sẽ tiến triển thành sốt cơn hoặc sốt rét ác tính.

* **Toàn phát:** (sốt cơn)

- Cơn sốt rét điển hình, trải qua 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn rét run: 30-60 phút. Bệnh nhân rét run cầm cập, nhiệt độ tăng cao dần.

+ Giai đoạn sốt nóng: 2-3 giờ, nhiệt độ tăng dần 39-40°C, kèm theo sốt, bệnh nhân thường nhức đầu, đau khắp người, mắt đỏ, da khô.

+ Giai đoạn vã mồ hôi: Sốt hạ dần và hết hẳn. Mồ hôi vã ra như vừa tắm, khát nước. Bệnh nhân dễ chịu dần.

- Con sốt xảy ra vào một giờ nhất định, đúng chu kỳ.

P.falciparum: 24 h/1 cơn;

P.vivax, P.ovale: 48 h/1 cơn;

P.malariae: 72 h/1 cơn.

- Các triệu chứng gặp trước khi cơn sốt xuất hiện, như dấu báo hiệu là đau dọc sống lưng, ớn lạnh, ngáp.

- Con sốt chu kỳ sẽ tồn tại 1-2 năm (đối với P.falciparum) nếu người bệnh ra khỏi vùng sốt rét, không bị tái nhiễm liên tục, có thể kéo dài 3-6 năm (đối với P.vivax)

- Hậu quả của sốt rét cơn:

+ Thiếu máu: Mức độ thiếu máu phụ thuộc vào sự tan máu trong những cơn sốt. Thiếu máu từ từ, mãn tính nên người bệnh vẫn chịu đựng được.

+ Lách to: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Ký sinh trùng sốt rét, thời gian và cơ địa.

1.2. Sốt rét ác tính do P.falciparum

Sốt rét ác tính là thể bệnh sốt rét nặng, do P.falciparum, có biểu hiện tổn thương não và có thể kèm theo tổn thương các phủ tạng khác như: Gan, thận, phổi...

1.2.1. Hội chứng tiền ác tính

Khi bị sốt rét thường, có những triệu chứng xuất hiện trước 1-2 ngày, báo hiệu chuyển thành sốt rét ác tính thể não.

- Rối loạn ý thức nhẹ, thoáng qua (li bì, lú lẫn, cuông sáng, vật vã, kích thích ...)

- Sốt cao liên tục hoặc sốt dao động, hoặc sốt chông cơn 2-3 cơn sốt / 1 ngày.

- Rối loạn tiêu hóa: Nôn, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, đau bụng cấp.

- Đau đầu dữ dội

- Có lúc đái dầm (tuy chưa hôn mê)

- Mật độ ký sinh trùng cao (P.falciparum ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/ μ l máu)

- Thiếu máu nặng: Da xanh, niêm mạc nhợt.

1.2.2- Sốt rét ác tính thể não đơn thuần (tỷ lệ chiếm 50-80%)

* **Thời kỳ khởi phát:** Sốt rét ác tính có thể xảy ra khởi phát từ từ (chiếm 70-80%) hoặc đột ngột (20-30%)

- Khởi phát từ từ phần lớn xảy ra ở vùng sốt rét lưu hành, biểu hiện của thể sốt rét thể thông thường, sau đó xuất hiện các triệu chứng tiền ác tính, rồi 2-3 ngày sau đó rối loạn tri giác, hôn mê, co giật.

- Khởi phát đột ngột, bệnh nhân đang khỏe mạnh, hoạt động bình thường, xuất hiện rối loạn tâm thần: Cười, hát vô cớ, nói lảm nhảm, vật vã, lên cơn co giật, rối loạn tri giác, vào hôn mê.

* **Thời kỳ toàn phát:**

- Sốt nóng liên tục 39-40°C, kéo dài nhiều giờ

- Các dấu hiệu thần kinh:

+ Rối loạn ý thức và hôn mê: Bệnh nhân có rối loạn tri giác, bán hôn mê và hôn mê sâu. Theo bảng điểm Glasgow, hôn mê kéo dài 1-3 ngày. Nếu hôn mê kéo dài trên 3 ngày thì tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao.

Có các cơn co giật kiểu động kinh cục bộ hoặc toàn thân. Không có tổn thương thần kinh khu trú, các tổn thương khu trú như liệt, bại, tổn thương tiểu não, ... thường rất hiếm gặp.

+ Nếu hôn mê sâu, có thể có rối loạn cơ tròn, bí đái hoặc đái ỉa không tự chủ, mất phản xạ da bụng, da bìu.

+ Không có tổn thương màng não.

+ Gan to và rối loạn chức năng gan do hậu quả của sốt rét kéo dài.

+ Các hậu quả khác như: Da màu đất, suy dinh dưỡng, sức đề kháng giảm, viêm thận.

- Các triệu chứng khác: Một số bệnh nhân có xuất huyết võng mạc, lách sưng to, khoảng 10% bệnh nhân không tìm thấy ký sinh trùng sốt rét trong máu ngoại vi.

1.2.3- Sốt rét ác tính thể não kèm theo tổn thương các phủ tạng

* Sốt rét ác tính thể não có tổn thương gan (có vàng da)

Thường coi là sốt rét ác tính thể suy gan cấp: Triệu chứng như cơn sốt rét, nôn, đau thượng vị, gan lách to, vàng da, sốt cao, rối loạn tri giác và hôn mê.

* Sốt rét ác tính thể não có suy thận cấp:

Giai đoạn đầu là suy thận chức năng do mất nước điện giải, thiếu niệu, tăng u rê huyết, creatinin máu bình thường. Giai đoạn sau của sốt rét ác tính thường là suy thận thực thể: Thiếu niệu, vô niệu, u rê huyết tăng, creatinin máu tăng.

* Sốt rét ác tính thể não có rối loạn hô hấp, phù phổi cấp. Phổ biến là rối loạn hô hấp, thậm chí suy hô hấp do phù não, do ứ đọng đờm rãi, do viêm phế quản bội nhiễm, hãn hữu có phù phổi cấp. Biểu hiện là khó thở, thở nhanh tím tái, rối loạn nhịp thở, ...

* Sốt rét ác tính thể não có rối loạn tim mạch shock. Biểu hiện: Huyết áp hạ, huyết áp tối đa < 80 mmHg ở người lớn; <50 mmHg ở trẻ em, mạch nhanh, da thâm tím thiếu niệu.

* Sốt rét ác tính có tiêu chảy nhiều lần giống tả:

Biểu hiện: Nôn, lâm râm đau bụng, ỉa chảy nhiều lần, phân toàn nước, mắt hóc hác, da nhả nheo, huyết áp hạ, rối loạn tri giác và hôn mê.

* Sốt rét ác tính thể não có hội chứng đau bụng cấp:

Trong sốt rét ác tính có thể gặp hội chứng đau bụng cấp giống hội chứng ngoại khoa. Biểu hiện: Sốt cao, rối loạn tri giác, đau bụng, có phản ứng thành bụng, bụng chướng.

* Sốt rét ác tính và đông máu nội mạc rải rác:

Biểu hiện: Xuất hiện nặng ở các phủ tạng, xuất huyết dưới da, nôn ra máu.

1.2.4. Một số biểu hiện thường gặp trong sốt rét ác tính ở trẻ em và phụ nữ có thai

- Trẻ em: Thiếu máu nặng, hôn mê, co giật, hạ đường huyết, suy hô hấp, toan chuyển hóa.

- Phụ nữ có thai: Hạ đường huyết (thường sau điều trị Quinine), thiếu máu, xảy thai, đẻ non, nhiễm trùng hậu sản sau xảy thai hoặc đẻ non.

1.3. Sốt rét đái huyết sắc tố

Là thể bệnh sốt rét nặng có biến chứng. Bệnh xuất hiện đột ngột, có cơn huyết tán cấp, đái huyết sắc tố, thiếu máu nặng, dễ dẫn đến trụy tim mạch, suy thận cấp, tỷ lệ tử vong cao.

* Nguyên nhân:

- Do ký sinh trùng sốt rét P.falciparum.

- Do thuốc: Quinin, Primaquin, thường xảy ra ở người thiếu men G₆PD.

* Lâm sàng:

- Các triệu chứng chủ yếu:

- + Bệnh cảnh sốt rét.
- + Bệnh cảnh của tan máu cấp diễn: Sốt cao và rét run nhiều đợt, nước tiểu màu cà phê, thiếu máu nhanh, da và củng mạc mắt vàng.
- Các triệu chứng thứ yếu:
 - + Hốt hoảng lo sợ, nặng hơn là vật vã, mê sảng.
 - + Đau dọc sống lưng.
 - + Mạch nhanh, huyết áp hạ, đôi khi tức ngực, khó thở.
 - + Gan, lách to, đau.

2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Tìm ký sinh trùng sốt rét bằng phương pháp nhuộm Giêm sa, làm phản ứng ELISA, test thử nhanh.
- Xét nghiệm cơ bản: Làm công thức máu, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, đông máu cơ bản.
- Siêu âm ổ bụng, Xquang tim phổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Sốt rét thể thông thường

* Do *P.vivax*: Dùng

- Chloroquin viên 250 mg. Tính liều theo cân nặng: Tổng liều là 25 mg base/kg, hai ngày đầu chia 2 lần, uống cách nhau 6 giờ; Ngày thứ 3, uống 1 lần. Liều lượng thuốc điều trị như sau:

- + Ngày 1: 10 mg base/kg cân nặng.
- + Ngày 2: 10 mg base/kg cân nặng.
- + Ngày 3: 5 mg base/kg cân nặng.

- Primaquin 0,25 mg base/kg/ngày X 14 ngày, điều trị vào ngày đầu tiên cùng Chloroquin để diệt thể ngủ trong gan và chống tái phát xa.

Chống chỉ định dùng Primaquin cho trẻ < 6 tháng tuổi, phụ nữ có thai và bệnh nhân đái huyết cầu tố.

* Do *P.falciparum*: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, điều trị sốt xuất huyết tại Việt Nam có 2 nhóm:

- Thuốc điều trị ưu tiên: Dihydroartemisinin-Piperaquin phosphate (DHA-PPQ dihydroartemisinin 40 mg+ piperaquin 320 mg). Điều trị ngày 1 lần, liên tục trong 3 ngày, liều thuốc tính theo cân nặng như sau:

Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
< 8 kg	½ viên	½ viên	½ viên
8 - <17 kg	1 viên	1 viên	1 viên
17 - <25 kg	1½ viên	1½ viên	1½ viên
25 - <36 kg	2 viên	2 viên	2 viên
36 - <60 kg	3 viên	3 viên	3 viên
≥ 60 kg	4 viên	4 viên	4 viên

Chú ý: Không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu.

- Thuốc điều trị thay thế:

+ Quinin uống 30 mg/kg/ngày chia 3 lần X 7 ngày phối hợp với doxycyclin: uống 1 lần, 3 mg/kg/ngày X 7 ngày.

+ Quinin (liều như trên) phối hợp với clindamycin uống 15 mg/kg/ngày, chia 2 lần X 7 ngày (cho phụ nữ có thai hoặc trẻ < 8 tuổi).

Chú ý: Dùng Primaquin liều duy nhất 0,5 mg base/kg vào ngày thứ 3 của đợt điều trị để diệt giao bào.

2. Sốt rét ác tính

* Nguyên tắc:

- Phát hiện sớm, điều trị sớm. Chú ý đối tượng có nguy cơ cao là trẻ em và phụ nữ có thai.

- Xử trí biến chứng.

- Điều trị đặc hiệu và điều trị hỗ trợ quan trọng như nhau.

- Chăm sóc điều dưỡng tích cực.

* Điều trị đặc hiệu:

- Artesunat tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp

+ Liều: 2,4 mg/kg vào giờ 0, 12, 24, sau đó mỗi 24 giờ cho đến khi KSTSR âm tính, tối đa là 7 ngày.

+ Khi bệnh nhân tỉnh hoặc uống được, chuyển sang sử dụng thêm 3 ngày DHA+PPQ.

- Trường hợp phụ nữ có thai < 3 tháng:

+ Quinin diHCL truyền tĩnh mạch, liều đầu 20 mg/kg, sau đó 10 mg/kg mỗi 8 giờ.

+ Khi bệnh nhân uống được, tiếp tục uống Quinin sulfat cho đủ 7 ngày, phối hợp với clindamycin uống 5 mg/kg mỗi 8 giờ trong 7 ngày. Chú ý theo dõi hạ đường máu do Quinin.

Chú ý: Chỉ sử dụng Artesunat cho phụ nữ có thai \leq 3 tháng nếu không có Quinin diHCL.

* Xử trí các biến chứng:

- Chống suy thận: Truyền dịch đẳng trương, lợi tiểu, lọc thận nhân tạo.

- Xử trí hạ đường huyết bằng truyền ngay dung dịch Glucose 30%.

- Chống suy tuần hoàn:

+ Đặt ngay Catheter tĩnh mạch trung tâm.

+ Truyền máu, cao phân tử, khối hồng cầu

+ Truyền dịch mặn ngọt.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Chống suy hô hấp.

- Chống thiếu máu.

- Chống bội nhiễm kháng sinh toàn thân.

- Sốt cao > 39°C, dùng Paracetamol.

- Điều trị co giật: Diazepam.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Các biện pháp phòng bệnh cá nhân

- Biện pháp vật lý: Nằm màn, lưới chắn muỗi, bẫy vợt muỗi, mặc quần áo dài, tránh muỗi đốt.

- Biện pháp sinh học: Nuôi cá ăn bọ gậy, chế phẩm sinh học diệt bọ gậy.

- Các biện pháp hóa học: Phun hóa chất (Malathion), tẩm màn hóa chất (Permethrin), tẩm rèm, tẩm chăn..., kem muỗi, hương muỗi ...

2. Các chỉ định sử dụng thuốc điều trị bệnh sốt rét

- **Điều trị người bệnh sốt rét:** Bao gồm người bệnh được xác định mắc bệnh sốt rét và sốt rét lâm sàng.

- **Điều trị mở rộng:** Chỉ áp dụng ở các vùng đang có dịch.

- **Cấp thuốc tự điều trị:**

+ Cấp thuốc tự điều trị, chỉ áp dụng cho những huyện thuộc vùng sốt rét lưu hành tại miền Trung Tây Nguyên, Đông Nam Bộ và không có bằng chứng về sốt rét kháng thuốc.

+ Người từ vùng không có sốt rét vào vùng sốt rét lưu hành trên 1 tuần.

+ Người sống trong vùng sốt rét lưu hành có ngủ rừng, ngủ rẫy hoặc qua lại vùng biên giới.

+ Cán bộ y tế từ tuyến xã trở lên mới được cấp thuốc tự điều trị, hướng dẫn cho họ biết cách sử dụng thuốc và theo dõi sau khi trở về.

+ Thuốc sốt rét được cấp để tự điều trị là Dihydroartemisinin-Piperaquin, liều theo nhóm tuổi và cân nặng trong 3 ngày.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC:

1. Nhận định:

Điều dưỡng nhận định chăm sóc, thu thập các dữ liệu bằng cách:

- Hỏi bệnh nhân và người nhà: Bệnh nhân bị sốt rét từ bao giờ? Tính chất của cơn sốt, chu kỳ cơn sốt.

+ Có đi đâu xa đến vùng miền núi hay vùng có nhiều người mắc sốt rét không?

+ Xung quanh hay trong gia đình, có người nào mắc bệnh như mình không?

- Khám:

+ Tri giác: Bệnh nhân tỉnh, vật vã, lơ mơ hay hôn mê, có co giật hay không.

+ Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở.

+ Da và niêm mạc: Xem tình trạng có thiếu máu, da xanh? Da có vàng không?

Có bị xuất huyết không?

+ Hô hấp: Nhịp thở, kiểu thở, có khó thở, tím tái trong sốt rét ác tính.

+ Tuần hoàn: Có biểu hiện suy tuần hoàn: Mạch nhanh, huyết áp hạ, da nổi vân tím.

+ Nước tiểu: Số lượng, màu sắc, đái huyết sắc tố nước tiểu màu đen.

+ Xem bệnh án để biết chẩn đoán, làm ngay các xét nghiệm: Tìm ký sinh trùng sốt rét, công thức máu, chức năng gan, thận...

+ Yêu cầu về dinh dưỡng: Bệnh nhân nặng, đặt sonde dạ dày hay không?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Sốt cơn do tác động của sắc tố sốt rét lên trung tâm điều hòa nhiệt.
- Bệnh nhân thiếu máu do ký sinh trùng phá vỡ hồng cầu hàng loạt.
- Nguy cơ sốt rét ác tính và biến chứng phủ tạng do hồng cầu nhiễm ký sinh trùng, làm tắc nghẽn các mao mạch.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa, sốt cao, bệnh nặng.
- Bệnh nhân và người nhà thiếu kiến thức về bệnh.

3. Can thiệp điều dưỡng:

3.1. Sốt cơn do tác động của sắc tố sốt rét lên trung tâm điều hòa nhiệt.

Mục tiêu: Bệnh nhân hết sốt.

Can thiệp:

- Đo nhiệt độ khi bệnh nhân đang sốt, ngày 3 lần.
- Theo dõi tính chất cơn sốt: Thời gian, cường độ, chu kỳ cơn sốt.

Giai đoạn rét run: Đắp chăn cho bệnh nhân.

Giai đoạn sốt nóng: Nới rộng quần áo, bỏ chăn, quạt, chườm mát cho bệnh nhân.

Sau sốt, bệnh nhân ra nhiều mồ hôi: Lau mồ hôi cho bệnh nhân.

Dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol cho bệnh nhân khi sốt cao > 39°C.

Theo dõi bệnh nhân sốt chùng cơn, ngày 2-3 cơn, sốt dao động hay sốt cao liên tục 39-40°C, là biểu hiện diễn biến bệnh nặng lên, dễ vào ác tính.

3.2. Bệnh nhân thiếu máu do ký sinh trùng phá vỡ hồng cầu hàng loạt.

Mục tiêu: Giảm tình trạng thiếu máu cho bệnh nhân.

Can thiệp:

- Tình trạng thiếu máu là hậu quả không thể tránh được trong trường hợp sốt rét nặng và những người ngụ cư vùng sốt rét lâu năm, phụ nữ có thai và trẻ em.
- Theo dõi da, niêm mạc: Xanh xao, bị xuất huyết tiêu hóa hay không?
- Làm xét nghiệm công thức máu, tìm ký sinh trùng sốt rét.
- Dung tích hồng cầu < 20% hoặc Hb < 7 g/dL hoặc hồng cầu < 2 triệu: Cần phải được truyền khối hồng cầu.
- Truyền khối tiểu cầu khi tiểu cầu < 20.000 /ml.

3.3. Nguy cơ sốt rét ác tính và biến chứng phủ tạng do hồng cầu nhiễm ký sinh trùng, làm tắc nghẽn các mao mạch.

Mục tiêu: Bệnh nhân tỉnh táo, chức năng phủ tạng ổn định.

Can thiệp:

- Theo dõi tri giác, đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm Glasgow.

Khi bệnh nhân co giật: Giữ an toàn cho bệnh nhân và thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần Diazepam.

- Làm thông thoáng đường thở, đảm bảo hô hấp cho bệnh nhân:

+ Đặt bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng mặt sang 1 bên, tư thế dẫn lưu, đề phòng hít phải chất nôn, nằm đầu cao 30-45°.

+ Đặt cannula Mayo đề phòng tụt lưỡi, cắn phải lưỡi khi co giật.

+ Hút đờm rãi miệng, họng.

+ Cho thở ôxy theo chỉ định, duy trì SpO₂>92%.

+ Bóp bóng Ambu nếu có cơn ngừng thở trong khi chờ đặt nội khí quản.

+ Phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản, lắp máy thở nếu cần.

+ Theo dõi nhịp thở, kiểu thở tím tái SpO₂, SaO₂, ứ đọng đờm rãi, đáp ứng máy thở (nếu có).

+ Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm phổi.

- Chống suy tuần hoàn:

+ Lấy mạch, huyết áp 1 giờ/1 lần hoặc 3 giờ/1 lần tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

+ Đánh giá tình trạng mất nước điện giải.

+ Kiểm tra lượng dịch đưa vào và lượng dịch thải ra: Đánh giá sự bài xuất nước tiểu, đo lượng nước tiểu, chất nôn, lượng dịch vào do truyền, do ăn uống. Chú ý theo dõi màu sắc nước tiểu: Nếu nước tiểu màu cà phê là bệnh nhân sốt rét đái huyết sắc tố.

+ Cân bệnh nhân để tính liều lượng thuốc.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch 8 giờ đầu, bao gồm có dịch chứa thuốc sốt rét, glucose hoặc truyền máu và đặt Catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát dịch, theo dõi phù phổi cấp do truyền dịch quá tải. Nếu áp lực tĩnh mạch trung tâm \geq 5 cm H₂O, thì ngừng truyền.

- Theo dõi biểu hiện hạ đường huyết.

- Theo dõi da và niêm mạc, mắt vàng, nước tiểu sẫm màu, là biểu hiện của suy gan cấp, dễ đưa đến hôn mê. Theo dõi phát hiện bệnh nhân suy thận cấp, biểu hiện vô niệu và thiếu niệu, cần hạn chế truyền dịch và duy trì cân bằng nước vào, ra.

- Theo dõi biến chứng và tác dụng phụ của thuốc.

- Chống bội nhiễm:

+ Luôn trần trở bệnh nhân để tránh loét 2 giờ/1 lần. Giữ cho da bệnh nhân luôn được khô, giường chiếu sạch, không ẩm ướt, không bị nhăn để giảm sự cọ sát.

+ Vỗ rung lồng ngực, thông khí phổi.

+ Vệ sinh mắt, răng, miệng.

+ Khi bệnh nhân phải đặt ống thông tiểu: Khi đặt ống thông phải đảm bảo kỹ thuật vô trùng. Cho người bệnh uống nhiều nước, là cách tốt nhất để phòng nhiễm khuẩn vì bàng quang được rửa sạch và tránh các chất lắng đọng và dính vào ống thông.

Hướng dẫn người bệnh và người nhà thường xuyên kiểm tra ống thông và túi đựng nước tiểu, không để ống thông bị gấp.

Giúp người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài 2 lần/ngày.

- Thực hiện xét nghiệm hàng ngày: Công thức máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản, tìm ký sinh trùng sốt rét 6-12 giờ 1 lần, cho đến khi âm tính; Chụp phổi, điện tim.

3.4. Dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa, sốt cao, bệnh nặng.

Mục tiêu: Bệnh nhân được dinh dưỡng đầy đủ.

Can thiệp:

Khi bệnh nhân sốt, cho ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng, ăn nhiều hoa quả để tăng sức đề kháng cho cơ thể. Khi bệnh nhân suy thận: Cho ăn giảm đạm. Khi bệnh nhân suy gan: Cho ăn giảm mỡ. Bệnh nhân hôn mê: Đặt ống thông mũi dạ dày để bơm thức ăn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

3.5. Bệnh nhân và người nhà thiếu kiến thức về bệnh.

Mục tiêu: Bệnh nhân và người nhà nhận biết được tầm quan trọng của bệnh, để phối hợp điều trị, chăm sóc, ngăn ngừa được những biến chứng xảy ra và biết cách phòng bệnh.

Can thiệp:

- Hướng dẫn, giảng giải để bệnh nhân hiểu được nguyên nhân, cách lây bệnh, triệu chứng lâm sàng của bệnh sốt rét. Khi bệnh nhân mắc sốt rét thể thông thường, cần phải được

điều trị triệt để, không nên điều trị dở dang, dễ gây tái phát và biến chứng nguy hiểm, đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

- Hướng dẫn cho người nhà biết cách phát hiện dấu hiệu tiên ác tính: Mất ngủ nặng, li bì, kích thích, vật vã, nhức đầu dữ dội, sốt chùng con ngày 2-3 con, ...
- Trước khi xuất viện: Xét nghiệm hết ký sinh trùng sốt rét. Khi 2 lần xét nghiệm máu ngoại biên liên tiếp âm tính.
- Khi đã khỏi bệnh không nên vào vùng sốt rét, đặc biệt là phụ nữ có thai và trẻ em.
- Tư vấn cho bệnh nhân và yêu cầu bệnh nhân phải: Định kỳ đến kiểm tra lại, đến khám khi có sốt và đến tư vấn khi đi công tác chuyên vùng.
- Khi phải đi vào vùng sốt rét, phải dùng thuốc điều trị dự phòng.

4. Đánh giá:

Đánh giá lại quá trình chăm sóc so với kế hoạch đã đề ra. Được đánh giá là chăm sóc tốt:

- Sốt rét con: Bệnh nhân hết sốt, đi lại bình thường, hết ký sinh trùng sốt rét trong máu, tuy nhiên da còn xanh xao, thiếu máu, gan lách to, cần tăng cường dinh dưỡng. Cần bồi dưỡng thêm một thời gian, mới bình phục sau khi xuất viện.
 - Sốt rét ác tính: Bệnh nhân tỉnh, hết sốt, giảm biến chứng, hồi phục dần.
 - Bệnh nhân thực hiện tốt chế độ ăn phù hợp với bệnh.
- Bệnh nhân hiểu được các kiến thức phòng bệnh.

BÀI 17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

MỤC TIÊU

1. *Nêu khái niệm, dịch tế học bệnh uốn ván.*
2. *Trình bày biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh uốn ván.*
3. *Trình bày tiến triển và biến chứng của bệnh uốn ván.*
4. *Nêu nguyên tắc điều trị và điều trị cụ thể của bệnh uốn ván.*
5. *Trình bày biện pháp phòng bệnh uốn ván.*
6. *Lập được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh uốn ván.*

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

Uốn ván là một bệnh cấp tính nặng, có khả năng gây tử vong do độc tố của vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) gây ra đặc trưng bởi các cơn co giật trên nền tăng trương lực cơ.

2. Dịch tế học

2.1. Mầm Bệnh

- Vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*): Vi khuẩn uốn ván là trực khuẩn, dài 4-10 micron, rộng 0,4-0,6 micron, Gram dương, di động nhờ các lông ở xung quanh thân. Vi khuẩn mọc trong môi trường yếm khí. Môi Trường nuôi cấy thích hợp ở 37°C, pH từ 7,0-7,5.

- Nha bào uốn ván

+ Nuôi cấy vi khuẩn sau 36 giờ sẽ xuất hiện nha bào ở đầu. Khi môi trường nuôi cấy ở nhiệt độ 37°C trong vòng 24-36 giờ sẽ sinh nha bào. Nếu ở nhiệt độ 24°C thì nha bào tạo thành chậm hơn, khoảng sau 100-200 giờ. Nếu nhiệt độ 42-43°C thì không xuất hiện nha bào. Nha bào có sức đề kháng cao. Phải hấp ướt ở nhiệt độ 120°C trong vòng 15-30 phút hoặc đun sôi 100°C trong ít nhất 4 giờ thì nha bào mới chết. Đối với dụng cụ, khử trùng bằng hóa chất như Phenol 3% phải ngâm trên 24h thì mới diệt được nha bào hoặc ngâm vào dung dịch Formalin 3%.

+ Thuốc kháng sinh không có tác dụng với nha bào, nha bào có nhiều trong đất, trong phân súc vật (như trâu, bò, ngựa, cừu,...) phân người. Đôi khi nha bào có trong cả bụi nhà. Nha bào có thể sống nhiều năm trong đất khi thiếu ánh sáng và không khí.

+ Nha bào từ đất, từ phân xâm nhập vào cơ thể qua vết thương người, nếu gặp điều kiện thuận lợi, như thiếu oxy tại vết thương (vết thương hoại tử, có dị vật, có nhiễm trùng,..) thì nha bào phát triển thành vi khuẩn hoạt động, sinh ra ngoại độc tố và gây bệnh.

- Độc tố uốn ván: Trục khuẩn uốn ván sinh ra ngoại độc tố là Tetanolysin và tetanospasmin.

+ Tetanolysin là vỡ hồng cầu (hemolyse) gây hoại tử vết thương nơi nha bào xâm nhập. Đôi khi gây nhiễm độc với tim. Tuy nhiên, ngoại độc tố này không đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học uốn ván.

+ Tetanospasmin là ngoại độc tố gây nhiễm độc thần kinh rất mạnh và gây triệu chứng của bệnh uốn ván.

2.2. Dịch tễ học

- Tuổi: Tất cả các lứa tuổi đều có thể bị mắc uốn ván nếu chưa được tiêm phòng.

- Giới: Nam bị uốn ván nhiều hơn nữ. Ở bệnh viện chợ rẫy, TP.HCM, tỷ lệ mắc uốn ván ở nam giới cao hơn gấp 1,5 lần so với nữ giới (Nguyễn Duy Thanh). Có lẽ do điều kiện lao động, nam giới thường làm việc nặng nhọc, dễ bị chấn thương lẫn đất, cát có nha bào uốn ván.

- Đường vào:

+ Nha bào uốn ván xâm nhập vào cơ thể qua vết thương ở da, niêm mạc, tổn thương nội tạng,... Như vậy, đường vào của vi khuẩn rất đa dạng. Vết thương có vật lạ (đất, cát), có nhiễm vi khuẩn gây mủ kèm theo, hoặc vết thương bị hoại tử, ứ máu, làm giảm oxy tại chỗ sẽ tạo điều kiện thuận lợi để nha bào chuyển thành trục khuẩn uốn ván, sinh độc tố và gây bệnh uốn ván.

+ Vết thương ở da và niêm mạc: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, vết thương chiến tranh... gây vết thương dập nát, lẫn cát bẩn. Có khi vết thương xây xước chóng lành nên dễ bỏ qua như dẫm gai, dẫm đinh rỉ, vết nứt ở chân vào mùa động khi đi chân đất, dùng tăm xỉa răng chảy máu, vệ sinh tai bằng dụng cụ bẩn,

+ Vết thương ngoài da kéo dài như sâu quảng, chàm dị ứng, lỗ dò kéo dài do viêm cốt tủy xương, viêm tai mạn tính.

+ Uốn ván nội tạng do vết thương nội tạng có nhiều thần kinh tạng ở bụng như uốn ván sau khi nạo phá thai, sau đẻ, phẫu thuật sản, phụ khoa, phẫu thuật đại tràng do dụng cụ không vô trùng.

+ Uốn ván nội khoa: uốn ván sau tiêm thuốc dùng bơm, kim tiêm không vô trùng như tiêm quinin, tiêm heroin.

+ Uốn ván rôn: dụng cụ bẩn, không vô trùng để cắt rôn,...

3. Cơ chế bệnh sinh

Độc tố uốn ván từ vết thương xâm nhập lên thần kinh trung ương bằng 2 con đường: đường thần kinh hướng tâm và đường máu.

- Độc tố gắn vào các tế bào thần kinh ở các trung tâm vận động, tổ chức lưới, cầu não, hành não và tuỷ sống rồi chuyển qua các sinap tới tận cùng bản vận động của thần kinh-cơ. Ngăn cản giải phóng các chất hoá học trung gian có tác dụng ức chế hoạt động của nơron thần kinh vận động Alpha và ở sừng trước tuỷ sống. Các nơron này không kiểm soát được, sẽ gây co cứng cơ và các cơn co giật cứng. Cũng như vậy, do mất đi sự ức chế mà các nơron giao cảm tiền hạch tăng lên, làm tăng nồng độ các Catecholamin trong máu, dẫn đến các triệu chứng cường giao cảm và rối loạn thần kinh thực vật.

- Độc tố uốn ván từ vết thương vào máu và lan rộng tới các tận cùng thần kinh. Thời gian di chuyển trong nội bào của độc tố là tương đương cho tất cả các dây thần kinh, do đó dây thần kinh ngắn sẽ bị ảnh hưởng trước và dây thần kinh dài sẽ bị ảnh hưởng sau. Điều này giải thích các triệu chứng co cứng cơ xuất hiện kế tiếp nhau, đầu tiên là cơ nhai, sau đến các cơ đầu mặt cổ, cơ thân mình và cuối cùng là các chi.

II. TRIỆU CHỨNG:

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Tính từ khi có vết thương đến khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh uốn ván, thường là biểu hiện cứng hàm. Thời kỳ ủ bệnh có thể từ hai ngày đến hai tháng, hầu hết các trường hợp xảy ra trong vòng 8 ngày. Thời kỳ ủ bệnh càng ngắn (< 7 ngày) bệnh càng nặng.

1.2. Thời kỳ khởi phát

- Tính từ lúc cứng hàm đến khi có cơn co giật đầu tiên hoặc cơn co thắt hầu họng - thanh quản đầu tiên, thường từ 1-7 ngày. Thời gian khởi phát càng ngắn (< 48 giờ) bệnh

càng nặng.

- Triệu chứng khởi đầu là cứng hàm: lúc đầu mỗi hàm, nói khó, nuốt vướng, khó nhai, khó há miệng tăng dần và liên tục. Khi dùng đũa lưỡi ấn hàm xuống thì hàm càng cắn chặt hơn (dấu hiệu trismus). Dấu hiệu này gặp ở tất cả các người bệnh.

- Co cứng các cơ khác:

+ Co cứng các cơ mặt làm cho người bệnh có “Vẻ mặt uồn ván” hay “Vẻ mặt cười nhăn” (nếp nhăn trán hẳn rõ, hai chân mày cau lại, rãnh mũi má hẳn sâu), co cứng cơ gáy làm cho cổ bị cứng và ngửa dần, 2 cơ ức đòn chũm nổi rõ.

+ Co cứng cơ lưng làm cho tư thế người bệnh uồn cong hay uồn thẳng lưng. Co cứng cơ bụng làm cho 2 cơ thẳng trước gồ lên và sờ vào bụng thấy cứng.

+ Co cứng cơ ngực, cơ liên sườn làm cho lồng ngực hạn chế di động.

+ Co cứng cơ chi trên tạo nên tư thế gấp tay. Co cứng cơ chi dưới tạo tư thế duỗi.

+ Khi kích thích, các cơn co cứng tăng lên làm cho người bệnh rất đau.

- Có thể gặp các biểu hiện khác như: bồn chồn, sốt cao, vã mồ hôi và nhịp tim nhanh.

1.3. Thời kỳ toàn phát

- Từ khi có cơn co giật toàn thân hay cơn co thất hầu họng - thanh quản đầu tiên đến khi bắt đầu thời kỳ lui bệnh, thường kéo dài từ 1 đến 3 tuần. Với các biểu hiện:

+ Co cứng cơ toàn thân liên tục, tăng lên khi kích thích, người bệnh rất đau, co cứng điển hình làm cho người bệnh uồn cong.

+ Co thất thanh quản gây khó thở, tím tái, ngạt thở dẫn đến ngừng tim.

+ Co thất hầu họng gây khó nuốt, nuốt vướng, ứ đọng đờm rãi, dễ bị sặc.

+ Co thất các cơ vòng gây bí tiểu, bí đại tiện.

+ Cơn co giật toàn thân trên nền co cứng cơ xuất hiện tự nhiên, tăng lên khi kích thích. Trong cơn co giật người bệnh vẫn tỉnh và biểu hiện đặc trưng bằng nắm chặt tay, uồn cong lưng và tay ở tư thế dạng hoặc gấp, chân duỗi, thường người bệnh ngừng thở khi ở vào các tư thế này. Cơn giật kéo dài vài giây đến vài phút hoặc hơn. Trong cơn giật người bệnh rất dễ bị co thất thanh quản, co cứng cơ hô hấp dẫn đến giảm thông khí, thiếu oxy, tím tái, ngừng thở, và có thể tử vong.

+ Rối loạn thần kinh thực vật gặp trong trường hợp nặng với các biểu hiện: da xanh tái, vã mồ hôi, tăng tiết đờm rãi, sốt cao 39 - 40°C hoặc hơn, tăng hoặc hạ huyết áp, huyết áp dao động không ổn định, loạn nhịp tim có thể ngừng tim.

1.4. Thời kỳ lui bệnh

- Thời kỳ lui bệnh bắt đầu khi các cơn co giật toàn thân hay co thắt hầu họng - thanh quản bắt đầu thưa dần; tình trạng co cứng toàn thân còn kéo dài nhưng mức độ giảm dần; miệng từ từ há rộng; phản xạ nuốt dần trở lại.
- Thời kỳ này kéo dài vài tuần đến hàng tháng tùy theo mức độ nặng của bệnh.

2. Cận lâm sàng

- Đo nồng độ kháng thể đối với độc tố uốn ván trong máu.
- Cây vi trùng uốn ván tại vết thương và xác định độc lực của vi trùng. Tuy nhiên, kết quả thường có trễ và cây âm tính cũng không loại được chẩn đoán.
- Có thể thấy các bất thường liên quan đến tình trạng nhiễm trùng vết thương và các biến chứng của uốn ván.
- Trong thể bệnh nặng có sự thay đổi chức năng các cơ quan: xét nghiệm chức năng gan, thận,...

3. Các thể lâm sàng

3.1. Uốn ván toàn thể: có các biểu hiện lâm sàng điển hình qua 4 giai đoạn như mô tả ở trên.

3.2. Uốn ván cục bộ: hiếm gặp, biểu hiện bằng co cứng cơ, tăng trương lực và co giật cơ ở một chi hoặc một vùng cơ thể, thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

3.3. Uốn ván thể đầu: người bệnh có vết thương ở vùng đầu mặt cổ, cứng hàm, nói khó, nuốt vướng, co cứng cơ mặt, liệt dây thần kinh số VII. Giai đoạn bệnh sau đó thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

3.4. Uốn ván sơ sinh: điển hình xảy ra ở trẻ 3 - 28 ngày tuổi (trung bình 8 ngày), thời gian ủ bệnh có thể từ 2 ngày đến hơn một tháng. Triệu chứng đầu tiên là bỏ bú, khóc nhỏ tiếng, sau đó, khít hàm, không bú được, cứng cơ toàn thân, và co giật.

III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển

- Bệnh tiến triển qua các thời kỳ ủ bệnh, khởi phát, toàn phát và lui bệnh. Tùy theo mức độ nặng của bệnh mà thời gian diễn biến qua các thời kỳ khác nhau.
- Tiên lượng rất nặng nếu:

- + Đường vào: nội tạng, sản khoa, uốn ván rốn, vết thương bẩn, góc ngách,...
- + Thời gian ủ bệnh dưới 7 ngày.

- + Thời gian khởi phát dưới 48 giờ.
- + Cơ địa trẻ sơ sinh, người già > 50 tuổi, có bệnh mạn tính.
- + Con co giật nhiều, khoảng cách các cơn ngắn.
- + Có rối loạn thần kinh thực vật: sốt cao, vã mồ hôi, huyết áp dao động, tăng tiết đờm dãi.
- + Đáp ứng kém với thuốc an thần, giãn cơ.

2. Biện chứng

2.1. Hô hấp

- Co thắt hầu họng - thanh quản gây ngạt, ngừng thở, sặc, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.
- Ứ đọng đờm dãi do tăng tiết, không nuốt được và phản xạ ho yếu.
- Suy hô hấp do cơn giật kéo dài, dùng thuốc an thần chống co giật liều cao, nhiều ngày.

2.2. Tim mạch

- Nhịp tim nhanh, cơn nhịp nhanh do co giật, sốt cao, rối loạn thần kinh thực vật và suy hô hấp.
- Trụy mạch, hạ huyết áp do rối loạn thần kinh thực vật, thiếu dịch và do tác dụng phụ của thuốc an thần. Huyết áp có thể dao động lúc cao lúc thấp do rối loạn thần kinh thực vật.
- Ngừng tim đột ngột do suy hô hấp, rối loạn thần kinh thực vật, có thể do độc tố uốn ván.

2.3. Tiêu hóa: chướng bụng do giảm nhu động ruột, giảm hấp thu, táo bón. Loét và xuất huyết dạ dày do stress.

2.4. Nhiễm trùng: viêm phế quản, viêm phổi, nhiễm khuẩn vết mở khí quản, viêm nơi tiêm truyền tĩnh mạch, nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, viêm xoang, ...

2.5. Rối loạn thăng bằng nước và điện giải

2.6. Suy thận: khi có suy thận thường tiên lượng người bệnh rất nặng, nguy cơ tử vong cao.

2.7. Biện chứng khác: suy dinh dưỡng, cứng khớp, loét vùng tỳ đè, suy giảm tri giác do thiếu oxy kéo dài, đứt lưỡi do cắn phải, gãy răng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: người bệnh uốn ván nên được điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

- Ngăn chặn sản xuất độc tố
- Trung hòa độc tố
- Kiểm soát co giật và co cứng cơ
- Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật
- Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

2. Điều trị cụ thể

2.1. Ngăn chặn tạo độc tố uốn ván

- Xử lý vết thương: mở rộng vết thương, cắt bỏ triệt để tổ chức hoại tử tại vết thương để loại bỏ nha bào uốn ván.
- Kháng sinh diệt vi khuẩn uốn ván: metronidazol 500 mg, truyền TM cách 6 – 8 giờ/lần; hoặc penicillin G: 1 - 2 triệu đơn vị, tiêm TM cách 4 - 6 giờ/lần; erythromycin, penicillin V hoặc clindamycin là những thay thế của metronidazol và penicillin G; thời gian điều trị 7 - 10 ngày.

2.2. Trung hòa độc tố uốn ván

- Globulin miễn dịch uốn ván từ người (HTIG) liều 3000 - 6000 đơn vị tiêm bắp, hoặc huyết thanh kháng độc tố uốn ván từ ngựa (SAT) 1.500 đơn vị/01 ống, liều 400 - 500 đơn vị/kg cân nặng, liều duy nhất (người lớn thường dùng 14 ống) tiêm bắp. Dùng SAT phải thử phản ứng trước tiêm, test SAT với 75 đơn vị, với HTIG không cần thử test. Uốn ván sơ sinh dùng SAT 1.000 đơn vị/kg cân nặng.

2.3. Kiểm soát co giật và co cứng cơ

- Nguyên tắc:
 - + Để người bệnh nơi yên tĩnh, kiểm soát ánh sáng, tiếng ồn và tránh kích thích gây co giật là các biện pháp quan trọng trong chăm sóc người bệnh uốn ván.
 - + Dùng liều lượng thuốc ít nhất mà không chế được cơn giật, không ức chế hô hấp và tuần hoàn.
 - + Ưu tiên dùng loại thuốc ít độc, ít gây nghiện, thải trừ nhanh, dung nạp tốt khi tiêm hay truyền tĩnh mạch.
 - + Điều chỉnh hàng ngày, hàng giờ cho phù hợp.
 - + Chia rải đều liều thuốc cho trong cả ngày theo giờ để làm nền và chỉ định tiêm thêm nếu cần thiết.
- Điều trị cụ thể:

+ Diazepam: liều thường dùng từ 2-7 mg/kg/24h, chia đều mỗi 1 giờ, 2 giờ hoặc 4 giờ. Dùng đường uống qua sonde dạ dày hoặc tiêm tĩnh mạch, mỗi lần 1-2 ống (10-20 mg), hoặc kết hợp cả uống và cả tiêm. Không nên dùng quá 240 mg diazepam/ngày. Khi dùng liều cao phải hỗ trợ thông khí cho bệnh nhân. Diazepam đường tiêm có thể gây toan lactic máu.

+ Midazolam thường được ưa dùng do không gây toan lactic. Midazolam truyền TM liên tục, liều 0,05-0,3 mg/kg/giờ (khoảng 5 mg - 15 mg/giờ).

+ Hỗn hợp cocktailytique: 1 ống aminazin 25 mg + 1 ống pipolphen 50 mg (hoặc dimedrol 10 mg) + 1 ống dolargan 100 mg. Trộn lẫn, tiêm bắp, mỗi lần tiêm từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/ngày và không dùng kéo dài quá 1 tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

+ Thiopental: dùng khi đã dùng benzodiazepin liều tối đa. Pha 1-2 g vào 250-500 ml NaCl 0,9% hoặc glucose 5%. Truyền nhanh qua catheter tĩnh mạch trung tâm khi có cơn co giật, ngừng truyền ngay khi hết co giật. Có thể truyền thiopental TM liên tục đến liều 3,75 mg/kg/giờ. Khi đã dùng thiopental phải cho người bệnh thở máy và nên mở khí quản. Thận trọng khi dùng quá 4 g thiopental/ngày.

+ Truyền propofol TM có thể kiểm soát được co giật và co cứng cơ. Liều propofol có thể đến 6,4 mg/kg/giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng. Dùng kéo dài có nguy cơ nhiễm toan lactic, tăng triglyceride máu và rối loạn chức năng tụy.

+ Thuốc ức chế thần kinh cơ: chỉ định khi dùng thuốc an thần không đủ để kiểm soát co giật, co cứng cơ. Pancuronium có thể làm rối loạn thần kinh thực vật nặng hơn do ức chế tái hấp thu catecholamine. Vecuronium ít gây các vấn đề về thần kinh thực vật hơn. Có thể dùng pipercuronium 0,02 - 0,08 mg/kg/giờ truyền TM (giãn cơ mạnh, tác dụng kéo dài từ 1,5 - 3 giờ, ổn định về tim mạch).

2.4. Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật

- Magnesium sulfate: liều khởi đầu 40 mg/kg trong 30 phút rồi duy trì 20 – 80 mg/kg/giờ truyền TM, duy trì nồng độ Mg trong máu từ 2 - 4 mmol/L.

- Thuốc ức chế beta giao cảm: Labetalol liều 0,25 - 1,0 mg/phút thường được dùng, không nên dùng propranolol do nguy cơ đột tử.

- Morphine sulfate được dùng để giảm đau và kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật, truyền TM liên tục liều có thể đến 0,5 - 1,0 mg/kg/giờ trong trường hợp để kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật.

- Atropine và clonidine để điều chỉnh nhịp tim và huyết áp nhưng hiệu quả hạn chế. Gây mê sâu: phối hợp liều cao midazolam, thiopental, propofol và fentanyl (truyền TM liên tục liều 0,7 - 10 µg/kg/giờ) hoặc sufentanil (thuộc họ morphin có tác dụng giảm đau gấp 10 - 50 lần fentanyl, truyền TM liên tục liều 0,9 - 1,6 µg/kg/giờ).

2.5. Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

* Hồi sức hô hấp:

- Đảm bảo thông thoáng đường thở:

+ Hút đờm dãi, không ăn uống đường miệng để tránh sặc và co thắt thanh môn.

+ Mở khí quản: bảo vệ đường thở, hút đờm dãi và thông khí nhân tạo. Chỉ định:

- Những trường hợp có tiên lượng nặng nên chỉ định mở khí quản sớm.
- Khi người bệnh có dấu hiệu chẹn ngực, co giật toàn thân khó kiểm soát với thuốc chống co giật, co thắt hầu họng - thanh quản.
- Ú đọng đờm rãi.

+ Thở oxy: khi SpO₂ < 92%.

+ Thở máy, chỉ định:

- Giảm oxy máu với SpO₂ < 92% mặc dù đã thở oxy.
- Người bệnh thở yếu không đảm bảo thông khí.
- Người bệnh đang dùng liều cao các thuốc an thần, gây mê, giãn cơ hoặc ở người cao tuổi nên theo dõi sát để cho thở máy kịp thời.

* **Hồi sức tuần hoàn:** Đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng truyền dịch, dùng thuốc vận mạch và gây mê khi có rối loạn thần kinh thực vật gây huyết áp dao động. Pyridoxin (vitamin B₆): có tác dụng làm tăng tiết GABA, đối kháng gián tiếp với độc tố uốn ván (làm giảm tiết GABA), dùng 10 mg/kg/ngày uống 10 - 14 ngày, sơ sinh dùng 100 mg/ngày.

* **Dự phòng loét do sang chấn tâm lý (stress):** bằng thuốc giảm tiết acid dịch vị.

Các điều trị khác: đảm bảo cân bằng nước và điện giải, dinh dưỡng nhu cầu năng lượng cao 70 kcal/kg/ngày, tránh táo bón (thuốc nhuận tràng). Người bệnh bí đái nên đặt thông tiểu sớm. Vệ sinh cơ thể và các hốc tự nhiên, thay đổi tư thế chống loét. Rửa, nhỏ thuốc

tra mắt thường xuyên. Phòng huyết khối tĩnh mạch. Vật lý trị liệu bắt đầu sớm sau khi hết co giật. Dùng thêm thuốc làm mềm cơ.

V. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chủ động sau khi bị uốn ván

Miễn dịch sau khi mắc bệnh uốn ván không bền vững nên phải tiêm vaccin uốn ván (Anatoxin tetanus - AT): tiêm 3 mũi, mũi thứ hai cách mũi thứ nhất 01 tháng, mũi thứ ba cách mũi thứ hai từ 6 tháng đến 1 năm. Sau đó cách 5 - 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi.

2. Phòng bệnh thụ động sau khi bị thương

Cắt lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng, dùng kháng sinh penicillin hay erythromycin, nếu chưa được chủng ngừa hay chủng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván nên tiêm SAT 1500 đơn vị (1 - 2 ống tiêm bắp), tiêm vaccin uốn ván để có miễn dịch chủ động.

3. Đề phòng uốn ván rôn cho trẻ sơ sinh

- Tư vấn, quản lý thai nghén tốt.
- Tiêm phòng đầy đủ vaccin uốn ván cho sản phụ.
- Đảm bảo vô trùng khi đỡ đẻ, cắt rốn.
- Tiêm giải độc tố uốn ván cho trẻ sơ sinh.

VI. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi

- Lý do vào viện: nhức đầu? Nói khó? Nuốt khó? Uống sặc? Co giật?
- Gần đây có bị vết thương không? (Đạp đinh, vỏ sò, vỏ ốc, tai nạn..)
- Xử lý vết thương? Có dùng oxy già để rửa tay hay không? Có tiêm SAT không?
- Từ lúc bị vết thương đến lúc xuất hiện các triệu chứng là bao lâu?
- Từ khi thấy mệt mỏi, mồm hàm, cứng hàm đến khi thấy cơn co giật đầu tiên?
- Đã được khám và điều trị gì chưa?
- Tiền sử
- + Gia đình: có bệnh động kinh không? Uốn ván?
- + Bản thân: có chủng ngừa? Có bị sâu răng không? Viêm tai giữa? có bị uốn ván?

1.2. Thăm khám

- Tổng trạng: mê, gầy, trung bình...
- Tri giác: có rối loạn không? Mơ? Đánh giá theo thang điểm Glasgow.
- DHST: đánh giá mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, lưu ý sốt cao có thể do rối loạn điện giải, rối loạn thần kinh thực vật, thuốc (SAT, PNC)
- Đánh giá độ há miệng, cứng hàm, gồng cứng cơ? Khó nuốt hay nuốt sặc? Có liệt mặt không? Vết mặt uốn ván?
- Có co giật không?
- Trẻ sơ sinh: bỏ bú, nuốt sặc, khóc nhỏ, khóc không thành tiếng.
- Nhận định tình trạng tiêu tiêu của bệnh nhân: BN có đặt thông tiêu liên tục?
- Trạng thái dinh dưỡng?
- Đánh giá tình trạng vệ sinh cá nhân?
- Các thuốc sử dụng.
- Các biến chứng cần theo dõi: viêm phổi, rối loạn nhịp tim, xuất huyết tiêu hóa, nhiễm trùng vết thương, tán huyết do độc tố của vi trùng, loét.

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- NB Khó thở, tím tái do co thắt hầu họng, thanh quản.
- NB co giật gồng cứng cơ do độc tố của vi khuẩn.
- NB sốt cao do rối loạn nước và điện giải, rối loạn thần kinh thực vật, nhiễm trùng.
- NB không ăn uống được do rối loạn cơ năng.
- NB có nguy cơ loét do vận động bị rối loạn, do nằm lâu.
- NB có nguy cơ xảy ra các biến chứng: viêm phổi, nhiễm trùng tiêu, xuất huyết tiêu hóa, teo cơ cứng khớp.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Người bệnh khó thở, tím tái do co thắt hầu họng, thanh quản.

- Mục tiêu: hô hấp được duy trì một cách hiệu quả.
- Can thiệp:
 - + Cho BN nằm đầu bằng, mặt nghiêng một bên.
 - + Đánh giá tri giác Bn theo bảng điểm Glasgow.
 - + Đặt Tube Mayer.
 - + Hút đờm nhớt.
 - + Cho thở oxy ẩm theo yêu cầu.

- + Theo dõi SpO₂, khí máu động mạch.
- + Theo dõi sát kiểu thở, nhịp thở, da niêm và đầu chi.
- + Chuẩn bị dụng cụ giúp BS mở khí quản.
- + Chăm sóc BN thở máy.
- Đánh giá: Hô hấp có hiệu quả: thông đường thở, môi hồng, SaO₂ > 90%.

3.2. Người bệnh co giật gồng cứng cơ do độc tố của vi khuẩn.

- Mục tiêu: NB được an toàn, không còn co giật gồng cứng cơ.
- Can thiệp:
 - + Cho BN nằm phòng yên tĩnh, ánh sáng dịu.
 - + Giữ an toàn cho BN bằng cách kéo song giường và cột dây.
 - + Thực hiện SAT theo y lệnh để trung hòa độc tố của vi trùng. Test trước khi tiêm, nếu (-) tính thì tiêm bắp, nếu (+) tính tiêm bằng phương pháp giải miễn cảm (Bedreska).
 - * Cách tiêm như sau: 0,1 ml dd SAT pha loãng 1/20 (SC) → 0,1 ml dd SAT pha loãng 1/10 (SC) → 0,1 ml dd SAT nguyên chất (SC) → 0,3 ml → 0,5 ml... (mỗi lần tiêm cách nhau 15 phút).
 - + Thực hiện thuốc cắt cơn co giật theo y lệnh: diazepam 0,3-0,5 mg/kg/liều hoặc 2-10 mg/kg/24giờ. Phenobarbital dùng phối hợp với Diazepam, tuy nhiên cần thận trọng vì Phenobarbital dễ gây ức chế hô hấp.
 - + Thực hiện thuốc dẫn cơ theo y lệnh.
 - + Tập trung công tác chăm sóc, hạn chế tham viếng, nhằm hạn chế kích thích gây co giật.
 - + Theo dõi cơn co giật: toàn thân? Cục bộ? thời gian? Số lần?
 - + Theo dõi sát DHST (chú ý hô hấp trong lúc co giật).
 - Đánh giá: người bệnh được an toàn: cơn co giật thưa dần, NB bớt gồng cứng cơ.

3.3. Người bệnh sốt cao do rối loạn nước điện giải, rối loạn thần kinh thực vật, nhiễm trùng.

- Mục tiêu: NB không sốt, cân bằng nước điện giải được tái lập.
- Can thiệp:
 - + Cho BN nằm phòng thoáng mát, lau mát tích cực cho BN.
 - + Thực hiện thuốc hạ sốt, thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Theo dõi kết quả ion đồ, bù nước và điện giải cho BN.

- + Theo dõi lượng nước xuất nhập /24h.
- + Thực hiện thuốc điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật theo y lệnh.
- + Kiểm tra lại nhiệt độ 15-30 phút/lần cho đến khi thân nhiệt BN ổn định.
- + Chăm sóc vết thương hoặc chăm sóc rốn.
- + Chăm sóc hệ thống thông tiểu nếu có.
- Đánh giá: Thân nhiệt trở về bình thường (37-37,5°C), cân bằng nước và điện giải, cải thiện tình trạng rối loạn thần kinh thực vật, vết thương diễn tiến tốt.

3.4. Người bệnh không ăn uống được do rối loạn cơ năng.

- Mục tiêu: BN được duy trì chế độ dinh dưỡng hợp lý, đủ năng lượng.
- Can thiệp:
 - + Cho BN ăn nhỏ giọt qua ống thông. Lưu ý tốc độ, số lượng vừa phải.
 - + Nuôi ăn bằng dịch truyền theo y lệnh.
 - + Khi BN có phản xạ nuốt thì tập cho uống từng muỗng một, nếu không sặc thì cho ăn thức ăn từ lỏng đến đặc dần.
 - + Đảm bảo cung cấp năng lượng và chất dinh dưỡng.
 - + Chăm sóc hệ thống nuôi ăn (ống thông dạ dày, bình chứa thức ăn).
- Đánh giá: Chế độ dinh dưỡng hợp lý: đảm bảo cung cấp đầy đủ các chất và năng lượng theo yêu cầu.

3.5. Người bệnh có nguy cơ bị loét do khả năng vận động bị giới hạn, do nằm lâu.

- Mục tiêu: NB không bị loét.
- Can thiệp:
 - + Xoay trở NB mỗi 4h, chêm lót những vùng đè cán.
 - + Giữ vệ sinh da: Tắm cho NB bằng nước ấm, giữ drap giường khô ráo sạch sẽ và thẳng.
 - + Tập vật lý trị liệu trong giai đoạn hồi phục.
 - + Trong giai đoạn hồi phục: khi NB tập đi phải có người đi kèm, vì NB dễ bị té ngã.
- Đánh giá: NB không bị loét, khả năng vận động được phục hồi tốt sau khi khỏi bệnh

3.6. Nguy cơ xảy các biến chứng: viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, xuất huyết tiêu hóa, teo cơ cứng khớp.

- Mục tiêu: NB được phát hiện và xử lý kịp thời các biến chứng.
- Can thiệp:
 - + Viêm phổi: theo dõi DHST, chú ý nhiệt độ, nhịp thở.

- + Nhiễm trùng tiêu: vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, theo dõi nhiệt độ.
- + Xuất huyết tiêu hóa: quan sát màu sắc da niêm, theo dõi huyết áp, tình trạng bụng, mạch, tình trạng phân, chất nôn.
- + Teo cơ cứng khớp: tập vật lý trị liệu trong thời gian bình phục.
- Đánh giá: Các biến chứng được ngăn ngừa, được phát hiện và xử lý kịp thời.

LƯỢNG GIÁ

1. Tình huống 1

Bệnh nhân Nguyễn Văn An, 33 tuổi, nặng 65kg, nghề nghiệp nông dân, khi đi làm đồng giẫm phải đinh, tự rửa và chăm sóc vết thương tại nhà, người bệnh chưa dùng thuốc gì, cho đến khi thấy cứng hàm, cứng gáy thì nhập viện và được chẩn đoán uốn ván. Qua nhận định ngày thứ 3 của bệnh thấy: Người bệnh tỉnh, nhiệt độ 39⁰C, mạch 120 lần/phút, huyết áp 100/70mmHg, nhịp thở 30 lần/phút, SPO₂ 85%, cứng hàm, nuốt khó, co cứng cơ toàn thân, co giật từng cơn, mỗi cơn giật khoảng 20 giây, tím tái, tăng tiết đờm dãi, vã mồ hôi; vết thương vùng bàn chân trái có chảy mủ, sưng, đau. Người bệnh đã được đặt sonde cho ăn và thông tiểu lưu. Xét nghiệm: BC: 15000/mm³.

Tiền sử: Người bệnh chưa được tiêm phòng SAT và vaccin khi bị vết thương.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân An cho đến khi ra viện?

2. Tình huống 2:

Bệnh nhân Nguyễn Thị Thanh, 31 tuổi, nghề nghiệp nông dân, nhập viện với chẩn đoán uốn ván. Ngày đầu vào viện bệnh nhân trong tình trạng khó thở nặng, co cứng cơ toàn thân, co giật nhiều, sốt cao; người bệnh được mở khí quản. Sau 13 ngày điều trị người bệnh qua cơn nguy kịch, hết khó thở, đã giảm co cứng cơ, vết thương vùng cẳng chân trái đã lành. Hiện tại nhận định thấy: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, nhiệt độ 39,5⁰C, mạch 99 lần/phút, huyết áp 100/70mmHg, nhịp thở 22 lần/phút, SPO₂ = 95%, chân ống mở khí quản sưng, phù nề, đỏ, đau, có nhiều dịch, bệnh nhân tự đi tiểu được bình thường. Bạch cầu 18000/mm³.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân Thanh cho đến khi ra viện?

BÀI 18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân gây bệnh, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và phòng bệnh đại.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bị bệnh đại.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa.

Bệnh đại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus đại gây ra, bệnh chủ yếu của súc vật (chó mèo...) lây sang người qua đường da và niêm mạc. Biểu hiện lâm sàng của bệnh chủ yếu là trạng thái kích thích tâm thần vận động, hoặc một hội chứng liệt kiểu Landry. Khi phát bệnh tử vong 100%.

2. Tác nhân gây bệnh.

Virus đại thuộc họ Rhabdovirus, có cấu tạo ARN và có bao ngoài. Pasteur chia virus đại ra làm 2 loại:

- Virus phân lập từ các động vật bị bệnh đại được gọi là virus “Đường phố” có thời gian ủ bệnh dài và động lực cao, gây bệnh đại ở súc vật và người.
- Virus cấy truyền nhiều lần qua não động vật phòng thí nghiệm (thỏ) được gọi là virus cố định có thời gian ủ bệnh ngắn gây bại liệt cho động vật nên mất khả năng gây bệnh cho người. Loại virus này được dùng để sản xuất vacxin đại. Virus bất hoạt nhanh chóng bởi xà phòng, etc, còn I ốt, ở 60°C chết trong 5 phút, ở 100°C chết trong 1 phút. Tuy vậy ở nhiệt độ phòng: virus có thể sống được từ 1-2 tuần. Vì vậy, đồ vật dính nước bọt chó đại, người bị đại được coi là nguy hiểm.

3. Đặc điểm dịch tễ học.

- Nguồn bệnh: là thú hoang đại (chồn, cáo, dơi). Động vật nuôi như: chó, mèo, ngựa, bò, cừu...
- Đường lây: qua vết cắn, vết cào xước da và niêm mạc.
- Khó cảm thụ: Tất cả mọi người đều có thể mắc bệnh khi bị súc vật bị đại cắn, bệnh tăng về mùa hè.

4. Cơ chế bệnh sinh.

Từ vết thương (do bị cắn, cào, liếm) virus theo đường dây thần kinh ngoại vi lên não gây tổn thương các tế bào thần kinh trung ương, đặc biệt là vùng Amon, hành não.

Rồi từ đây, virus cũng theo đường thần kinh tới tuyến nước bọt và tản ra khắp hệ thống thần kinh. Virus có trong nước bọt chó dại, 10 ngày trước khi phát bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng là do tình trạng não viêm (Encephalitis) do virus dại gây nên. Thời gian từ đột nhập đến khi phát bệnh phụ thuộc vào vị trí, số lượng, tính chất vết cắn và vào sức đề kháng của người bệnh.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 10 ngày đến trên 1 năm. Trung bình từ 20-60 ngày, nếu số vết cắn nhiều, sâu và vị trí bị cắn ở gần thần kinh trung ương hay nhiều mạng lưới thần kinh như đầu, mặt, cổ, bàn tay thì thời kỳ ủ bệnh sẽ ngắn.

1.2. Thời kỳ khởi phát.

2-4 ngày, có một số tiền triệu sau:

+ Thay đổi tính tình: Người bệnh rối loạn giấc ngủ, bồn chồn, có lúc thảng thốt, lo âu, buồn bã hoặc nói nhiều, tìm cách xa lánh người xung quanh.

+ Dị cảm nơi bị cắn: tê bì, nhức, co cứng cơ.

+ Các biểu hiện khác: Chán ăn, mệt mỏi, sốt môi cơ bắp, bí đại, đau bụng...

1.3. Thời kỳ toàn phát.

Với 2 thể bệnh sau:

+ Thể hung dữ:

Khi thì người bệnh trở nên hung tợn, điên khùng, gây gỗ, đập phá lung tung và dễ nhanh chóng tiến tới hôn mê rồi tử vong.

Khi thì ở trạng thái kích thích vận động với biểu hiện: co cứng, run rẩy tứ chi, co giật, co thắt họng và thanh khí quản gây triệu chứng sợ nước. Khát không dám uống, chỉ nhìn hoặc nghe thấy tiếng nước chảy cũng gây tăng co thắt họng và rất đau. Tình trạng co thắt này tăng lên mỗi khi có kích thích dù rất nhỏ vào các giác quan như luồng gió nhẹ (sợ gió), mùi vị, ánh sáng,... Nét mặt luôn căng thẳng, hoảng hốt, mắt sáng và đỏ, tai thính, có thể có tình trạng kích thích sinh dục (dấu hiệu cánh bướm, xuất tinh tự nhiên). Cũng có thể có ảo giác, mất định hướng, vùng vẫy, cắn xé. Sốt tăng dần, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi (khạc nhỏ, sùi bọt mép), rối loạn tim mạch và hô hấp.

Các triệu chứng trên xuất hiện thành từng cơn, ngày càng dày hơn, mạnh hơn,

người bệnh có thể có lúc tỉnh táo giữa các cơn. Các triệu chứng nặng dần lên và tử vong trung bình sau phát bệnh từ 3-5 ngày.

+ Thể liệt: ít gặp hơn thể trên, thường không có triệu chứng sợ nước, sợ gió.

Lúc đầu có thể thấy đau nhiều vùng cột sống, sau đó xuất hiện hội chứng liệt leo kiêu Landry: đầu tiên liệt chi dưới, sau đó rối loạn cơ vòng, rồi liệt chi trên, khi tổn thương tới hành não thì xuất hiện liệt thần kinh sọ, rồi ngừng hô hấp và tuần hoàn. Tử vong trung bình sau phát bệnh từ 4-12 ngày.

Với bệnh nhi, do hay bị cắn vào mặt nên thời gian ủ bệnh thường ngắn (9-12 ngày). Biểu hiện lâm sàng rất ít cơn co thắt nên có thể không có dấu hiệu sợ nước, sợ gió. Trẻ vẫn bình tĩnh, chỉ thấy khó chịu, nôn óe, bần thần, buồn bã, có thể có một giai đoạn kích thích ngắn rồi li bì, trụy tim mạch và tử vong.

- *Bệnh đại khi đã phát bệnh thì tỷ lệ tử vong là 100%.*

2. Xét nghiệm

- Các xét nghiệm đặc hiệu:

+ Xét nghiệm PCR, phân lập virus. Bệnh phẩm là nước bọt, tổ chức não, dịch não tủy.

+ Các phản ứng huyết thanh: miễn dịch huỳnh quang IFRA có độ đặc hiệu cao, hoặc phát hiện kháng thể trung hoà, miễn dịch men.

+ Khảo sát mô bệnh học tìm tiểu thể Négri.

- Các xét nghiệm hỗ trợ:

+ Công thức máu, urê, đường, điện giải đồ có rối loạn ở giai đoạn muộn.

+ Dịch não tủy: biến đổi nhẹ, albumin < 1 g/lít, tăng tế bào lympho.

III. ĐIỀU TRỊ

- Không có thuốc chữa đặc hiệu khi đã biểu hiện bệnh. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ. Tư vấn cho người chăm sóc về bệnh đại và diễn biến.

- Thực hiện chăm sóc cuối đời: người bệnh nằm phòng riêng, yên tĩnh, tránh ánh sáng và gió lùa, an ủi người bệnh, dùng thuốc an thần như seduxen, hoặc hỗn hợp Cocktailytics (kết hợp aminazin, dolacgan, dimedrol). Nuôi dưỡng qua sond dạ dày, hoặc truyền tĩnh mạch. Hô hấp hỗ trợ nếu liệt hô hấp.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Phòng không đặc hiệu

- Cần tuyên truyền về bệnh dại và cách phòng chống, hạn chế nuôi chó. Nếu nuôi chó phải nhốt, ra đường phải rọ mõm, có người trông. Tiêm phòng đầy đủ cho chó.
- Người có nguy cơ cao với virus dại như bác sĩ thú y, người nuôi chó mèo, nhân viên phòng xét nghiệm... nên tiêm phòng virus dại.

Khi có dịch:

- Tại xã, phường xuất hiện chó dại phải diệt chó đang nuôi. Nghiêm cấm mua bán chó tại nơi đang có bệnh dại để ngăn dịch lây lan.
- Những người bị chó, mèo nghi dại cắn phải tiêm vaccin càng sớm càng tốt.

2. Cách xử trí trước một trường hợp bị súc vật nghi dại cắn:

*** Nhốt và theo dõi súc vật trong vòng 10 ngày**

- Tại vị trí vết cắn:

+ Xối bằng nước và xà phòng, hoặc nước sạch vào vết cắn/cào trong 15 phút, sau đó sát khuẩn bằng cồn 45-70° hoặc cồn iod. Có thể dùng chất khử trùng thông thường như rượu, cồn, xà phòng, dầu tắm để rửa vết thương.

+ Không kỳ cọ làm dập nát vết thương, không khâu kín. Nếu phải khâu nên trì hoãn vài giờ đến 3 ngày, khâu ngắt quãng sau khi đã tiêm phong bế huyết thanh kháng dại vào các vết thương.

- Tùy trường hợp cụ thể có thể sử dụng kháng sinh và tiêm phòng uốn ván.

*** Tiêm vaccin và kháng huyết thanh phòng dại:**

Tình trạng vết cắn	Tình trạng súc vật (kể cả chó đã tiêm phòng)		Xử trí
	Lúc cắn	Trong vòng 10 ngày	
Da lành (liếm, cắn vào quần áo..)	Bình thường	Bình thường	Không tiêm phòng
Vết cắn nhẹ: xước da, ở xa đầu mắt cổ	Bình thường	Bình thường	Không tiêm phòng
	Bình thường	Ốm, có triệu chứng đại	Nếu có triệu chứng đại phải tiêm ngay, đủ liều
	Có triệu chứng đại	Mất tích không theo dõi được	Tiêm đủ liều vaccin ngay sau khi bị cắn
Vết cắn phức tạp: gần đầu mắt cổ, bỏ phân sinh dục, vết cắn sâu, có nhiều vết cắn.	Bình thường	Bình thường	Tiêm kháng huyết thanh đại Tiêm vaccin, ngừng tiêm
	Bị đại Mất tích Đã bán		Tiêm kháng huyết thanh đại Tiêm đủ liều vaccin

*** Tiêm vaccin phòng dại:**

Nguyên tắc: áp dụng 1 trong 2 phác đồ tiêm bắp hoặc tiêm trong da; tiêm càng sớm càng tốt ngay sau khi bị phơi nhiễm.

- Tiêm bắp: có thể sử dụng một trong các phác đồ sau:

+ Phác đồ 1 - 1 - 1 - 1 - 1: tiêm 1 mũi vào các ngày 0, 3, 7, 14, 28.

+ Phác đồ 2 - 0 - 1 - 0 - 1 (hoặc 2 - 1 - 1): ngày 0 tiêm 2 mũi vào cơ delta hai bên, các ngày 7 và 21 chỉ tiêm 1 mũi.

- Tiêm trong da: dùng phác đồ 2 - 2 - 2 - 0 - 2. Tiêm trong da 0,1 ml vào cơ delta hai bên, vào các ngày 0, 3, 7, và 28.

*** Tiêm huyết thanh kháng dại:**

- Nguyên tắc: tiêm huyết thanh kháng dại càng sớm càng tốt và chỉ dùng 1 lần trong điều trị.

- Tiêm phong bế vùng động vật cắn để huyết thanh kháng dại thấm sâu vào bên trong và quanh vết thương tối đa. Phần huyết thanh còn lại tiêm bắp sâu, cách xa vị trí tiêm vaccin dại. Nếu có nhiều vết thương, có thể pha loãng huyết thanh 2-3 lần với nước muối sinh lý để đảm bảo các vết thương đều được tiêm huyết thanh kháng dại.

- Các loại kháng huyết thanh phòng dại:
- + Tinh chế từ huyết thanh ngựa (ARS: anti rabies serum) hoặc huyết thanh người (RIG-H: rabies immunoglobulin human).
- + Thời gian tiêm: càng sớm càng tốt. Nếu quá 72 giờ sau khi bị cắn thì không nên dùng.
- + Cách tiêm: tiêm bắp, tổng liều 40 IU/kg (nếu ARS) và 20 IU/kg (nếu RIG-H). Cũng có thể 1/2 tiêm bắp, 1/2 tiêm quanh vết thương. Thử test trước khi tiêm.

V. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

- Sốt? Co giật, co cứng? Liên tục hay thành cơn?
- Đau nơi bị cắn? vết cắn có sâu rộng? Có nhiều vết cắn? Vị trí vết cắn: ở vùng đầu, mặt, cổ hoặc tay?
- Thứ tự xuất hiện liệt như thế nào?
- Tiêu tiểu không tự chủ?
- Dấu hiệu sợ nước, sợ gió, sợ ánh sáng và khát không dám uống?
- Khó thở?
- Có ảo giác?
- Xuất hiện thành từng cơn? Khoảng cách từng cơn?
- Có thay đổi tính tình (đập phá và gây gổ)?
- Có bị chó cắn, cào, hay tiếp xúc với động vật nhưng hiện tại súc vật đã bị chết?
- Có tiền sử uống rượu?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Bệnh nhân khó thở, liên quan đến sự kích thích hành tủy.
- Bệnh nhân hung dữ do toàn bộ thần kinh bị kích thích, liên quan đến bệnh dại.
- Đau nơi vết cắn do tổn thương phân mềm.
- Giáo dục ý thức phòng ngừa bệnh dại trong cộng đồng.

3. Can thiệp điều dưỡng

3.1. Bệnh nhân khó thở, liên quan đến sự kích thích hành tủy

Mục tiêu: Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân.

Can thiệp:

- Cho BN nằm đầu bằng và mặt nghiêng một bên.
- Hút đờm nhớt.

- Cho thở oxy âm theo y lệnh.
- Theo dõi SpO2 và duy trì ở mức 95-99%.
- Theo dõi sát nhịp thở, quan sát da niêm và đầu chi.
- Đánh giá tri giác BN dựa vào thang điểm Glasgow.
- Khi lên cơn, BN ngưng tim và ngưng thở đột ngột. Tử vong từ 2-4 ngày sau khi lên cơn.

3.2. Bệnh nhân hung dữ do toàn bộ thần kinh bị kích thích, liên quan đến bệnh đại:

Mục tiêu: Giữ an toàn cho bệnh nhân.

Can thiệp:

- Cách ly tuyệt đối BN.
- Cho BN nằm phòng yên tĩnh, phòng tối, tránh gió lùa, tránh nghe tiếng nước chảy và tiếng động quá mức.
- Giữ an toàn cho BN và cho BN nằm giường có chấn song.
- Theo dõi DHST 30 phút/lần, sau đó 1-3 giờ/lần.
- BN tăng tiết nước bọt nhiều, cần cung cấp ống nhỏ cá nhân có chứa dung dịch sát trùng.
- Theo dõi số lần lên cơn và tính chất cơn. Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.
- Lúc lên cơn, BN hạ huyết áp và loạn nhịp tim đe dọa tử vong.
- BN lên cơn đại thể hung dữ sẽ tử vong 2-4 ngày, còn thể liệt có thể kéo dài đến 20 ngày.

3.3. Đau nơi vết cắn do tổn thương phần mềm:

Mục tiêu: Giảm đau cho bệnh nhân.

Can thiệp:

- Chăm sóc vết cắn hàng ngày.
- Theo dõi và đánh giá vết cắn tiến triển tốt hay xấu?
- Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh.
- Khi chăm sóc BN, nhân viên y tế cần mang găng tay và khẩu trang.

3.4. Giáo dục ý thức phòng ngừa bệnh đại trong cộng đồng:

Mục tiêu: Giáo dục cho người nhà bệnh nhân và cộng đồng biết cách phòng bệnh đại.

Can thiệp:

- Tiếp xúc tế nhị và giải thích cho thân nhân BN hiểu biết đây là bệnh không có thuốc

chữa để thân nhân BN chuẩn bị tâm lý.

- Hướng dẫn phòng bệnh khi bị động vật nghi bị bệnh dại cắn:

+ Xử trí vết thương: rửa thật kỹ vết thương bằng nước xà phòng, sau đó rửa lại bằng nước lọc và lau khô sát trùng vết thương bằng dung dịch sát khuẩn. Không được khâu vết thương sớm.

+ Tiêm vaccin phòng dại: khi bị súc vật liếm trên da có vết thương, bị cào, cắn bởi súc vật bị dại hoặc nghi ngờ bị dại mà con vật chết (không có điều kiện xét nghiệm để khẳng định có bị dại không) hoặc đã đi mất. Khi bị súc vật có vẻ khỏe cắn, phải theo dõi súc vật trong khoảng 10 ngày, nếu thấy có biểu hiện ốm hoặc thay đổi tính tình, lúc đó cần tiêm ngay. Ngược lại, nếu thấy chúng vẫn khỏe mạnh không cần tiêm.

- Hướng dẫn lịch tiêm vaccin:

Hiện nay, vaccin chế tạo từ môi trường cây tế bào (Verorab) được khuyến cáo dùng hơn là những chế tạo từ mô thần kinh:

+ Khi bị cắn nhẹ và vừa: tiêm 5 mũi, các ngày (N): N0, N3, N7, N14, N28.

+ Khi bị cắn nặng: N0 tiêm huyết thanh kháng dại, sau đó tiêm vaccin N0, N3, N7, N14, N28.

- Quản lý và tiêm ngừa chó hoặc súc vật nuôi.

- Cấm thả rông chó ngoài đường.

- Tiêm phòng cho chó trên 3 tháng tuổi.

- Gia súc bị chó dại cắn, nên giết chết.

- Nếu gia súc cắn người: phải nhốt và theo dõi trong 10 ngày, nếu thấy lên cơn, cắt đầu gửi viện Pasteur để xét nghiệm. Nếu gia súc đã bị đập chết, cắt đầu gửi về viện Pasteur để xét nghiệm.

4. Đánh giá

Đánh giá lại quá trình chăm sóc, được đánh giá là tốt khi bệnh nhân được chăm sóc tận tình chu đáo, không xảy ra tai biến trong quá chăm sóc.