

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y DƯỢC HỒNG ĐỨC



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NỘI KHOA

NGÀNH: Y SĨ ĐA KHOA
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2023

(Lưu hành nội bộ)

MỤC LỤC

Trang

<i>Lời nói đầu</i>	3
Phần 1. NỘI KHOA	7
Bài 1. Triệu chứng học bộ máy tuần hoàn	7
Bài 2. Chăm sóc người bệnh suy tim	13
Bài 3. Chăm sóc người bệnh tăng huyết áp	21
Bài 4. Chăm sóc người bệnh đau thắt ngực	29
Bài 5. Chăm sóc người bệnh viêm phổi	39
Bài 6. Chăm sóc người bệnh hen phế quản	47
Bài 7. Chăm sóc người bệnh loét dạ dày – tá tràng	59
Bài 8. Chăm sóc người bệnh abscess gan	69
Bài 9. Chăm sóc người bệnh xơ gan	77
Bài 10. Chăm sóc người bệnh nhiễm giun, sán	87
Bài 11. Chăm sóc bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu	93
Bài 12. Chăm sóc người bệnh viêm cầu thận mãn	99
Bài 13. Chăm sóc bệnh nhân viêm khớp dạng thấp	107
Bài 14. Chăm sóc người bệnh thiếu máu	117
Bài 15. Phòng chống bệnh bướu cổ	125
Bài 16. Chăm sóc người bệnh basedow	131
Bài 17. Chăm sóc người bệnh đái tháo đường	139
Bài 18. Chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	149
Bài 19. Chăm sóc người bệnh tâm phế mạn	163
Bài 20. Chăm sóc người bệnh xuất huyết đường tiêu hóa	175
Phần II. BỆNH TÂM THẦN	187
Bài 1. Đại cương về tâm thần học	187
Bài 2. Phụ giúp thầy thuốc khám và làm liệu pháp chữa bệnh tâm thần	203
Bài 3. Theo dõi - chăm sóc cấp cứu người bệnh tâm thần	211
Bài 4. Vệ sinh và phòng bệnh tâm thần	217
Bài 5. Chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt	221
Bài 6. Chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng	229
Phần III. ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN NHIỄM	233
Bài 1. Dịch tả và chăm sóc	233

Bài 2. Ly trực khuẩn và chăm sóc	243
Bài 3. Chăm sóc người bệnh lỵ Amip	253
Bài 4. Chăm sóc bệnh nhân viêm não Nhật Bản B	257
Bài 5. Chăm sóc bệnh nhân viêm não màng mũ	263
Bài 6. Viêm gan virus và chăm sóc	269
Bài 7. Chăm sóc người bệnh thủy đậu	279
Bài 8. Chăm sóc bệnh nhân quai bị	285
Bài 9. Chăm sóc bệnh nhân sởi	293
Bài 10. Nhiễm HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh AIDS	301
Bài 11. Chăm sóc bệnh nhân dại	315
Bài 12. Bệnh cúm và chăm sóc người bệnh cúm	323
Bài 13. Sốt xuất huyết dengue và chăm sóc	333
<i>Tài liệu tham khảo</i>	343

PHẦN I. NỘI KHOA

BÀI 1

TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TUẦN HOÀN

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các triệu chứng cơ năng của bộ máy tuần hoàn.
2. Thăm khám được một số triệu chứng thực thể của bộ máy tuần hoàn.
3. Xác định được vị trí các ổ van tim trên thành ngực.

1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (*triệu chứng chủ quan, triệu chứng chức năng*)

Đó là những triệu chứng do chính bản thân người bệnh cảm nhận được, tự viết và tự kể lại.

1.1. Khó thở

- Đây là triệu chứng cơ năng quan trọng trong các bệnh tim mạch. Khó thở là dấu hiệu thường gặp, bao giờ cũng có và có sớm, là triệu chứng chủ yếu trong các giai đoạn của suy tim. Khó thở có nhiều mức độ và hình thái khác nhau.

- Có 3 hình thái khó thở:

+ Khó thở khi gắng sức: Người bệnh không cảm thấy khó chịu, chỉ khi gắng sức mới thấy khó thở.

+ Khó thở thường xuyên: Người bệnh luôn cảm thấy khó thở, khi nằm càng khó thở hơn, người bệnh phải ngồi dậy để dễ thở hơn. Ở tư thế nghỉ ngơi người bệnh cũng khó thở, khi vận động khó thở càng tăng hơn.

+ Khó thở xuất hiện từng cơn:

• Con hen tim: Người bệnh như ngẹt thở, thở nhanh và nông, tim đập nhanh. Khám người bệnh không có dấu hiệu hen phế quản mà có dấu hiệu suy tim trái.

• Phù phổi cấp: Khó thở dữ dội, đột ngột, đau tức ngực, người bệnh phải ngồi dậy để thở và khạc ra rất nhiều bọt màu hồng. Khám người bệnh thấy có dấu hiệu suy tim trái.

1.2. Đánh trống ngực

Trống ngực là cảm giác tim đập mạnh. Người bệnh cảm thấy tim đập rộn ràng, lúc đều lúc không do thay đổi nhịp tim nhanh, chậm, ngoại tâm thu..... Làm cho người bệnh ngột thở và sợ hãi, lo lắng. Cảm giác đánh trống ngực hết khi nhịp tim trở lại bình thường. Đánh trống ngực gặp trong các bệnh tim (hẹp hở van tim, bệnh cơ tim, tăng huyết áp, cường giáp...).

1.3. Đau vùng trước tim

Có khi đau âm ỉ, có khi đau nhói ở vùng mỏm tim, có khi sờ vào cũng thấy đau. Đau có khi chỉ khu trú ở vùng ngực trái, có khi lan lên vai xuống cánh tay, cẳng tay và các ngón tay. Đau vùng trước tim khi gặp trong cơn đau thắt ngực do co thắt động mạch vành, nhồi máu cơ tim, viêm màng ngoài tim....

1.4. Ho và khạc ra máu

Do ứ máu ở phổi nên khi người bệnh gắng sức phổi bị xung huyết làm cho ho ra máu. Đặc điểm là lượng máu ho ra ít một và khi người bệnh nghỉ ngơi thì bớt đi. Ho ra máu gặp trong hẹp van 2 lá, phù phổi cấp....

1.5. Phù

Phù tim là một dấu hiệu xuất hiện chậm biểu hiện khả năng bù của tim đã giảm và đã có ứ máu ngoại biên.

Phù tim thường bắt đầu ở vùng thấp trước (phù hai mắt cá chân, mu bàn chân). Lúc đầu phù tim thường về buổi chiều rõ hơn, nằm nghỉ ngơi thì giảm hoặc hết phù nhưng dấu hiệu suy tim vẫn còn (gan to, tĩnh mạch cổ nổi).

Trong suy tim nặng thì phù toàn thân hoặc kèm ứ đọng dịch trong các khoang màng bụng, màng phổi....

1.6. Dấu hiệu xanh tím

Phản ánh tình trạng thiếu oxy. Màu sắc da và niêm mạc người bệnh có thể xanh tím lúc đầu ở môi, móng tay, móng chân sau khi làm việc nặng, về sau dấu hiệu xanh tím có thể xuất hiện ở toàn thân. Một số bệnh tim bẩm sinh cũng gây dấu hiệu xanh tím như bệnh Fallot 4....

1.7. Ngất

Là tình trạng mất tri giác và cảm giác trong thời gian ngắn, đồng thời giảm rõ rệt hoạt động tuần hoàn và hô hấp trong thời gian đó. Ngất thường xảy ra đột ngột, trước đó người bệnh cảm thấy chóng mặt, hoa mắt, toát mồ hôi rồi ngã xuống, không còn biết gì nữa.

Khám thấy người bệnh mặt tái nhợt, chân tay bất động, thở yếu hoặc ngừng thở, tiếng tim nhẹ hoặc ngừng đập, mạch sờ không thấy. Nếu không cứu chữa kịp thời có thể tử vong.

1.8. Các triệu chứng khác

1.8.1. Mệt

Mệt không phải là một triệu chứng đặc hiệu của bệnh tim mạch. Do giảm cung lượng tim làm giảm sút trương lực cơ gây mệt.

1.8.2. Đái ít

Do ứ trệ tuần hoàn, xảy ra ở người bệnh suy tim.

1.8.3. Tê ngón

Do rối loạn chức năng trong bệnh của động mạch làm co thắt mạch máu ở các ngón. Nếu người bệnh đi xa sẽ cảm thấy cảm giác chuột rút ở bắp chân, đau bắp chân, phải xoa bóp cho đỡ đau.

2. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

2.1. Nhìn

- Thể trạng chung: gầy, béo, cân nặng?
- Màu sắc da, niêm mạc: hồng, tím tái?
- Phù hay không phù: vị trí, mức độ, tính chất phù?
- Tĩnh mạch cổ (cảnh): nổi to hay không?
- Động mạch cảnh: đập mạnh hay yếu?
- Các chi và các móng tay: ngón tay dùi trống, tím tái?
- Mỏm tim: nằm ở vị trí nào trên thành ngực?
- Lồng ngực: cân đối hay biến dạng?

2.2. Sờ: tìm rung miu

Rung miu là biểu hiện ra ngoài của các tiếng thổi hoặc các tiếng rung của tim lan truyền ra ngoài thành ngực.

- Rung miu tâm thu: gặp trong hở van hai lá.
- Rung miu tâm trương: gặp trong hẹp van hai lá.
- Rung miu liên tục: gặp trong còn ống động mạch.

2.3. Gõ: Xác định vùng đục của tim

- Vùng đục tuyệt đối: Là vùng mà tim trực tiếp áp vào thành ngực.
- Vùng đục tương đối: Là vùng mà tim áp vào thành ngực và vùng tim bị màng phổi che lấp một phần thành ngực.

2.4. Nghe

2.4.1. Nghe tim ở cả 3 tư thế

Người bệnh nằm ngửa, nằm nghiêng trái, ngồi hoặc đứng.

2.4.2. Nghe ở các ổ van tim

- Có bốn ổ van tim chính:
 - + Ổ van 2 lá: Vị trí ở mỏm tim, ở kẽ liên sườn 4 - 5 trên đường giữa xương đòn trái.
 - + Ổ van 3 lá: Vị trí ở kẽ liên sườn 6 cạnh xương ức trái.
 - + Ổ van động mạch chủ: Vị trí ở kẽ liên sườn thứ 2 bên phải, cách bờ xương ức 1,5cm.
 - + Ổ van động mạch phổi: Vị trí ở kẽ liên sườn thứ hai bên trái, cách bờ xương ức 1,5cm.

- Ngoài ra còn ỏ Erb – Botkin: Vị trí ở kẽ liên sườn thứ ba bên trái, cách bờ xương ức 3cm.

2.4.3. Tiếng tim bình thường

- Mỗi chu chuyển tim có hai tiếng: T_1 và T_2 .

+ Tiếng thứ nhất gọi là T_1 (pụp): trầm dài, nghe đồng thời với lúc mạch nảy sau đó là khoảng im lặng ngắn.

+ Tiếng thứ hai gọi là T_2 (tắc): thanh ngắn, nghe đồng thời với lúc mạch chìm sau đó là khoảng im lặng dài.

T_1 nghe rõ ở mỏm tim, T_2 nghe rõ ở đáy tim.

Khi nghe tim cần chú ý đến cường độ và nhịp điệu của tim.

Trong sinh lý bình thường: tiếng tim nghe rõ, cường độ tim đập mạnh khi gắng sức, khi hồi hộp xúc động nhịp tim vẫn đều đặn. Khi nghỉ ngơi, tiếng tim trở lại bình thường.

2.4.4. Các dấu hiệu bệnh lý

- Tiếng T_1 và T_2 thay đổi về cường độ và nhịp điệu: yếu, mạnh, nhanh chậm,, không đều....

- Xuất hiện các tiếng bất thường:

+ Tiếng thổi tâm thu.

+ Tiếng rung tâm trương.

+ Tiếng thổi tâm trương.

+ Tiếng thổi liên tục.

+ Tiếng ngựa phi.

+ Tiếng cọ màng ngoài tim.

BÀI 2

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa suy tim và kể được một số nguyên nhân gây suy tim.*
2. *Mô tả được triệu chứng của các loại suy tim*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy tim.*

I. ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN VÀ SINH BỆNH HỌC

1.1. Định nghĩa

Suy tim là tình trạng tim không đủ khả năng bơm máu đến các cơ quan để đáp ứng nhu cầu oxy và dinh dưỡng của tổ chức.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Bệnh của hệ tuần hoàn

- Bệnh của tim: cơ tim, van tim, màng ngoài tim, tim bẩm sinh.
- Bệnh của mạch máu: tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, dị dạng mạch.

1.2.2. Bệnh phổi mạn tính và các biến dạng lồng ngực

Viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, lao xơ phổi, bụi phổi, gù vẹo cột sống.

1.2.3. Các bệnh toàn thân

Basedow, thiếu máu, thiếu vitamin B1.

1.3. Sinh bệnh học

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến suy tim nhưng hậu quả cuối cùng là sự suy giảm cung lượng tim.

Cung lượng tim là số lượng máu mà tim bơm ra trong 1 phút. Cung lượng tim là tích của tần số tim (số lần co bóp của tim trong 1 phút) và thể tích tổng máu (lượng máu được bơm ra trong mỗi lần bóp của tim).

Do cung lượng tim giảm dẫn đến ứ trệ tuần hoàn và gây ra các triệu chứng như khó thở, ho khạc ra máu, phù, đái ít....

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Suy tim trái

Do ứ trệ tuần hoàn ở phổi gây ra các triệu chứng:

- Ho.
- Khó thở: Thường khó thở từng cơn xảy ra sau gắng sức gọi là cơn hen tim. Trường hợp nặng gây cơn phù phổi cấp.
- Khạc đờm máu hồng (đờm có máu).
- Mạch nhanh, nhịp tim nhanh.

2.2. Suy tim phải

Do ứ trệ tuần hoàn ở ngoại biên gây ra các triệu chứng:

- Khó thở: từ từ ngày càng nặng dần.
- Tím tái.
- Gan to.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Phù, tràn dịch đa màng (màng bụng, màng phổi...).
- Mạch nhanh, nhịp tim nhanh.

2.3. Suy tim toàn bộ

Các triệu chứng phối hợp của suy tim phải và suy tim trái. Người bệnh luôn trong tình trạng khó thở, tím tái, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, mạch nhanh, rối loạn nhịp tim, huyết áp thấp...rất dễ tử vong đột ngột do ngừng tim.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

3.1.1. Nghỉ ngơi

Nhằm giảm công việc cho tim.

3.1.2. Tăng cường sự co bóp cho tim

Bằng các thuốc tim mạch.

3.1.3. Hạn chế ứ trệ tuần hoàn

Bằng các thuốc lợi tiểu, hạn chế uống nước và ăn ít muối.

3.1.4. Tim và điều trị nguyên nhân

Thiếu máu, Basedow, vitamin B₁, hẹp hở van tim, tăng huyết áp.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Chế độ nghỉ ngơi

Không để người bệnh gắng sức như leo cao, mang nặng, rặn đẻ, táo bón, stress...

Khi bệnh nặng: để người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

3.2.2. Chế độ ăn uống

Hạn chế uống nước và ăn ít muối.

3.2.3. Thuốc

- Tăng co bóp cơ tim: Digitalis (Digoxin).
- Thuốc lợi tiểu: Lasix, Hypothiazid, râu ngô, bông mã đề.

Chú ý: khi dùng thuốc lợi tiểu phải cho người bệnh uống kali vì mất kali gây biến chứng nguy hiểm.

IV. CHĂM SÓC

4.1. Nhận định

4.1.1. Hỏi bệnh

- Phát hiện các triệu chứng cơ năng: Khó thở, ho, khạc ra đờm máu, trạng thái tinh thần, ăn uống, đại tiểu tiện....

- Tiền sử bệnh: Thời gian mắc bệnh, tiền sử dùng thuốc và những đáp ứng của cơ thể khi dùng thuốc.

4.1.2. Thăm khám

- Quan sát:

+ Màu da, sắc mặt, móng chân móng tay.

+ Kiểu thở, nhịp thở.

+ Xem người bệnh có phù không: nhìn mi mắt, mắt cá chân.

- Khám:

+ Đếm mạch, nghe nhịp tim, tiếng tim.

- Đo nhiệt độ, huyết áp.

4.1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan, tham khảo hồ sơ bệnh án.

- Sổ y bạ hoặc đơn thuốc cũ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, kết quả điện tim, kết quả Xquang, y lệnh điều trị....

4.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.2.1. Chế độ nghỉ ngơi

- Suy tim nặng: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi nhưng không được để thông hai chân.

- Cần giảm hoặc bỏ hẳn các hoạt động gắng sức, nhất là trong giai đoạn bệnh nặng lên: leo cao, mang nặng, rặn đẽ, táo bón, thể dục thể thao nặng.

4.2.2. Chế độ ăn uống

- Giảm muối:

+ Suy tim nặng, phù nhiều cần ăn nhạt hoàn toàn, chỉ được dùng 0,5g muối/ngày.

+ Các trường hợp khác ăn tương đối, dùng rất hạn chế muối 1 – 2g/ngày.

- Chế độ calo vừa phải: 1500 – 2000 calo/ngày.

- Giảm và bỏ các chất kích thích như rượu, bia, cafe, thuốc lá.... nhất là suy tim nặng.

- Ăn nhiều hoa quả để tăng vitamin và kali như chuối tiêu, cam, hồng, chanh, nho...

- Uống nước hạn chế: tổng lượng nước đưa vào cơ thể do uống (hoặc truyền) bằng tổng số lượng nước tiểu trong 24 giờ cộng với từ 300ml đến 500ml.

- Tránh táo bón: ăn nhiều rau xanh, hoa quả.

4.2.3. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện y lệnh thuốc:

+ Dùng thuốc đúng chỉ định: Thực hiện tốt 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.

+ Trước khi dùng các thuốc trợ tim Isolanit, Digoxin, Cedigalan... phải đếm mạch, nếu thấy mạch chậm < 60 lần/phút phải ngừng thuốc và báo cáo ngay bác sỹ.

+ Theo dõi tác dụng của thuốc sau khi dùng: theo dõi nhịp tim trên monitor, nghe tim, đếm mạch, đo huyết áp, đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.

+ Khi dùng thuốc điều trị suy tim thường có kèm kaliclorua, cần lưu ý cho người bệnh uống thuốc này sau khi ăn no.

- Thực hiện y lệnh xét nghiệm: Máu, nước tiểu, điện tim, Xquang, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm hoặc ngoại vi.

4.2.4. Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án

- Tình trạng hô hấp: màu da, sắc mặt, nhịp thở, tần số, kiểu thở, tư thế nằm của người bệnh.

- Mạch, nhịp tim: theo dõi trên monitor hoặc điện tim, đếm mạch, nghe tim.

- Huyết áp: Ngày nhiều lần hoặc 2 lần/ngày.

- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.

- Theo dõi: nhiệt độ, phù, cân nặng, ăn uống, đại tiện, trạng thái tinh thần.

4.2.5. Vận động trị liệu

- Để người bệnh ở tư thế thuận lợi cho máu ngoại vi về tim dễ dàng: nửa ngồi nửa nằm, không để thông 2 chân. Nếu người bệnh nằm thì kê cao 2 chân hơn bình thường.

- Khuyến khích người bệnh xoa bóp và làm một số động tác ở các chi, nhất là 2 chân, để làm cho máu ngoại vi về tim dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ gây tắc nghẽn mạch. Vận động nhẹ nhàng, không gây mệt nhọc.

4.2.6. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn người bệnh tự theo dõi tiến triển của bệnh: khó thở, lượng nước tiểu, phù, cân nặng.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, tránh gắng sức.

- Hướng dẫn người bệnh cách tự xoa bóp, vận động.

- Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc theo đơn của bác sỹ và chế độ khám sức khỏe định kỳ.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi.

- Chế độ ăn uống.

- Thực hiện y lệnh.

- Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

- Vận động trị liệu.

- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện theo phần lập kế hoạch chăm sóc.

4.4. Đánh giá

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

- Các triệu chứng suy tim giảm đi và dần dần trở lại bình thường: người bệnh đỡ khó thở, hết tím, đỡ phù, gan nhỏ lại, mạch giảm.
- Người bệnh được chăm sóc chu đáo cả về tinh thần và thể xác: người bệnh yên tâm, tin tưởng, vui lòng về sự chăm sóc và thái độ phục vụ của nhân viên.
- Các triệu chứng, nhất là dấu hiệu sống, được theo dõi và ghi chép đầy đủ. Các kết quả xét nghiệm như điện tim, siêu âm... được làm và thu thập đầy đủ theo y lệnh của bác sỹ.
- Người bệnh được hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, tự vận động, xoa bóp, đồng thời tuân thủ các quy định của thầy thuốc.

BÀI 3

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và kể được một số nguyên nhân gây tăng huyết áp.*
2. *Trình bày được các triệu chứng, biến chứng và xử trí được người bệnh tăng huyết áp.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tăng huyết áp.*

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tăng huyết áp là khi thấy huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) $\geq 140\text{mmHg}$, huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) $\geq 90\text{mmHg}$.
- Con tăng huyết áp là khi số đo huyết áp đột nhiên tăng lên quá 40mmHg so với lúc bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Tăng huyết áp thứ phát

Tăng huyết áp chỉ là triệu chứng của những bệnh này.

2.2.1. Bệnh thận

Dị dạng mạch thận (hẹp động mạch thận), sỏi thận, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, viêm đài thận bể thận, thận đa nang, lao thận...

2.2.2. Bệnh tim mạch

- Hẹp đoạn xuống quai động mạch chủ gây tăng huyết áp chi trên, chi dưới huyết áp lại thấp hơn.
- Hở van động mạch chủ gây huyết áp tối đa tăng, huyết áp tối thiểu hạ.

2.2.3. Bệnh tuyến thượng thận

U tuyến thượng thận gây ra con tăng huyết áp, sau đó huyết áp tự trở lại bình thường.

2.2.4. Do thuốc

Dùng corticoid, thuốc tránh thai, cam thảo kéo dài cũng làm tăng huyết áp. Tuy nhiên trong trường hợp này, khi ngừng thuốc thì huyết áp sẽ trở lại bình thường.

2.2. Tăng huyết áp tiên phát

Trong trường hợp này, nguyên nhân gây tăng huyết áp chưa rõ ràng nhưng có liên quan tới các yếu tố sau:

- Bệnh xơ mỡ động mạch: Thường thấy ở những người cholesterol trong máu cao, lipit máu cao.
- Đái tháo đường.

- Tăng hoạt tính thần kinh giao cảm (gây co mạch).
- Yếu tố gia đình.

III. TRIỆU CHỨNG

- Các dấu hiệu gợi ý:
 - + Û tai, hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn.
 - + Cơ bốc hỏa: Mặt đỏ, người nóng bừng.
 - + Mệt nhọc, tim đập mạnh và nhanh khi lao động hơi gắng sức.

Tuy nhiên, các triệu chứng này chỉ xuất hiện khi huyết áp tăng lên đột ngột và nhiều người bệnh không có triệu chứng gì.

- Triệu chứng cơ bản là số đo huyết áp $\geq 140/90\text{mmHg}$. Do đó muốn chẩn đoán phải đo huyết áp. Đặc biệt là số đo huyết áp tăng lên 40mmHg so với lúc bình thường.

IV. BIẾN CHỨNG

4.1. Tim

- Suy tim trái: Cơ hen tim và phù phổi cấp.
- Suy động mạch vành: Cơ đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim.

4.2. Não

Bệnh não do tăng huyết áp, xuất huyết não, nhũn não.

4.3. Thận

Suy thận.

4.4. Mắt

- Mờ mắt, giảm thị lực.
- Soi đáy mắt có hiện tượng hẹp động mạch võng mạc, xuất tiết, xuất huyết võng mạc, phù gai thị.

4.5. Mạch máu:

Phình tách động mạch lớn, viêm tắc động mạch nhỏ.

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị kéo dài, thường xuyên, liên tục, theo dõi tăng huyết áp.

5.2. Cụ thể

- Để người bệnh nghỉ ngơi, tránh xúc động hay lo lắng.
- Dùng thuốc hạ huyết áp, an thần, lợi tiểu:
 - + Nếu huyết áp tăng cao và đột ngột: Dùng các thuốc có tác dụng nhanh và mạnh: Cho Nifedipin (Adalat) viên nhộng 10mg ngậm dưới lưỡi, lợi tiểu, Furosemid 20mg /ống tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch.
 - + Nếu huyết áp tăng từ từ: Dùng các thuốc có tác dụng chậm hơn nhưng kéo dài.

- + Giảm huyết áp: Nifedipin, Coversyl, Inderal.
- + Lợi tiểu: Hypothiazid, râu ngô, bông mã đề.
- + An thần: Rotunda, sen vông.
- Chế độ ăn giảm muối, giảm mỡ động vật (thay bằng dầu thực vật), giảm chất kích thích, tránh táo bón.
- Chế độ ăn giảm cân được áp dụng cho những người bệnh béo.
- Theo dõi huyết áp thường xuyên để kiểm tra, duy trì huyết áp trong giới hạn cho phép.

VI. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

6.1.1. Hỏi bệnh

- Phát hiện các triệu chứng cơ năng: ù tai, hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn, đánh trống ngực, cơn bốc hỏa...
- Tiền sử bệnh: Thời gian mắc bệnh, tiền sử dùng thuốc và theo dõi bệnh các bệnh khác.

6.1.2. Thăm khám

- Quan sát:
 - + Thể trạng chung.
 - + Màu da, sắc mặt, kiểu thở, nhịp thở.
 - + Xem người bệnh có phù không, có liệt không?
- Khám:
 - + Đếm mạch, nghe nhịp tim và tiếng tim.
 - + Đo huyết áp, nhiệt độ.
 - + Kiểm tra xem người bệnh có phù và liệt không?

6.1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan

Sổ y bạ, đơn thuốc cũ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, điện tim và các xét nghiệm khác, tham khảo hồ sơ bệnh án.

6.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.2.1. Chế độ nghỉ ngơi, sinh hoạt

- Tránh các gắng sức cả về thể lực và tinh thần.
- Tránh làm việc căng thẳng, tránh những xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi, buồn bực, tránh thức khuya.
- Không nên lao động nặng nhọc, gắng sức.
- Tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột.
- Nên tập thể dục nhẹ nhàng, tập thở, xoa bóp.

6.2.2. Thực hiện y lệnh

- Thuốc: Thực hiện y lệnh về thuốc một cách chính xác, kịp thời.

+ Khi dùng thuốc hạ huyết áp cho người bệnh cần lưu ý: người bệnh cần được nằm nghỉ trước khi dùng thuốc hạ huyết áp. Cần phải kiểm tra huyết áp trước và sau khi dùng thuốc hạ huyết áp cho người bệnh.

+ Khi dùng thuốc Adalat viên nang mềm cần chọc thủng viên thuốc trước khi cho người bệnh ngậm dưới lưỡi. Thuốc này làm huyết áp giảm xuống nhanh nên chỉ dùng trong trường hợp cấp cứu cơn tăng huyết áp.

+ Khi dùng thuốc lợi tiểu nên cho người bệnh dùng buổi sáng, không nên dùng buổi tối làm cho người bệnh mất ngủ. Thuốc lợi tiểu thường đào thải kali vì vậy để người bệnh đỡ mệt nên bù lại kali cho người bệnh bằng cách cho người bệnh ăn nhiều loại hoa quả có nhiều kali (như cam, chuối tiêu...) hoặc dùng muối kaliclorua. Chỉ nên cho người bệnh uống muối kaliclorua khi no để tránh gây phản ứng hóa học trong dạ dày.

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, ure, đường, cholesterol...

+ Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu tìm protein niệu, tế bào niệu...

+ Điện tâm đồ (điện tim): xem có biến chứng dày thất trái, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim không?

+ Soi đáy mắt: Kiểm tra biến chứng và xác định giai đoạn tăng huyết áp (chưa có biến chứng và có biến chứng).

• Giai đoạn 1: Không có biểu hiện ở võng mạc.

• Giai đoạn 2: Hẹp động mạch võng mạc, xuất tiết, xuất huyết, phù gai thị.

- Chụp Xquang tim phổi: bóng tim to, thất trái to.

Chú ý: Chẩn đoán tăng huyết áp bằng số đo huyết áp, vì thế điều dưỡng viên cần chú ý đo huyết áp đúng quy trình kỹ thuật.

6.2.3. Chế độ ăn uống

- Cần hạn chế muối: Dùng < 5g/ngày.

- Chế độ ăn giảm calo áp dụng cho những người bệnh béo.

- Hạn chế chất béo, nên ăn dầu thực vật thay cho mỡ động vật.

- Không hút thuốc lá và các chất kích thích như rượu, bia, café, chè đặc....

- Ăn nhiều rau xanh, hoa quả để tránh táo bón.

6.2.4. Theo dõi và ghi hồ sơ bệnh án

- Huyết áp:

+ Khi huyết áp tăng cao cần phải theo dõi huyết áp liên tục, có khi 30 phút - 1 giờ - 2 giờ/lần tùy theo tình trạng bệnh, cho tới khi cơn tăng huyết áp lui và huyết áp trở về trạng thái ổn định và bình thường.

+ Khi khỏi cơn tăng huyết áp và ngay cả lúc bình thường, người bệnh cũng cần được theo dõi huyết áp hàng ngày vào một giờ nhất định với một máy đo huyết áp.

+ Khi có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, người bệnh cũng cần được kiểm tra huyết áp.

- Mạch, nhiệt độ, nhịp thở.

- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.

- Ăn, ngủ, đại tiểu tiện.

- Trạng thái tinh thần: Người bệnh có lo lắng, bi quan về bệnh hay không?

6.2.5. Giáo dục sức khỏe.

- Giải thích cho người bệnh hiểu được nguyên nhân và những biến chứng của tăng huyết áp.

- Giúp người bệnh hiểu rõ biện pháp phòng chống tai biến do tăng huyết áp: Theo dõi huyết áp thường xuyên, tuân thủ chế độ ăn uống, chế độ nghỉ ngơi và sử dụng thuốc đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ.

6.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi, sinh hoạt.

- Thực hiện y lệnh.

- Chế độ ăn uống.

- Theo dõi và ghi hồ sơ bệnh án.

- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện theo phân lập kế hoạch chăm sóc.

6.4. Đánh giá

- Người bệnh tăng huyết áp được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Huyết áp giảm dần và trở về mức độ ổn định và người bệnh cảm thấy bình thường, dễ chịu.

- Không xảy ra tai biến trong quá trình điều trị.

- Y lệnh điều trị và chăm sóc được người bệnh thực hiện đầy đủ nghiêm túc.

- Người bệnh hiểu biết về bệnh của mình và yên tâm điều trị.

- Người bệnh hiểu và thực hiện tốt các biện pháp đề phòng và tự xử trí cơn tăng huyết áp.

BÀI 4

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐAU THẮT NGỰC

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, nguyên nhân gây cơn đau thắt ngực.*
2. *Trình bày được triệu chứng và cách xử trí cơn đau thắt ngực.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh cơn đau thắt ngực.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

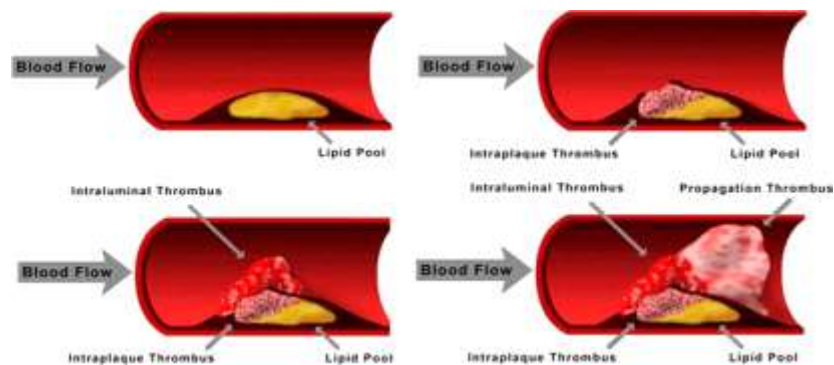
1.1. Sơ lược cơ chế gây cơn đau thắt ngực

Tim hoạt động như một cái bơm, có nhiệm vụ co bóp máu vào động mạch tới các cơ quan tổ chức trong cơ thể, khi tim giãn ra hút máu từ ngoại vi về tim.

Hoạt động của hệ tuần hoàn đảm bảo cho máu thực hiện chức năng của máu. Bản thân tim được nuôi dưỡng bởi một hệ thống mạch máu gọi là mạch vành.

Cơn đau thắt ngực (Bệnh thiếu máu cơ tim) là hậu quả của hẹp hay tắc một hoặc nhiều nhánh động mạch vành do xơ vữa động mạch vành hoặc do huyết khối động mạch vành

Tùy theo mức độ tổn thương thiếu máu cơ tim mà biểu hiện lâm sàng là cơn đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim.



Hình 1. Sự hình thành của mảng xơ vữa

1.2. Khái niệm

Heberden mô tả năm 1772: Cơn đau thắt ngực là hội chứng đau, với đặc tính “**có thắt, lo âu, cảm giác khó chịu trong ngực**”, do **giảm cung cấp oxy cho cơ tim** trong chốc lát tuyệt đối hay tương đối.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

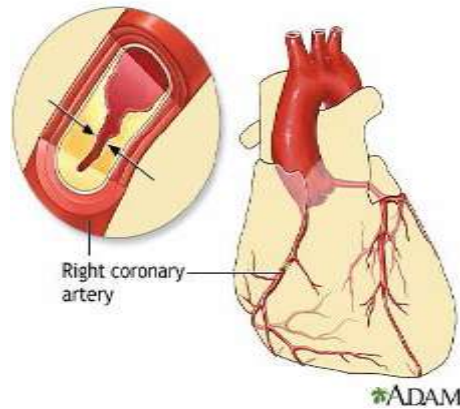
2.1. Nguyên nhân

- Bệnh động mạch vành (95%):

- + Xơ vữa gây bít tắc.
- + Co thắt, viêm, dị dạng bẩm sinh động mạch vành

- Bệnh van tim, bệnh cơ tim (ít gặp):

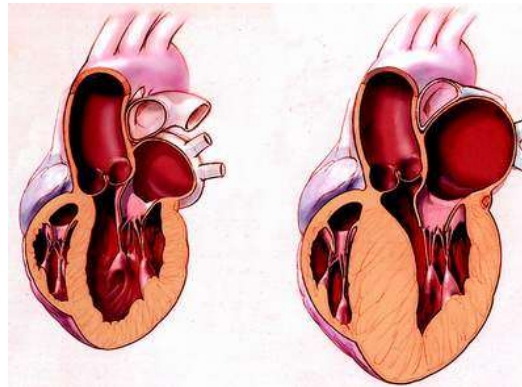
- + Hẹp van hai lá.



Hình 2. Hình ảnh xơ vữa động mạch vành

- + Hở van động mạch chủ.

- + Bệnh cơ tim phì đại.



Hình 3. Hình ảnh cơ tim bình thường và bệnh cơ tim phì đại

2.2. Yếu tố nguy cơ

Cơn đau thường gặp ở nam giới trên 40, nữ trên 45 tuổi. Xuất hiện sau:

- Gắng sức: mang nặng, leo cao, đi bộ nhanh, giao hợp...
- Bị lạnh đột ngột: thay đổi nhiệt độ đột ngột, uống nước đá...
- Ăn no quá, ăn các món ăn lâu tiêu, ăn quá nhanh...
- Sang chấn tinh thần (Stress).
- Thiếu máu (giảm lượng oxy trong máu).
- Nhịp nhanh, sốc (giảm lưu lượng tim và lưu lượng vành).
- Cường giáp trạng (tăng nhu cầu sử dụng oxy cơ tim).

Những yếu tố này chỉ gây cơn đau thắt ngực khi động mạch vành đã có tổn thương.

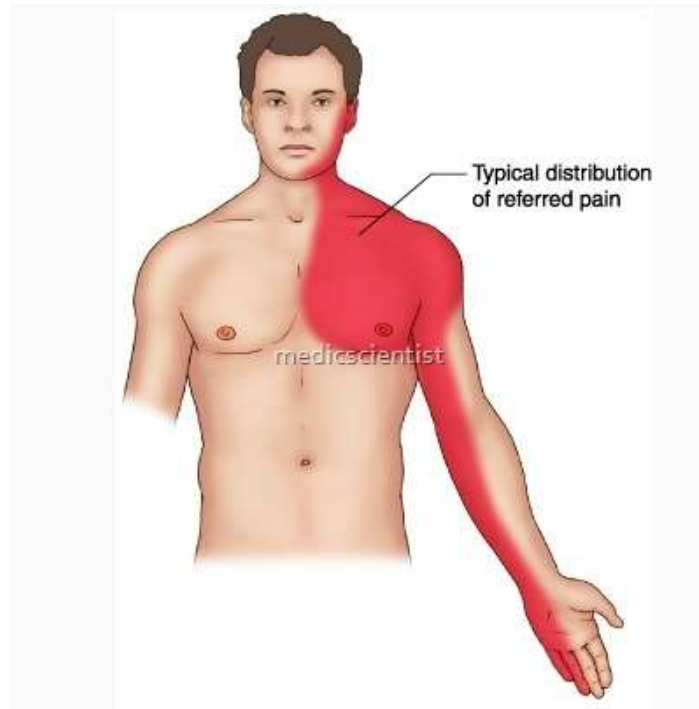
III. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Cơn đau thắt ngực điển hình

- Hoàn cảnh xuất hiện: Thường xảy ra sau một hoạt động gắng sức, giao hợp, nhiễm lạnh đột ngột, xúc cảm mạnh... đau giảm khi nghỉ ngơi.

- Vị trí đau, hướng lan: Thường đau vùng sau xương ức, ngang ngực, lan lên vai trái, ra phía mặt trong của cánh tay và bàn tay trái, có khi đến tận ngón út bên trái. Có trường hợp lan lên cổ hàm dưới bên trái, thậm chí như đau răng.



Hình 4. Vị trí hướng lan cơn đau thắt ngực điển hình

- Tính chất: Cảm giác ngực như thắt lại, nghẹt thở, bị đè nặng trước ngực và đôi khi cảm giác buốt giá.

- Thời gian đau: Thông thường cơn đau kéo dài từ vài giây tới vài phút. Một cơn đau kéo dài quá 20 phút nghĩ đến nhồi máu cơ tim.

- Tác dụng của Nitroglycerin: Đặt dưới lưỡi, thuốc có tác dụng cắt cơn đau sau vài phút. Đây là một test có giá trị trong chẩn đoán cơn đau thắt ngực.

- Triệu chứng kèm theo trong khi lên cơn đau: người bệnh khó thở, hồi hộp trống ngực, vã mồ hôi, đau đầu, buồn nôn, nôn...



Hình 5. Hình ảnh bệnh nhân bị cơn đau thắt ngực

3.1.2. Cơn đau thắt ngực không điển hình

- Cơn đau có hoàn cảnh xuất hiện khác thường:
 - + Đau xảy ra khi bệnh nhân đang nghỉ ngơi.
 - + Đau xảy ra vào ban đêm, vào một giờ nào đó.
- Cơn đau có vị trí đau khác thường:
 - + Đau vùng thượng vị hay mỏm ức.
 - + Đau lan lên vai phải, tay phải, vùng giữa hai bả vai, lan xuống bụng.
- Đau có cường độ nhẹ:

Chỉ có cảm giác tức nặng vùng trước tim, tê dại tay trái, nghẹt thở, ho.

- Cơn đau Prinzmetal (cơn đau do co cứng mạch).

Các cơn đau xảy ra bất cứ lúc nào, nhưng không xảy ra khi gắng sức kể cả gắng sức mạnh.

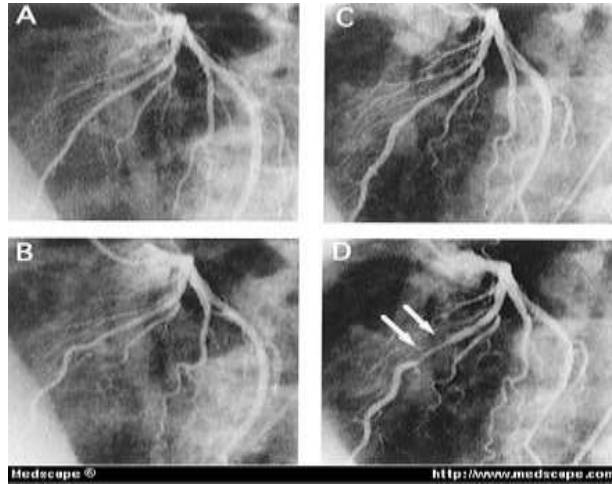
- Cơn đau thắt ngực thất thường (thường gọi là cơn đau liên tiếp, cơn đau tiền nhồi máu):
 - + Cơn đau thắt ngực mọi khi vẫn có, nay đột nhiên thay đổi tính chất.
 - + Cường độ đau nhiều hơn, xuất hiện dày hơn, kéo dài hơn, không giảm khi ngậm Nitroglycerin. Có những cơn xuất hiện ngay cả lúc nghỉ.

3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- * Điện tâm đồ:

- Trong lúc đang có cơn đau: đoạn ST chênh xuống 2-3mm ở các chuyển đạo ngoại biên và các chuyển đạo trước tim trái. Nếu cơn đau Prinzmetal ST chênh lên.
- Ngoài cơn đau điện tâm đồ đa số lại trở về bình thường hoặc có hình ảnh nhồi máu cơ tim cũ, phì đại tâm thất trái, rối loạn nhịp tim các kiểu.
- Để xác định chẩn đoán, đôi khi phải làm điện tâm đồ gắng sức.

* Chụp động mạch vành: hình ảnh hẹp động mạch vành



Hình 6. Hình ảnh chụp mạch vành có thuốc cản quang

IV. XỬ TRÍ

* Xử trí trong cơn đau:

- Khi đang hoạt động gắng sức mà xuất hiện cơn đau, phải tự dừng ngay hoạt động lại và nằm nghỉ ngơi.

- Nên chuẩn bị sẵn thuốc giãn mạch vành, khi xuất hiện cơn đau liền ngậm ngay một viên, cơn đau sẽ hết sau vài phút. Có thể dùng một trong các loại sau:

+ Nitroglycerin 0,15-0,6mg ngậm dưới lưỡi.

+ Nitromint 2,6mg ngậm dưới lưỡi.

* Can thiệp mạch vành:

- Nong ép trong lòng động mạch vành, đặt stent.

- Phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành.

V. DỰ PHÒNG

- Điều trị nguyên nhân và loại bỏ yếu tố làm khởi phát cơn đau:

+ Bệnh nhân học cách thích nghi mọi hoạt động như đi lại sinh hoạt, lao động phù hợp với tình trạng của cơ tim. Nên ăn ít mỗi bữa nhai chậm, tránh lạnh và thay đổi nhiệt độ đột ngột, tránh xúc động quá mức.

+ Không hút thuốc lá, kiêng rượu mạnh, các chất kích thích...

+ Điều trị rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường...

- Dùng thuốc dự phòng: Nitrit, thuốc kháng canxi, thuốc chẹn beta, thuốc chống tập kết tiểu cầu ... Nhưng cần phải có chỉ định và theo dõi chặt chẽ của thầy thuốc chuyên khoa.

- Luôn mang thuốc giãn mạch vành bên người, vì cơn đau thắt ngực xảy ra bất kỳ lúc nào.

- Điều trị can thiệp nếu có chỉ định.

VI. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

6.1.1. Hỏi bệnh

- Xác định các triệu chứng cơ năng như đau ngực, khó thở.
- + Điều kiện xuất hiện cơn đau: Tự nhiên, sau lao động gắng sức, do stress tinh thần, bữa ăn thịnh soạn....
- + Vị trí, tính chất cơn đau: Cảm giác xuất hiện từ từ hay đột ngột.
- + Thời gian kéo dài của cơn đau.
- + Các triệu chứng khác kèm theo: Đau đầu, buồn nôn, hồi hộp, đánh trống ngực.
- + Tính chất, mức độ khó thở.
- Tiền sử bệnh:
 - + Đau ngực, tim mạch, tăng huyết áp.
 - + Tiền sử dùng thuốc: Thuốc gì đã dùng, loại nào có hiệu quả nhất.

6.1.2. Thăm khám

- Quan sát màu da, sắc mặt.
- Đo mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ
- Kiểm tra nhịp tim: Nghe tim, điện tim.

6.1.3. Thu thập thông tin từ các giấy ra viện, chuyển viện, bệnh án, phiếu xét nghiệm (chụp Xquang tim phổi, điện tim, men tim...).

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

6.2.1. Giảm đau, giảm lo lắng

- Để người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối: khi phát hiện người bệnh có cơn đau thắt ngực phải cáng người bệnh đến tận giường, không được để người bệnh tự đi.
- Cho người bệnh dùng thuốc giãn động mạch vành.
- Có mặt thường xuyên bên giường bệnh để người bệnh đỡ lo lắng, sợ hãi.

6.2.2. Thực hiện y lệnh

- Y lệnh thuốc: thực hiện tốt công tác “3 tra - 5 đối chiếu”.
- + tác dụng phụ của Nitroglycerin là làm mạch nhanh, đỏ mặt, đau đầu, vì thế khi dùng phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- + Nếu người bệnh tăng huyết áp, khi dùng Adalat phải kiểm tra huyết áp trước và sau khi dùng thuốc.
- Y lệnh xét nghiệm: Cần thực hiện đầy đủ và nghiêm túc, nhất là điện tim, chụp Xquang, siêu âm tim. Thu gom kết quả xét nghiệm giúp cho việc chẩn đoán, chăm sóc theo dõi và điều trị có hiệu quả tốt.

6.2.3. Theo dõi

- Màu da, sắc mặt.

- Nhịp thở, kiểu thở.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp tim (nghe tim, điện tim).
- Tính chất, thời gian cơn đau thắt ngực.
- Trạng thái tinh thần.
- Ăn, ngủ, đại tiểu tiện của người bệnh.

6.2.4. Nuôi dưỡng

Tùy thuộc vào từng hoàn cảnh cụ thể. Nếu người bệnh tăng huyết áp cần thực hiện chế độ ăn nhạt, giảm chất kích thích, hạn chế mỡ, tránh táo bón. Nếu có suy tim cần ăn nhạt, bỏ chất kích thích, bỏ thuốc lá.

6.2.5. Giáo dục sức khỏe, phòng tránh cơn đau.

- Cần có chế độ nghỉ ngơi và làm việc hợp lý, đảm bảo giấc ngủ, không lao động quá gắng sức.
- Tránh xúc cảm, lo lắng, lạnh đột ngột.
- Không dùng chất kích thích như rượu, thuốc lá, cafe. Khi đã có cơn đau thắt ngực phải bỏ thuốc lá tuyệt đối.
- Uống thuốc đầy đủ, đúng giờ theo chỉ dẫn của bác sỹ.
- Định kỳ khám sức khỏe và dùng thuốc theo đơn.
- Đề phòng cơn đau thắt ngực bằng cách luôn mang thuốc giãn mạch vành bên người.

6.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau, giảm lo lắng.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi.
- Nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe, phòng tránh cơn đau.
- Thực hiện theo phân lập kế hoạch chăm sóc.

6.4. Đánh giá

Quá trình chăm sóc người bệnh đau thắt ngực được đánh giá là tốt khi:

- Người bệnh đỡ đau hoặc hết đau ngực.
- Không có biến chứng, đặc biệt là biến chứng nhồi máu cơ tim.
- Các yếu tố khởi phát cơn đau được loại bỏ.
- Người bệnh và gia đình yên tâm phối hợp với nhân viên y tế trong việc chăm sóc, điều trị và tự giữ gìn sức khỏe.

BÀI 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân gây viêm phổi.
2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và nguyên tắc điều trị viêm phổi.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phổi.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi là quá trình viêm nhiễm kết dính ở nhu mô phổi bao gồm viêm phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết và tiểu phế quản tận cùng.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI

1. Nguyên nhân

- Do phế cầu: Là nguyên nhân chủ yếu chiếm 70 - 80%.
- Do liên cầu, tụ cầu, trực khuẩn gram âm ưa khí....

2. Điều kiện thuận lợi

- Cơ thể bị nhiễm lạnh: Thời tiết lạnh, lạnh đột ngột.
- Cơ thể suy yếu: Lao động quá sức, sau mổ, bệnh nặng phải nằm lâu....
- Bị suy giảm miễn dịch: AIDS, điều trị bằng tia xạ, hóa học trị liệu, Corticoid....
- Cản trở lưu thông phổi: Sặc thức ăn, dị vật đường thở....

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Triệu chứng toàn thân

Hội chứng nhiễm khuẩn.

- Sốt cao, rét run, nhiệt độ 39 - 40°C.
- Môi khô, lưỡi bẩn.
- Mạch nhanh.

1.2. Triệu chứng cơ năng.

- Đau ngực bên phổi bị tổn thương.
- Ho: Lúc đầu ho khan, sau ho có đờm.
- Khạc đờm quánh dính màu gạch non hay màu gỉ sắt.
- Khó thở: Nhịp thở nhanh và nông.

1.3. Triệu chứng thực thể

- Khám phổi: Có hội chứng đông đặc, ngoài ra có ran nổ.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
 - + Công thức máu: Bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Tốc độ máu lắng tăng cao.

- Xquang tim phổi: Đám mờ đồng đều hình tam giác đỉnh quay vào trong đáy quay ra ngoài.

IV. BIẾN CHỨNG

Những biến chứng thường gặp:

1. Suy hô hấp cấp

Khó thở dữ dội, môi và đầu chi tím, nhịp thở rất nhanh 60 - 70 lần/phút, mạch rất nhanh.

2. Suy tuần hoàn cấp

Khó thở dữ dội, nhịp thở rất nhanh, môi và đầu chi tím tái, mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ.

3. Áp xe phổi

Tình trạng nhiễm trùng nặng, người bệnh ho và khạc ra mủ.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nguyên nhân.

Kháng sinh liều cao phổ rộng.

2. Điều trị triệu chứng

- Giảm khó thở: Tư thế đầu cao, thông thoáng đường thở, thở oxy.
- Hạ sốt: Thuốc hạ nhiệt, chườm mát.
- Giảm ho, long đờm.

3. Điều trị bằng phục hồi chức năng

Vỗ rung lồng ngực, tập thở.

VI. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Khai thác các triệu chứng cơ năng: rét run, sốt, đau ngực, khó thở.
- Điều kiện khởi phát bệnh.
- Tình trạng toàn thân: Mức độ mệt, đau đầu, tình trạng ăn uống, đại tiểu tiện, những vấn đề gây khó chịu khác....

- Tiền sử: Bệnh hô hấp, các bệnh khác đã mắc, các thuốc đã dùng, tiền sử nghiện hút thuốc, nghiện rượu....

1.2. Thăm khám

- Quan sát và thăm khám:
- + Thể trạng chung.
- + Trạng thái tinh thần.
- + Màu da, sắc mặt.
- + Hình thể lồng ngực, quan sát kiểu thở.
- + Kiểm tra số lượng và tính chất đờm.
- + Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.

1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan

- Giấy ra viện, giấy chuyển viện, đơn thuốc cũ....
- Kết quả xét nghiệm máu, kết quả chụp Xquang tim phổi....
- Tham khảo hồ sơ bệnh án.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Giải quyết những vấn đề khó khăn của người bệnh (ho, khó thở, sốt...).

- Giảm khó thở:
 - + Tư thế người bệnh: Đầu cao.
 - + Thông thoáng đường thở: Nới rộng khuy cài cổ áo, khăn quàng, hút đờm rãi nếu thấy cần thiết.
 - + Thở oxy theo y lệnh.
- Hạ sốt:
 - + Chườm mát.
 - + Dùng thuốc hạ nhiệt; paracetamon.
- Giảm ho:
 - + Giữ ẩm cổ, ngực.
 - + Súc họng và miệng bằng nước muối loãng và ấm, nước TB, nước oxy già.
 - + Dùng thuốc giảm ho theo y lệnh.

2.2. Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản phổi.

- Đảm bảo lượng dịch đưa vào cơ thể đầy đủ.
- Làm ẩm không khí thở để làm loãng và long đờm.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và tập ho.
- + Áp dụng phương pháp ho chủ động, có điều kiện.
- + Khuyến khích người bệnh ho và khạc đờm.

- Áp dụng dẫn lưu tư thế kết hợp làm vật lý trị liệu vùng ngực (gõ, rung, lắc) để dẫn lưu đờm, dịch xuất tiết ra ngoài.

- Hút khí quản nếu người bệnh ho kém, đờm và dịch xuất tiết quá đặc.

2.3. Thực hiện y lệnh

- Thuốc và thủ thuật:

+ Nếu người bệnh ho có đờm thì không dùng thuốc giảm ho, chỉ dùng thuốc giảm ho khi người bệnh ho khan, nhất là những người bệnh có cơn ho dữ dội gây thiếu oxy máu.

+ Không dùng thuốc ngủ, thuốc an thần cho những người bệnh có tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Phải xem xét ý thức và cảm giác của người bệnh trước khi sử dụng thuốc an thần. Trong trường hợp người bệnh vật vã kích thích, rối loạn ý thức, thao cuồng có thể là dấu hiệu của thiếu oxy não, do đó không được dùng thuốc an thần gây ngủ mà cần giải quyết vấn đề thông khí, trao đổi khí cho người bệnh.

+ Khi người bệnh trướng bụng:

Thực hiện y lệnh thuốc chống liệt ruột (nếu có chỉ định).

Đặt ống thông dạ dày hoặc ống thông hậu môn.

+ Cho người bệnh thở oxy theo chỉ định để chống thiếu oxy máu, đặc biệt đối với người bệnh bị bệnh tim kèm theo hoặc có rối loạn về tim mạch.

+ Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ và phụ giúp bác sỹ làm thủ thuật soi hút phế quản trong trường hợp người bệnh ho kém, đờm, dịch xuất tiết quá đặc.

+ Tiến hành các biện pháp hô hấp hỗ trợ cho người bệnh nếu có chỉ định, thông khí cơ học, bóp bóng, thở máy.

- Xét nghiệm:

+ Thực hiện y lệnh lấy máu làm xét nghiệm phân tích khí máu để có hướng xử lý tiếp theo.

+ Cho người bệnh chụp Xquang tim phổi theo y lệnh.

2.4. Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án

- Theo dõi sát tình trạng hô hấp của người bệnh: đặc điểm tính chất của ho, khạc đờm, tần số thở, đau ngực, tính chất hô hấp và nghe phổi. Báo cáo lại cho bác sỹ biết khi có những biểu hiện bất thường.

- Theo dõi các dấu hiệu tím tái, khó thở, thiếu oxy máu và tình trạng ý thức của người bệnh. Khi thấy có những biểu hiện bất thường cần báo cáo cho bác sỹ để kịp thời xử trí.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Nghe phổi và tim để phát hiện những bất thường.

- Theo dõi kết quả xét nghiệm máu, chụp Xquang, đờm.

- Các theo dõi khác: Trạng thái tinh thần, ăn, ngủ, đại tiểu tiện.

2.5. Chế độ vệ sinh, phòng tránh lây lan

- Thường xuyên vệ sinh và chăm sóc môi, miệng, mũi.
- Tăng cường sự thông thoáng khí ở các buồng bệnh.
- Giữ gìn vệ sinh buồng bệnh và vệ sinh người bệnh tốt.
- Hạn chế tiếp xúc.
- Rửa tay trước và sau khi thăm khám, làm thủ thuật trên người bệnh.
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật.
- Xử lý chất thải, dụng cụ dùng cho người bệnh.

2.6. Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống

- Người bệnh cần được nghỉ ngơi hoàn toàn tại giường trong giai đoạn sốt.
- Động viên, giải thích để người bệnh yên tâm, tránh lo lắng về bệnh tật.
- Đảm bảo chế độ ăn uống đầy đủ: Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày và giám sát chế độ ăn uống của người bệnh.
- Không dùng các chất kích thích: rượu, gia vị cay, hút thuốc...

2.7. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.
- Giải thích tác hại của thuốc và khuyên người bệnh bỏ hút thuốc.
- Hướng dẫn chế độ tập luyện và giải thích để người bệnh tự giác tập luyện: Tập thở sâu, tập ho để làm sạch phổi, làm giãn nở phổi và phục hồi chức năng hô hấp.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Thực hiện theo nội dung phân lập kế hoạch chăm sóc:

- Giải quyết những vấn đề khó khăn của người bệnh (ho, khó thở, sốt..).
- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản phổi.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.
- Chế độ vệ sinh, phòng tránh lây lan.
- Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.
- Giáo dục sức khỏe.

4. Đánh giá

Người bệnh viêm phổi được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Các triệu chứng của bệnh hết hoặc thuyên giảm: sốt, ho, khạc đờm, tức ngực, khó thở....
- Không xảy ra các tai biến trong quá trình điều trị.
- Người bệnh ăn ngủ được và yên tâm điều trị

- Các y lệnh điều trị được người bệnh thực hiện đầy đủ, nghiêm túc.
- Không chế được sự an toàn của bệnh.

Người bệnh hiểu và thực hiện được những lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

BÀI 6

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, kể được một số nguyên nhân gây hen phế quản và các loại hen thường gặp.
2. Trình bày được triệu chứng và biến chứng của bệnh hen phế quản.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh hen phế quản.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Hen là hiện tượng viêm, co thắt và gia tăng tính phản ứng của đường thở.

II. NGUYÊN NHÂN

Chẩn đoán nguyên nhân rất khó khăn, nhưng các yếu tố làm khởi phát cơn hen thường thấy là:

1. Dị ứng

- Hít phải những chất và mùi gây kích thích như phấn hoa, mùi sơn, bụi nhà, lông gia cầm, khói thuốc lá, hóa chất...
- Thức ăn: Trứng, tôm, cua, nhộng, cá...
- Vi khuẩn, nấm.
- Thuốc: Vaccin, Penicillin, Aspirin...

2. Nhiễm khuẩn

Là nguyên nhân phổ biến làm khởi phát cơn hen. Cơ chế chưa rõ ràng.

3. Yếu tố vật lý

Sự thay đổi của nhiệt độ, độ ẩm, áp suất khí quyển.

4. Gắng sức

Sau gắng sức thường có thể xuất hiện cơn hen.

5. Stress tinh thần

Yếu tố tinh thần rất quan trọng, nó có thể làm khởi phát cơn hen, làm bệnh nặng hơn hoặc giảm đi. Cơ chế chưa rõ ràng, có thể do rối loạn cân bằng thần kinh thể dịch.

III. PHÂN LOẠI HEN

1. Hen ngoại sinh: Hen dị ứng

- Bệnh có thể xảy ra ở trẻ em và người trẻ tuổi.

- Có tiền sử gia đình về bệnh dị ứng.
- Có tiền sử bản thân về bệnh dị ứng như Eczema, viêm mũi dị ứng.
- Con hen xảy ra liên quan đến yếu tố dị nguyên đặc hiệu.
- Test da dương tính.
- Điều trị bằng phương pháp giải mẫn cảm có kết quả.
- Tiên lượng tốt.

2. Hen nội sinh: Hen nhiễm khuẩn

- Bệnh xảy ra ở người lớn thường trên 35 tuổi.
- Không có tiền sử gia đình.
- Không có tiền sử bản thân về bệnh dị ứng.
- Con hen xảy ra liên quan đến nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Test da âm tính.
- Điều trị giải mẫn cảm không có kết quả.
- Tiên lượng không tốt.

3. Hen hỗn hợp

Phối hợp giữa hen dị ứng và hen nhiễm khuẩn.

4. Hen ác tính

Là trạng thái hen nặng:

- Con hen kéo dài trên 24 giờ.
- Biểu hiện lâm sàng là tình trạng suy hô hấp như: Khó thở, tím môi.
- Dùng các thuốc điều trị thông thường không kết quả.

Thở hen này cần phải cấp cứu khẩn trương vì dễ tử vong do thiếu oxy.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Giai đoạn tiền triệu

Những dấu hiệu báo trước khi cơn hen xuất hiện: Hắt hơi, sổ mũi, ngứa mũi, ngứa mắt, đỏ mắt, chảy nước mắt, ho khan, buồn ngủ, tức ngực....

1.2. Giai đoạn cơn hen

Đặc trưng bằng cơn khó thở với những đặc điểm sau:

- Thường xảy ra vào ban đêm hoặc khi thay đổi thời tiết.
- Khó thở chậm và khó thở chủ yếu ở thì thở ra.
- Trong cơn khó thở thường phát ra những tiếng khò khè cò cữ mà chính người bệnh cũng nghe thấy.
- Khó thở nên người bệnh phải ngửa cổ, há miệng ra để thở, tỳ tay vào thành giường, thành ghế để thở.

- Người bệnh mệt nhọc, vã nhiều mồ hôi, tiếng nói ngắt quãng.

Khám người bệnh trong cơn khó thở thấy:

+ Lồng ngực nở căng, kém di động, gõ quá trong, nghe rì rào phế nang giảm, có ran ngáy ran rít.

- + Nhịp tim nhanh, có thể loạn nhịp, huyết áp tăng.

1.3. Giai đoạn kết thúc cơn hen.

- Cơn khó thở kéo dài 5 - 10 phút hoặc hàng giờ, có khi cả ngày rồi giảm dần và kết thúc.

- Sau khi hết cơn khó thở người bệnh ho nhiều và khạc đờm dãi, đờm trắng, quánh, dính.

2. Cận lâm sàng

2.1. Xquang phổi

Cơ hoành kém di động.

- Hình ảnh xương sườn nằm ngang, các khoang liên sườn giãn rộng.

- Hai phế trường sáng hơn bình thường.

2.2. Chức năng hô hấp

Làm sau cơn hen: Thể tích thở ra tối đa giảm.

2.3. Xét nghiệm phân tích khí máu

Lấy máu động mạch trong cơn hen làm xét nghiệm phân tích khí máu thấy:

- PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng.

- SaO₂ giảm, SaCO₂ tăng.

- pH máu giảm khi có toan hô hấp.

2.4. Xét nghiệm đờm

- Trong đờm có tinh thể Charcot Leyden, bạch cầu ái toan, bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào vi khuẩn.

V. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn.
- Lao phổi: Thường là lao xơ.
- Giãn phế nang.
- Tâm phế mạn.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị trong cơn hen

- Tăng khả năng thông khí cho người bệnh:
- + Tư thế nằm đầu cao.

+ Thông thoáng đường hô hấp: hút đờm giải, đặt ống nội khí quản và thở máy khi có suy hô hấp.

+ Thở oxy.

- Dùng thuốc giãn phế quản: Uống, tiêm, xịt, khí dung.

- Chống viêm: Corticoid.

- Chống nhiễm khuẩn: kháng sinh.

- Điều chỉnh nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

2. Điều trị ngoài cơn hen

- Tìm dị nguyên đặc hiệu và điều trị bằng phương pháp giải miễn cảm (nếu là hen dị ứng).

- Tìm và điều trị gai kích thích như Polip mũi họng, ổ nhiễm khuẩn như viêm mũi, viêm họng, viêm xoang, viêm Amidan và VA ở trẻ em.

- Phục hồi chức năng:

+ Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập ho: Tập thở bụng (thở cơ hoành, thở chụm môi, tập ho và khạc đờm).

+ Nếu người bệnh có ứ đọng đờm giải phải tiến hành vật lý trị liệu: vỗ, rung, lắc kết hợp thở sâu và ho để làm sạch đờm giải ở đường hô hấp.

+ Hướng dẫn khuyến khích người bệnh tham gia luyện tập thể dục thể thao.

VII. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử:

+ Tiền sử bệnh của bản thân: Có bị chàm, dị ứng với thức ăn, dị ứng thuốc, dị ứng thời tiết.

+ Tiền sử về những đợt ho và cò cử, tiền sử bị nhiễm khuẩn gần đây nhất.

+ Tiền sử gia đình về bệnh dị ứng.

- Điều kiện hoàn cảnh sinh sống và làm việc.

- Phát hiện các triệu chứng hiện tại: ho, khó thở, khạc đờm....

+ Có những triệu chứng về khó thở và ho không? Khó thở có thành cơn không? Cơn khó thở thường xuất hiện khi nào? Kéo dài bao lâu? Có thường xuyên không?

+ Khi khó thở có âm sắc gì bất thường không? Loại gắng sức nào?

+ Người bệnh có ho không? Ho khan hay ho có đờm? Số lượng? Màu sắc, tính chất của đờm?

+ Vào thời gian nào trong ngày người bệnh cảm thấy khó thở nhất?

1.2. Thăm khám

- Quan sát theo dõi:

+ Tình trạng toàn thân: Thể trạng chung của người bệnh, trạng thái tinh thần (mệt mỏi, lo lắng, bồn chồn...).

+ Tình trạng hô hấp: Đếm nhịp thở, nhận xét tính chất thở, quan sát sự co kéo của các cơ hô hấp và cánh mũi (ở trẻ em), tư thế người bệnh khi thở, đặc điểm ho và tính chất đờm.

+ Tình trạng tuần hoàn: Mạch, huyết áp, màu sắc da, niêm mạc.

+ Các biểu hiện khác: Thân nhiệt, ăn ngủ, đại tiểu tiện....

1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan

- Giấy ra viện lần trước, đơn thuốc, giấy chuyển viện.

- Kết quả xét nghiệm: Xquang tim phổi, điện tim....

- Tham khảo hồ sơ bệnh án: Y lệnh....

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Giảm khó thở

Khó thở của người bệnh hen phế quản là do co thắt phế quản, phù nề niêm mạc và tiết dịch nhầy.

- Thực hiện y lệnh điều trị: Thuốc giãn phế quản, thuốc co mạch, Corticoid, thở oxy.

- Thực hiện các hành động chăm sóc:

+ Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao để thuận lợi cho sự hô hấp.

+ Nới rộng quần áo, khuy cài, khăn quàng cổ.

+ Vỗ rung phổi.

+ Hút đờm giải.

+ Tăng cường lượng dịch vào cơ thể để làm loãng dịch xuất tiết.

+ Khi người bệnh thở oxy: chăm sóc ống thông, mũi, miệng.

2.2. Thực hiện y lệnh

* Thuốc:

- Thực hiện tốt công tác 3 kiểm tra 5 đối chiếu.

- Cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ với nồng độ 70 – 75% hoặc qua ống thông mũi hầu, nhất là ở người bệnh hen phế quản mạn tính phải rất cảnh giác với sự ngừng thở.

- Dùng thuốc giãn phế quản:

+ Dùng Diaphylin hoặc Aminophylin cần pha dung dịch Glucose ưu trương, tiêm tĩnh mạch chậm khoảng 3 – 5 phút. Có thể pha vào dung dịch Glucose đẳng trương truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

+ Dùng Salbutamol ống truyền tĩnh mạch hoặc hít qua bơm (xịt, khí dung).

+ Dùng Corticoid qua đường khí dung, tiêm tĩnh mạch, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc uống.

+ Khi dùng kháng sinh điều trị hen bội nhiễm phải thận trọng khi sử dụng penicillin hoặc các dẫn xuất bán tổng hợp vì các thuốc này dễ gây dị ứng.

+ Dùng thuốc làm lỏng và loãng đờm như Acetylcystein cần phải cho uống sau khi ăn để tránh ảnh hưởng đến niêm mạc dạ dày.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch và điện giải theo chỉ định.

+ Chuẩn bị đầy đủ phương tiện: Thuốc, dụng cụ thở oxy, dụng cụ hô hấp hỗ trợ để khi cần thiết có thể cấp cứu người bệnh kịp thời.

* Xét nghiệm:

- Xét nghiệm máu: Ngoài các xét nghiệm cơ bản như ure máu, đường máu, công thức máu, cần làm thêm xét nghiệm phân tích khí máu (PaO_2 , PaCO_2 , SaO_2) pH máu.

- Thăm dò chức năng hô hấp.

- Chụp Xquang phổi.

- Xét nghiệm đờm.

2.3. Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án

- Tình trạng hô hấp:

+ Màu sắc da, niêm mạc.

+ Tần số, biên độ thở.

+ Sự đáp ứng với thuốc điều trị.

+ Nồng độ khí trong máu động mạch và độ pH của máu.

- Con khó thở: Thời gian xuất hiện, diễn biến, khoảng cách các cơn, điều kiện khởi phát.

- Tình trạng tuần hoàn: Mạch, huyết áp.

- Thân nhiệt, cân nặng, nước tiểu trong 24 giờ.

- Lập bảng theo dõi cân bằng dịch hàng ngày, ghi chép chính xác.

- Các biểu hiện khác: Ho, khạc đờm, ăn ngủ, đại tiểu tiện, trạng thái tinh thần.

- Kết quả xét nghiệm: Điện giải đồ, Hematocrit.

2.4. Chế độ vệ sinh phòng chống nhiễm khuẩn

- Thường xuyên vệ sinh da, vệ sinh thân thể, chăm sóc môi miệng mũi.

- Tăng cường sự thông thoáng khí ở các buồng bệnh.

- Giữ gìn vệ sinh buồng bệnh và vệ sinh người bệnh tốt.

- Hạn chế tiếp xúc.

- Rửa tay trước và sau khi thăm khám làm thủ thuật trên người bệnh.

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật.

- Xử lý chất thải, dụng cụ dùng cho người bệnh.

2.5. Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống

- Đảm bảo nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi của người bệnh không bị ảnh hưởng cần đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, dễ thở. Người bệnh cần được nằm ở buồng riêng, yên tĩnh, hạn chế sự gây ồn, tiếng động.

- Áp dụng những động tác làm người bệnh dễ ngủ: Xoa bóp, tâm sự, an ủi, ru ngủ (nếu là trẻ nhỏ).

- Hạn chế những yếu tố gây căng thẳng cho người bệnh: Động viên an ủi, luôn có mặt trong cơn hen, giải thích cho người bệnh hiểu biết về bệnh của mình để người bệnh yên tâm, tin tưởng vào sự phục vụ của nhân viên y tế.

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, cho người bệnh uống nhiều nước để làm lỏng và loãng đờm. Hạn chế các thức ăn tanh, không cho người bệnh dùng các loại thức ăn mà trước đó người bệnh đã bị dị ứng, các thức ăn cay, nóng (ớt, hạt tiêu).

2.6. Giáo dục sức khỏe

* Hạn chế các yếu tố khởi phát bệnh:

- Không dùng đồ len dạ, lông thú, hạn chế bụi khói.

- Không nuôi những con vật ưa thích: mèo, chim, chó cảnh.

- Không trồng cây có phấn hoa, nấm mốc.

- Không hút thuốc lá.

- Tránh gắng sức và các yếu tố gây stress.

- Không ra khỏi nhà khi độ ẩm ngoài trời quá cao hoặc khi môi trường ở bên ngoài quá ô nhiễm.

- Hạn chế dùng thuốc men:

+ Dùng thuốc theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

+ Không dùng thuốc quá liều, không lạm dụng thuốc giãn phế quản và thuốc co mạch.

+ Không dùng các loại thuốc hay gây dị ứng như Pelicillin, vitamin B1.

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ về bệnh của mình (bệnh hen phế quản không chữa khỏi được nhưng có thể kiểm chế được nó) để người bệnh tự bảo vệ sức khỏe.

- Khuyến người bệnh đi khám bệnh ngay nếu thấy có sự bất thường về hô hấp hoặc các nhiễm khuẩn khác.

- Hướng dẫn cách phục hồi chức năng hô hấp: tập thở, tập ho và khạc đờm, gõ, vỗ, rung, lắc lồng ngực, tập thể dục thể thao.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Thực hiện theo nội dung phân lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm khó thở.

- Thực hiện y lệnh.

- Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

- Chế độ vệ sinh.

- Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.
- Giáo dục sức khỏe.

4. Đánh giá

Người bệnh hen phế quản được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Chức năng hoạt động hô hấp trong giới hạn bình thường.
 - Kết quả xét nghiệm: pH máu, điện giải đồ trong giới hạn bình thường.
 - Không bị nhiễm khuẩn, không bị các biến chứng.
 - Người bệnh được nghỉ ngơi và ngủ đủ, ăn uống tốt.
 - Giảm được mức độ lo lắng về bệnh cho người bệnh biểu hiện qua thái độ của người bệnh yên tâm tin tưởng và bằng lòng về sự chăm sóc điều trị của nhân viên y tế.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh và tự giác thực hiện những hành động để phục hồi sức khỏe, không chể bệh.

BÀI 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của loét dạ dày – tá tràng.*
2. *Trình bày được các biến chứng của bệnh loét dạ dày – tá tràng.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh loét dạ dày – tá tràng.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh loét dạ dày – tá tràng là một bệnh đã được biết từ hơn 1 thế kỷ nay, nhưng nguyên nhân cũng như cơ chế sinh bệnh học vẫn còn nhiều bí ẩn. Đây là một bệnh khá phổ biến ở nước ta cũng như ở các nước khác trên thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới, loét dạ dày nhiều hơn loét tá tràng.

- Vị trí ổ loét: Hay gặp nhất ở hành tá tràng, bờ cong nhỏ, hang vị và môn vị, hiếm gặp hơn ở các vị trí khác (bờ cong lớn, tâm vị...)

- Số lượng ổ loét thường chỉ có một ổ loét cong cũng có thể có 2 – 3 ổ loét. Kích thước ổ loét với đường kính dưới 2cm hay gặp.

- Sinh lý bệnh:

+ Sự mất cân bằng giữa yếu tố gây loét và yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày. Đây là giả thuyết hiện nay được nhiều người công nhận nhất. Hiện tượng loét xảy ra là do tăng nồng độ hoặc hoạt độ acid clohydric và men Pepsin hoặc do sự giảm sự chống đỡ bình thường của niêm mạc dạ dày – tá tràng. Khi niêm mạc đã bị tổn thương thì không có khả năng đủ tiết chất nhớt để có tác dụng như một hàng rào bảo vệ, chống lại acid clohydric.

+ Vai trò của *Helicobacter Pylori* – một loại xoắn khuẩn gram âm quan trọng trong bệnh sinh của loét dạ dày, tá tràng.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh loét dạ dày – tá tràng có thể biểu hiện ở thể điển hình hoặc không điển hình.

Thể điển hình

Bệnh biểu hiện bởi hội chứng loét:

Đau bụng là triệu chứng chính:

+ Đau bụng vùng thượng vị hơi lệch sang phía bên trái, đau xuyên ức lên và ra sau lưng.

- + Đau như bỏng rát hoặc đau quặn, đau xoắn, đau âm ỉ.
- + Đau có tính chất chu kỳ.

Đau theo nhịp điệu với bữa ăn (đau khi đói, ăn vào đỡ đau – đó là loét hành tá tràng; đau sau khi ăn vài giờ - đó là loét dạ dày). Đau như vậy trong thời gian 1,2 hay 3 tuần lễ rồi tự nhiên hết đau.

Thời kỳ không đau kéo dài trong nhiều tuần lễ hoặc nhiều tháng, có khi cả năm và đến năm sau vào mùa rét, một chu kỳ đau mới (như trên) lại xuất hiện. Càng về sau đau dần dần mất tính chất chu kỳ, có nhiều đợt đau trong năm và rồi đau liên tục.

-Ợ hơi, ợ chua, ợ nóng.

1.2. Thể không điển hình

Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng đau bụng, ợ hơi, ợ chua, ợ nóng và biểu hiện đột ngột bởi một biến chứng (chảy máu tiêu hóa, thủng ổ loét...)

2. Cận lâm sàng

2.1. Chụp Xquang dạ dày tá tràng: có thể phát hiện ổ loét.

2.2. Nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống soi mềm

Nhìn thấy trực tiếp ổ loét ở vị trí nào, số lượng, kích thước ổ loét và các tổn thương khác kèm theo. Đây là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán loét dạ dày – tá tràng.

2.3. Xét nghiệm dịch vị trong dạ dày.

Thấy được độ acid tăng trong loét tá tràng và độ acid giảm trong loét dạ dày.

2.4. Tìm *Helicobacter Pylori* trong các mảng sinh thiết niêm mạc dạ dày

* Một số điểm so sánh giữa loét dạ dày và loét tá tràng.

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

III. CÁC BIẾN CHỨNG

1. Chảy máu tiêu hóa

Chảy máu tiêu hóa là biến chứng hay gặp nhất của loét dạ dày - tá tràng.

Chảy máu tiêu hóa với nhiều mức độ, biểu hiện bằng nôn ra máu, ỉa phân đen. Nếu mất nhiều máu thì kèm theo mạch nhanh, huyết áp hạ, có thể trụ tìm mạch và tử vong nếu không được xử trí cấp cứu kịp thời và đúng cách.

2. Thủng ổ loét

Người bệnh đột nhiên đau dữ dội vùng thượng vị, đau như dao đâm. Khám thấy bụng cứng như gỗ và các triệu chứng của sốc xuất hiện (mạch nhanh, nhỏ, huyết áp tụt...).

3. Hẹp môn vị

Người bệnh ăn không tiêu, đầy bụng, buồn nôn, nôn ra thức ăn của bữa trước hoặc ngày hôm trước. Chất nôn có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men. Khám bụng thấy có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng lách ọc ách lúc đói.

4. Ung thư hóa

Loét dạ dày có thể ung thư hóa.

IV. ĐIỀU TRỊ

Chiến lược chung điều trị loét dạ dày - tá tràng là phải điều trị nội khoa đúng cách và đầy đủ trước, nếu không có kết quả mới phải phẫu thuật (cắt dây thần kinh phế vị, cắt 2/3 dạ dày).

1. Điều trị nội khoa

1.1. Chế độ ăn uống

(Xem phần chăm sóc người bệnh loét dạ dày - tá tràng).

1.2. Các thuốc điều trị loét dạ dày – tá tràng.

- Các thuốc có tác dụng đến vỏ não và thân não có tác dụng điều hòa co bóp dạ dày và tổng thức ăn nhanh.

- Các thuốc ức chế bài tiết HCl (thuốc chống cơ quan thụ cảm Muscarine M₁, thuốc chống thụ thể H₂, thuốc ức chế bơm Proton, thuốc chống Gastrine...).

- Thuốc tạo màng bọc bảo vệ niêm mạc dạ dày (nhờ khả năng hấp thu H⁺ hoặc khả năng chống thấm, chống nhiễm khuẩn, chống viêm tại chỗ...) do đó cũng làm liền sẹo ổ loét.

- Thuốc diệt Helicobacter Pylori.

Các thuốc ức chế bơm Proton và thuốc tạo màng bọc (Bismuth) cũng có tác dụng diệt Helicobacter Pylori. Các loại kháng sinh diệt Helicobacter Pylori có nhiều loại, nhưng có 4 loại có tác dụng nhất là Amoxycillin, Tetracyclin, Clarithromycin, nhóm 5 Metronidazol.

- Một số thuốc thường dùng:

+ Thuốc ức chế bài tiết HCl:

Gastrozepin.

Cimetidin, Ranitidin, Nizatidin, Famotidin.

Omeprazol

+ Thuốc tạo màng bọc:

Bismuth (có hiệu quả nhất).

Gastropulgite (trung hòa độ pH).

+ Thuốc kháng sinh: Amoxycillin, Tetracyclin, Metronidazol.

1.3. Điều trị ổ loét chảy máu

- Nếu người bệnh chảy máu vừa và nhẹ có thể dùng thuốc tiêm Cimetidin, Omeprazol.

- Nếu chảy máu nặng và quá nặng cần phải mổ cấp cứu (thuốc chỉ là tạm thời để chờ mổ cấp cứu). Có thể cầm máu qua nội soi nếu kết quả tốt thì không cần mổ.

* Phương pháp điều trị loét dạ dày – tá tràng.

Kháng sinh 7 - 10 ngày.

Bismuth 10 ngày hoặc 4 tuần (tùy biệt dược).

Thuốc kháng toan 6 - 8 tuần.

Thuốc ức chế bài tiết HCl 4 - 6 tuần.

2. Điều trị ngoại khoa

Được chỉ định trong những trường hợp sau đây:

- Biến chứng của loét dạ dày – tá tràng.

+ Chảy máu tái phát nhiều lần hoặc chảy máu nặng điều trị nội khoa không có kết quả.

+ Biến chứng thủng ổ loét.

+ Hẹp môn vị.

+ Nghi ngờ loét ung thư hóa.

- Loét dạ dày - tá tràng được điều trị nội khoa đúng phương pháp trong nhiều năm mà không có kết quả, người bệnh vẫn đau nhiều.

V. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Đau bụng ở vùng nào (vùng thượng vị hơi lệch sang trái, xuyên lên ức và ra sau lưng), cảm giác đau như thế nào (đau bỏng rát, quặn, xoắn, đau âm ỉ), đau vào lúc nào (khi đói, khi no, mùa nào trong năm)?

-Ợ hơi, ợ nóng.

- Tìm hiểu chế độ ăn uống (đặc biệt uống rượu, hút thuốc, cà phê, chè đặc, gia vị...), điều kiện sống và làm việc có căng thẳng không và tiền sử gia đình có người loét tá tràng không, tiền sử dùng thuốc chữa các loại bệnh khác.

1.2. Thăm khám

Tìm các triệu chứng thực thể:

- Quan sát thể trạng chung, da và niêm mạc, tư thế của người bệnh.
- Số lượng và màu sắc của chất nôn, phân và nước tiểu.
- Đo dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Quan sát và sờ nắn vùng thượng vị.
- Cận lâm sàng (nếu có).

1.3. Thu thập các kết quả đã có (*Kết quả nội soi, phim chụp dạ dày - tá tràng, xét nghiệm...và giấy ra viện lần trước*) của người bệnh loét dạ dày – tá tràng, tham khảo hồ sơ bệnh án.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Chế độ nghỉ ngơi, giảm đau và giảm lo lắng cho người bệnh

- Người bệnh cần được nghỉ ngơi, tránh suy nghĩ căng thẳng. Nếu người bệnh đỡ đau nhiều thì nghỉ ngơi hoàn toàn, khi đỡ đau có thể đi lại nhẹ nhàng.

Người điều dưỡng cần quan tâm chăm sóc và giải thích những ý kiến của người bệnh, hướng dẫn người bệnh các phương pháp thư giãn để giảm bớt lo lắng.

- Chườm nóng vùng thượng vị khi đau (trừ trường hợp có biến chứng chảy máu).
- Người bệnh có thể dùng thuốc an thần gây ngủ (nếu mất ngủ).

2.2. Chế độ ăn uống

- Trong đợt đau nên cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, mềm (cháo, sữa, súp...), ngoài đợt đau cho ăn uống bình thường. Chú ý không nên ăn thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh.

- Ăn nhẹ từng ít một, không nên ăn nhiều và quá nhanh.
- Khuyến người bệnh uống nhiều nước (chống acid).
- Không rượu, café, chè đặc, gia vị, thuốc lá, thức ăn chua cay, thức ăn dễ lên men chua.

2.3. Thực hiện y lệnh thuốc (xem phần điều trị nội khoa)

2.4. Theo dõi, phát hiện các biến chứng và ghi hồ sơ bệnh án.

- Chảy máu tiêu hóa: Người bệnh nôn ra máu, ỉa phân đen, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, thở nhanh. Xử trí bằng cách: đo các dấu hiệu sinh tồn (30 phút/lần), đo lượng nước tiểu để phát hiện các dấu hiệu vô niệu, cho thở oxy, truyền dịch, truyền máu theo y lệnh của thầy thuốc, đặt ống thông dạ dày để hút máu đọng trong dạ dày, đặt người bệnh ở tư thế an toàn để phòng chống sốc và thực hiện y lệnh thuốc, xét nghiệm, chụp Xquang....

- Thủng ổ loét: Người bệnh đau bụng dữ dội vùng thượng vị, đau như dao đâm, bụng cứng như gỗ và xuất hiện triệu chứng sốc. Xử trí bằng cách báo ngay cho thầy thuốc để mổ cấp cứu.

- Hẹp môn vị: Người bệnh chán ăn, ăn không tiêu, buồn nôn, nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày hôm trước, có mùi đặc biệt. Xử trí bằng cách: cho người bệnh ăn nhẹ, ăn lỏng, ăn từng ít một, đặt ống thông dạ dày khi người bệnh trướng bụng và chuẩn bị đầy đủ khi có chỉ định rửa dạ dày, nội soi dạ dày. Nếu xử trí nội khoa không kết quả sẽ chuyển sang ngoại khoa.

- Ung thư hóa: Chỉ gặp trong loét dạ dày.

2.5. Giáo dục sức khỏe.

- Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức về bệnh loét dạ dày - tá tràng để giúp cho họ tránh được những yếu tố làm cho bệnh nặng thêm.

- Hướng dẫn chế độ ăn uống (ăn những thức ăn mềm, dễ tiêu, ăn chậm....kiêng các chất kích thích như rượu, café, chè đặc, ớt, hạt tiêu...).

- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, làm việc phù hợp, thay đổi lối sống để hạn chế bệnh tái phát.

- Hướng dẫn thực hiện thuốc theo chỉ định của thầy thuốc.

- Đề phòng các biến chứng loét dạ dày – tá tràng.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- Chế độ nghỉ ngơi, giảm đau và giảm lo lắng cho người bệnh.

- Chế độ ăn uống.

- Thực hiện đầy đủ và chính xác các y lệnh của thầy thuốc.

- Theo dõi phát hiện các biến chứng và ghi hồ sơ bệnh án.

- Giáo dục sức khỏe.

4. Đánh giá

- Toàn trạng sau khi thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- Tình trạng đau bụng hoặc giảm hết.

- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi phù hợp.

- Thực hiện y lệnh thuốc, cần lâm sàng đầy đủ và chính xác.

- Theo dõi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng.

BÀI 8

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE GAN

MỤC TIÊU

1. Kể được nguyên nhân gây áp xe gan.
2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng của áp xe gan.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh áp xe gan.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan là một bệnh trong đó có một hoặc nhiều ổ mủ trong nhu mô gan. Tuyệt đại đa số trường hợp là một ổ áp xe gan duy nhất, thường nằm ở thùy gan phải.

Kích thước của ổ áp xe cũng rất khác nhau, trung bình từ 5 - 6cm với 500 - 600ml mủ, mủ không có mùi, màu socola, màu cà phê sữa hoặc màu trắng xanh.

II. NGUYÊN NHÂN

Ở Việt Nam, những nguyên nhân thường gặp của áp xe gan là:

- Áp xe gan do amip: Hay gặp nhất (80%).
- Áp xe gan đường mật do sỏi và giun đũa.
- Áp xe gan do nhiễm khuẩn đường máu: Nguồn gốc nhiễm khuẩn có thể ở xa gan như viêm ruột thừa hoặc do tiếp giáp như viêm túi mật và áp xe dưới cơ hoành.

III. TRIỆU CHỨNG CỦA ÁP XE GAN DO AMIP

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Thể điển hình

Là thể hay gặp nhất và có 3 triệu chứng chủ yếu hợp thành tam chứng Fontan (sốt, đau hạ sườn phải và gan to):

- Sốt: Có khi sốt cao thành cơn (39 - 40°C), có khi sốt 5 - 7 ngày, có khi sốt kéo dài vài tháng hoặc sốt ngắt quãng. Sốt thường là triệu chứng đầu tiên, sốt 3 - 4 ngày sau đó mới có đau hạ sườn phải và gan to, nhưng cũng có thể xảy ra đồng thời với hai triệu chứng đó.
- Đau hạ sườn phải và vùng gan: Mức độ đau khác nhau tùy trường hợp. Ở mức độ nhẹ là cảm giác nặng nề, căn cứ từng lúc một; mức độ nặng là đau làm cho người bệnh khó chịu không dám cử động, hoặc ho, thở mạnh. Đau có tính chất kéo dài suốt ngày đêm (khác với tính chất đau trong sỏi mật đau thành cơn, đau quặn).

- Gan to và đau: Gan to 3 - 4 cm dưới sườn phải, mềm, nhẵn, bờ tù, ấn đau và điểm đau tương ứng với ổ áp xe.

- Ấn kỹ liên sườn thấy có một điểm đau nhói hay đau trội. Có thể thấy da vùng gan nóng hơn bình thường, đỏ và phù nề.

Ngoài tam chứng Fontan còn gặp một số triệu chứng lâm sàng khác như rối loạn tiêu hóa, ăn kém, gầy sút, cổ trướng (hậu quả suy dinh dưỡng), tràn dịch màng phổi (ổ áp xe ở cao gây phản ứng viêm do tiếp cận).

1.2. Thể không điển hình

Ngoài thể áp xe gan điển hình còn gặp một số thể áp xe gan không điển hình, chẩn đoán xác định khó khăn.

- Thể không sốt (chiếm tỷ lệ 9,3%): Sốt rất ít, vài ba ngày rồi hết hẳn làm cho người bệnh không để ý đến, chỉ thấy đau hạ sườn phải, gầy sút....

- Thể sốt kéo dài: Sốt kéo dài hàng tháng, sốt liên tục hoặc ngắt quãng, gan không to và thậm chí không đau.

- Thể có vàng da (chiếm tỷ lệ 3%): Thể này nặng và dễ nhầm với áp xe ở sâu trong gan hoặc ổ áp xe nhỏ.

- Thể không đau (chiếm tỷ lệ 1,9%): Gan to nhưng không đau do ổ áp xe ở sâu trong gan hoặc ổ áp xe nhỏ.

- Thể có suy gan: Do ổ áp xe quá to phá hủy 50% tổ chức gan và người bệnh có thể chết vì hôn mê gan.

- Thể áp xe gan trái (chiếm tỷ lệ 3 – 5%): Thể này xác định chẩn đoán khó khăn, áp xe gan dễ vỡ vào màng tim gây tràn dịch màng tim.

- Thể phổi, màng phổi: Do viêm nhiễm ở gan lan lên gây phản ứng màng phổi hay vỡ ổ áp xe gan lên. Thể này rất ít gặp, rất dễ nhầm lẫn với một số bệnh ở màng phổi, chẩn đoán xác định áp xe gan rất khó vì triệu chứng áp xe gan không có hoặc lu mờ.

- Thể có tràn dịch màng ngoài tim: Ngay từ đầu khi hình thành ổ áp xe ở gan đã có biến chứng vào màng ngoài tim, các triệu chứng về áp xe gan bị che lấp và rất dễ bị lạc hướng xác định bệnh áp xe gan.

- Thể giả ung thư gan: Gan to và cứng hoặc người bệnh gầy sút nhanh và nhiều, dễ nhầm lẫn với ung thư gan.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng (nhất là bạch cầu đa nhân trung tính), tốc độ lắng máu tăng.

- Xquang: Cơ hoành phải bị đẩy lên cao, kém di động, có thể có tràn dịch màng phổi. Các dấu hiệu Xquang này rất thường gặp trong áp xe gan (chiếm tỷ lệ 80% các trường hợp áp xe gan).

- Soi ổ bụng: Qua soi ổ bụng có thể nhìn thấy trực tiếp ổ áp xe (khối lồi lên mặt trên hoặc mặt dưới gan với những biểu hiện của viêm nhiễm như xung huyết, phù nề, dày

đỉnh). Có thể chỉ nhìn thấy dấu hiệu gián tiếp của áp xe gan như gan to và những biểu hiện viêm nhiễm (như trên) chiếm từng phần của gan. Có những trường hợp áp xe gan không biểu lộ ra bên ngoài hoặc ở vùng gan mà soi ổ bụng không thể nhìn thấy được.

- Siêu âm gan: Siêu âm gan là phương pháp hiện đại rất tốt để xác định các tổn thương giới hạn của gan, cho biết một vùng khuyết lõang giảm âm; số lượng và kích thước của ổ áp xe.

- Các phản ứng huyết thanh như miễn dịch huỳnh quang với amip, phản ứng Elisa là những phản ứng rất có giá trị để chẩn đoán áp xe gan amip với độ nhạy và tính đặc hiệu rất cao (đương tính khi trên 1/160 đối với phản ứng miễn dịch huỳnh quang và trên 1/200 đối với phản ứng Elisa).

- Tìm amip trong phân và soi tươi mủ từ ổ áp xe có thể tìm được amip (không tìm thấy amip cũng không loại trừ áp xe gan do amip).

IV. BIẾN CHỨNG

Biến chứng do vỡ ổ áp xe gan:

- + Vỡ ổ áp xe gan là biến chứng hay gặp nhất, có thể vỡ tự nhiên hoặc do thăm khám thô bạo, do chấn thương, do chọc dò.... Nhưng đại đa số trường hợp là vỡ ổ áp xe tự nhiên.

- + Vỡ áp xe gan vào phổi (xem phần áp xe gan thể không điển hình).

- + Vỡ vào màng ngoài tim (xem phần áp xe gan không điển hình).

- + Vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể: Biến chứng này hay gặp. Đột nhiên đau bụng, sốt tăng lên, bụng cứng và đau toàn bụng. Khi khám thấy có dịch ở vùng bụng thấp, chọc dò hút được mủ thì cần dẫn lưu ổ bụng kịp thời tránh tử vong vì choáng nhiễm khuẩn.

Có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc khu trú (do các mạc nối và các tạng bao vây ngay lập tức tạo nên ổ mủ khu trú trong ổ bụng.)

- + Vỡ vào ống tiêu hóa (dạ dày, đại tràng) làm cho người bệnh nôn ra mủ, ỉa ra mủ.

- + Vỡ vào thành bụng gây áp xe thành bụng (dễ nhầm với viêm cơ thành bụng). Nếu ăn thủng thành bụng rò ra ngoài tạo thành lỗ rò chảy mủ (dễ nhầm với viêm xương, viêm cơ...).

- Biến chứng chảy máu trong ổ áp xe.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

Ngày nay, chỉ định điều trị nội khoa ngày càng mở rộng và chỉ định điều trị ngoại khoa ngày càng thu hẹp.

- Thuốc:

- + Thuốc thuộc nhóm 5 Metronidazol (Klion, Flagyl...) dùng đường uống hoặc tiêm từ 30 – 40mg/kg hoặc 1,5 – 2 gam/ngày dùng trong 8 đến 10 ngày.

- + Dehydro Emaxin 1- 2mg/ngày/kg trọng lượng cơ thể dùng trong 8 – 10 ngày.
 - + Choloroquin (Delagyl) 0,4mg/ngày dùng trong 8 ngày.
- Sau khi đã tiêu diệt hết amip ở gan, cần tiêu diệt hết amip ở ruột nhất là kén.
- Chọc hút mũ kết hợp với thuốc điều trị amip.

Có thể chọc sớm nếu ổ áp xe quá to, người bệnh đến muộn thường là khi bệnh kéo dài trên 3 tháng và trường hợp điều trị bằng thuốc không khỏi. Có thể chọc hút mũ ổ áp xe dưới sự hướng dẫn của soi ổ bụng và siêu âm. Trong trường hợp điển hình dễ chọc dò thì không cần chọc dò dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc soi ổ bụng. Đại đa số trường hợp chọc hút một lần là đủ, nhưng có một số ít trường hợp có thể phải chọc hút 2 - 3 lần. Chọc hút mũ kết hợp với dùng thuốc có khi khỏi hoàn toàn.

2. Điều trị ngoại khoa

Mô phối hợp với dùng thuốc khi áp xe gan có biến chứng nguy hiểm hoặc dọa có biến chứng, người bệnh đến quá muộn (thường là khi bệnh kéo dài trên 4 tháng), ổ áp xe quá to, gan to quá rón tới hố chậu nếu chọc hút mũ sẽ gây vỡ. Trường hợp áp xe gan đã điều trị thuốc đầy đủ, đúng cách, phối hợp với chọc dò mà không có kết quả thì phải điều trị ngoại khoa. Điều trị ngoại khoa có tỷ lệ tử vong là 2%.

VI. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE GAN

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

Hỏi người bệnh tình trạng sốt, đau hạ sườn phải và vùng gan... thời gian mắc bệnh và tiền sử bệnh lý amip.

1.2. Thăm khám

- Quan sát người bệnh mệt mỏi, gầy sút, da vàng, môi khô, lưỡi bẩn....
- Đo nhiệt độ, đo mạch, huyết áp và nhịp thở.
- Khám bụng và ấn kê liên sườn tìm vị trí đau, xác định gan to.

1.3. Thu thập các kết quả cận lâm sàng đã có và tham khảo hồ sơ bệnh án

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Chế độ nghỉ ngơi

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tùy theo tình trạng và hạn chế vận động. Khi di chuyển người bệnh cần phải nhẹ nhàng tránh gây đau đớn và vỡ ổ áp xe. Người bệnh có thể đại tiểu tiện tại giường nếu bệnh nặng.

- Theo dõi các dấu hiệu bất thường có thể xảy ra của người bệnh.

2.2. Thực hiện y lệnh (xem phần điều trị).

2.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng áp xe gan và ghi hồ sơ bệnh án (xem phần biến chứng).

2.4. Chế độ ăn uống

- Cho người bệnh uống nước đầy đủ (1,5 – 2,5l/24 giờ), cho uống nhiều lần, mỗi lần ít một và kiêng rượu.

- Ăn đủ calo (2400 – 3000 calo/24 giờ), ăn lỏng, dễ tiêu, ăn nhiều bữa với những thức ăn giàu protit, vitamin (cháo thịt, sữa, súp thịt, nước hoa quả....).

2.5. Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách phòng bệnh như ăn uống hợp vệ sinh các bệnh lý amip, giun sán và tẩy giun theo định kỳ, không uống rượu, khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn phải đến cơ sở y tế để khám kịp thời và thực hiện chế độ thuốc theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- Chế độ nghỉ ngơi.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và phát hiện các biến chứng của áp xe gan, ghi hồ sơ bệnh án.
- Chế độ ăn uống.
- Giáo dục sức khỏe: Thực hiện theo phần kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

Người bệnh áp xe gan được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh hết sốt và hết đau bụng.
- Không sút cân và thực hiện chế độ ăn uống đầy đủ.
- Không có biến chứng.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh áp xe gan và cách phòng bệnh.

BÀI 9

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân xơ gan.
2. Trình bày được các triệu chứng và biến chứng của xơ gan.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh xơ gan.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xơ gan là một bệnh mãn tính trong đó có 3 loại tổn thương:
 - + Thoái hóa nhu mô gan.
 - + Xơ hóa tổ chức liên kết.
 - + Tăng sinh tế bào gan mới, tạo nên những hạt tái tạo, làm đảo lộn cấu trúc bình thường của gan.
- Có hai loại xơ gan: xơ gan phì đại và xơ gan teo.
- Bình thường gan nặng khoảng 1,2 - 1,5kg. Khi phì đại, gan có thể nặng tới 2 - 3kg, khi teo nhỏ, gan chỉ còn khoảng 500gr (0,5kg).
- Khi xơ gan, mật độ gan cứng chắc, màu sắc thay đổi từ đỏ nhạt đến vàng nhạt, mặt gan mất tính nhẵn bóng mà trở nên lằn sần, mấp mô do tổ chức gan thay đổi và có những u cục do tái tạo tế bào gan mới.

II. NGUYÊN NHÂN XƠ GAN

Nguyên nhân xơ gan được chia thành ba nhóm (nhóm xơ gan với nhân tố bệnh căn đã xác định, nhóm xơ gan với nhân tố bệnh căn còn tranh cãi và nhóm xơ gan với nhân tố bệnh căn chưa rõ). Trong bài này chỉ nêu nguyên nhân xơ gan với nhân tố bệnh căn đã được xác định.

1. Xơ gan do viêm gan virus

Có 7 loại virus gây viêm gan: A, B, C, D, E, F, G nhưng có hai loại virus được xác định gây viêm gan là B và C có tỷ lệ người nhiễm đưa đến xơ gan cao nhất.

2. Xơ gan do rượu (uống nhiều rượu)

3. Xơ gan do ứ mật kéo dài

Ứ mật thứ phát trong sỏi mật, viêm chít đường mật, giun chui ống mật... và ứ mật nguyên phát (hội chứng Hanot).

4. Xơ gan do ứ đọng máu tại gan kéo dài

Do suy tim, viêm màng tim do dày dính (hội chứng Pick), viêm tĩnh mạch trên gan (hội chứng Budd chiari), tắc tĩnh mạch gan, bệnh hồng cầu hình liềm (ở châu Phi).

5. Xơ gan do nhiễm độc hóa chất và do thuốc

Hóa chất DDT, Methotrexat, urethan, phospho, tetraclorea, cacbon...thuốc INH, Clopromazin, Rifampycin, Sulfamid, Phenylbutazon, Aspirin...

6. Xơ gan do rối loạn chuyển hóa chất

Bệnh do nhiễm sắc tố sắt (Hemochromatose), rối loạn chuyển hóa đồng rối loạn chuyển hóa porphyrin.

7. Xơ gan do rối loạn di truyền

Bệnh thiếu hụt alpha - 1 antitrypsin, thiếu hụt bẩm sinh enzym 1 phosphat - aldolase.

8. Xơ gan lách to kiểu Banti

Ở Việt Nam có nhiều trường hợp lách to do sốt rét hoặc lách to không rõ nguyên nhân sau nhiều năm xuất hiện xơ gan.

9. Xơ gan do suy dinh dưỡng

10. Xơ gan do ký sinh vật: sốt rét, sán máng và sán lá gan.

Ở Việt Nam nguyên nhân gây xơ gan thường gặp là do viêm gan virus, do nhiễm độc rượu, do suy dinh dưỡng, do ứ máu, ứ mật kéo dài trong gan.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Xơ gan tiềm tàng

Xơ gan tiềm tàng (giai đoạn còn bù hay giai đoạn sớm), giai đoạn gan còn khả năng bù trừ và sinh sản lớn.

Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, người bệnh vẫn làm việc bình thường, có một số triệu chứng gợi ý:

- Người mệt mỏi, chán ăn, ăn khó tiêu.
- Rối loạn tiêu hóa: phân lúc lỏng lúc táo bón (nhưng phân lỏng là chủ yếu) trướng hơi, đầy bụng khó tiêu.
- Đau nhẹ hạ sườn phải.
- Chảy máu cam, chảy máu chân răng.
- Gan, lách có thể to.

1.2. Xơ gan giai đoạn mất bù

Biểu hiện lâm sàng bằng hai hội chứng chính: suy chức năng gan và tăng lực tĩnh mạch cửa.

- Hội chứng suy chức năng gan:
 - + Toàn trạng sức khỏe giảm sút, khả năng làm việc giảm.
 - + Rối loạn tiêu hóa: đầy bụng, trướng hơi và ăn uống kém.
 - + Có thể vàng da (trong đợt tiến triển bệnh) và sạm da do lắng đọng sắc tố melamin.
 - + Có thể do xuất huyết dưới da, chảy máu cam, chảy máu chân răng.

- + Có thể sốt nhẹ do hoại tử tế bào gan, xơ gan ung thư hóa.
- + Phù hai chi dưới, phù mềm ấn lõm.
- + Gan thường teo nhỏ, có thể có gan to với mật độ chắc và bờ sắc.
- + Có cổ trướng (ít hoặc hàng chục lít), cổ trướng tái phát nhanh là biểu hiện của chức năng tế bào gan suy kém trong việc tổng hợp protein (đây là dịch thẩm tỷ lệ 25 gam protein/lít).
 - Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:
 - + Có lách to dưới bờ sườn vài centimet hoặc lách rất to có thể là nguyên nhân gây xơ gan (không phải lách to là hậu quả của xơ gan).
 - + Cổ trướng.
 - + Tuần hoàn bàng hệ vùng trên rốn và hai bên mạn sườn, đây là tuần hoàn bàng hệ của chủ do cản trở sự trở về của máu (khi người bệnh nằm thì có thể tuần hoàn bàng hệ không rõ).

2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm

Xét nghiệm máu ngoại vi: thường có thiếu máu (trường hợp có xuất huyết tiêu hóa sẽ có thiếu máu nhược sắc, huyết sắc tố giảm), số lượng tiểu cầu thường giảm.

- Các xét nghiệm chức năng gan suy giảm rõ rệt:
 - + Điện di protein albumin huyết tương giảm < 40%, Gamma globulin tăng, tỷ lệ A/G nhỏ hơn 1.
 - + Tỷ lệ Prothrombin hạ thấp.
 - + Cholesterol – este hóa giảm.
 - + Amoniac máu tăng (nhất là ở máu động mạch).
 - + Nghiệm pháp galactose niệu dương tính.
 - + Các phản ứng lên bông dương tính khi viêm tổ chức liên kết.
 - + Bilirubin máu tăng cao và phosphataza kiềm trong huyết thanh tăng, khi ứ mật.
- Do hoại tử tế bào gan, các enzym chuyển vận amin: transaminaza (SGOT và SGPT) tăng rõ rệt khi xơ gan tiến triển.
 - Xét nghiệm vi thể: chọc hút tế bào gan hoặc sinh thiết gan.

2.2. Các phương pháp thăm dò hình thái của gan.

- Siêu âm gan: gan to và sáng, bờ gan không đều do các cục u trên mặt gan và bờ gan, thùy đuôi của gan to ra, gan teo nhỏ, có dịch cổ trướng, lách to, tĩnh mạch gan bị hẹp lại, tĩnh mạch cửa giãn rộng lớn hơn 1,2cm.
 - Soi ổ bụng:
 - + Mặt gan mất tính nhẵn bóng, mà trở nên lằn sần, mấp mô, màu sắc thay đổi từ đỏ nhạt sang vàng nhạt.
 - + Bờ gan mấp mô, không đều.

- + Qua soi ổ bụng có thể sinh thiết gan để làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Nội soi thực quản - dạ dày:
- + Giãn tĩnh mạch thực quản, có thể giãn toàn bộ tĩnh mạch lòng thực quản (từ độ 1 - 4).
- + Mạch máu ở tâm vị, phình vị lớn cũng có thể giãn hoặc có vằn đỏ niêm mạc.

IV. BIẾN CHỨNG

Xơ gan là bệnh mang tính chất mãn tính, có từng đợt tiến triển làm bệnh nặng dần với hai hội chứng suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trên lâm sàng, nếu cổ trướng dai dẳng, dùng lợi tiểu ít có tác dụng, chọc tháo nước trướng tái phát nhanh thì trường hợp đó có tiên lượng xấu, nếu vàng da kéo dài là triệu chứng nặng, nếu tình trạng tinh thần lơ mơ, đáp ứng chậm, trí nhớ kém, phản xạ giảm hoặc ngược lại có tình trạng tinh thần kích động, nói nhiều nhưng lú lẫn, thậm chí la hét giãy giụa là tình trạng nặng có thể dẫn đến hôn mê gan. Xơ gan teo có tiên lượng xấu hơn xơ gan to.

- Biến chứng chảy máu tiêu hóa: do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc chảy máu ở nhiều nơi (ngoài da, chân răng lợi hoặc chảy máu lan tràn ống tiêu hóa). Đó là tình trạng nặng. Nếu chức năng gan còn bù, được điều trị kịp thời thì người bệnh có thể qua khỏi, nếu chức năng gan mất bù thì người bệnh đi vào hôn mê gan và tử vong.

- Xơ gan ung thư hóa: 30 - 80% người bệnh ung thư gan trên nên xơ gan.

- Rất dễ nhiễm khuẩn (viêm phổi, lao phổi, nhiễm khuẩn đường ruột gây ỉa chảy) và khi bị nhiễm khuẩn dễ làm cho tình trạng xơ gan nặng hơn.

- Hôn mê gan: thường xảy ra sau các yếu tố thuận lợi (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, xuất huyết tiêu hóa) hoặc là giai đoạn cuối cùng của suy gan.

- Nhiễm khuẩn dịch cổ trướng.

V. ĐIỀU TRỊ

Điều trị xơ gan cần tránh các yếu tố gây hại cho gan như rượu, một số thuốc và hóa chất độc cho gan, duy trì và bồi dưỡng chức năng gan.

1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống (xem phần chăm sóc)

2. Chế độ thuốc

- Nhóm thuốc cải thiện chuyển hóa tế bào gan glucose uống hoặc tiêm truyền vitamin nhóm B và C, acid folic, các thuốc tăng chuyển hóa mật (viên cao và nước sắc actiso).

- Truyền albumin 10 – 20%, plasma tươi hoặc các dung dịch đạm (moriamin, alversin...) nếu tỷ lệ albumin huyết tương giảm dưới 40g/l, nếu biểu hiện rối loạn não - gan thì truyền dung dịch đạm có một số acid amin có khả năng vận chuyển amoniac để làm giảm NH₃ trong máu (như moriamin, omicetin, coenzym A...)

- Tiêm testosterone để tăng cường đồng hóa đạm.

- Nhóm thuốc glucocorticoid điều trị xơ gan tiên phát, xơ gan không phải do nguyên nhân virus, ở giai đoạn tiến triển của bệnh, không dùng ở trường hợp đang có cổ trướng, phù to, vàng da nặng, viêm loét ống tiêu hóa.

- Điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản: truyền máu, truyền dịch đảm bảo khối lượng tuần hoàn như một cấp cứu nội khoa, cầm máu bằng ống thông có bóng chèn (blakemore sengoteken), cầm máu bằng ống thông Linton khi giãn tĩnh mạch dạ dày, cầm máu qua nội soi (tiêm thuốc gây xơ mạch qua nội soi ống mềm polydocanol...)

- Thuốc làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa:

+ Vasopressin tiêm mạch 20 - 40 đơn vị (có thể pha trong dịch truyền đẳng trương).

+ Somatostatin (stilamin) tiêm tĩnh mạch 50 μ g - 250 μ g (có thể trong dịch truyền đẳng trương).

+ Sandostatin pha với dung dịch muối sinh lý truyền với tốc độ 25 μ g/giờ trong 5 ngày.

+ Nitroglycerin (Lenitral) viên 2,5mg, uống 2 - 4 viên/ngày.

3. Điều trị cổ trướng

- Chỉ chọc tháo cổ trướng khi quá căng to và không nên chọc tháo khi có xuất huyết tiêu hóa, nhiễm khuẩn nặng. Mỗi lần chọc tháo từ 1 - 3 lít.

- Truyền lại dịch cổ trướng trong điều kiện vô khuẩn.

- Thuốc lợi tiểu chống đào thải kali (Aldacton, Spironolacton có thể dùng kéo dài vài tháng đến vài năm).

4. Điều trị trong đợt tiến triển có hoại tử tế bào gan.

Có thể dùng các thuốc giảm men gan như: Fortec, Nissel, Omitan...

VI. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ GAN

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Phát hiện các triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, chán ăn, ăn khó tiêu, loạn tiêu hóa, đau bụng hạ sườn phải, chảy máu cam, chảy máu chân răng, sức khỏe toàn thân và khả năng lao động giảm sút.

- Hỏi tiền sử tật như viêm gan virus, nghiện rượu, sốt rét...

1.2. Thăm khám

Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để nhận định người bệnh ở giai đoạn xơ gan tiềm tàng hay giai đoạn xơ gan mất bù.

- Quan sát toàn trạng, tình trạng tinh thần, da và niêm mạc.

- Khám phát hiện xuất huyết, phù, gan to, lách to, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ...

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, số lượng và tính chất nước tiểu phân. Cân nặng (nếu có phù) và đo vòng bụng khi có cổ trướng.

1.3. Thu thập các kết quả xét nghiệm, siêu âm gan, soi ổ bụng, nội soi thực quản – dạ dày và tham khảo hồ sơ bệnh án.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống

- Trong giai đoạn xơ gan tiến triển, người bệnh cần được nghỉ ngơi tuyệt đối nhằm giảm sự đòi hỏi của cơ thể với các hoạt động chức năng gan.

- Chế độ ăn: cần ăn nhiều đạm (100g/ngày), nhiều hoa quả tươi để cung cấp vitamin, đảm bảo cung cấp 2500 – 3000 calo/ngày. Nếu có dấu hiệu não – gan (tiền hôn mê gan) thì ăn hạn chế đạm, nếu có hiện tượng ỉa mỡ thì ăn hạn chế thức ăn mỡ, nếu có phù và cổ trướng thì ăn nhạt. Tuyệt đối không uống rượu.

2.2. Thực hiện y lệnh thuốc: (xem phần điều trị xơ gan)

2.3. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các biến chứng của xơ gan, ghi hồ sơ bệnh án: xem phần biến chứng xơ gan.

2.4. Chế độ vệ sinh

Vệ sinh mũi, miệng: cần được đặc biệt chú ý khi người bệnh có chảy máu răng lợi, chảy máu cam.

2.5. Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi hoàn toàn khi bệnh tiến triển, thực hiện y lệnh thuốc, xét nghiệm, siêu âm, soi ổ bụng..., chế độ ăn uống và theo dõi sức khỏe tại cơ sở.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.
- Thực hiện y lệnh thuốc.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, các biến chứng xơ gan và hôn mê gan, ghi hồ sơ bệnh án.
- Chế độ vệ sinh.
- Giáo dục sức khỏe: thực hiện theo phân lập kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

Người bệnh xơ gan được xử trí và chăm sóc tốt khi:

- Hết vàng da.
- Hết phù hoặc phù giảm.
- Cổ trướng và tuần hoàn bàng hệ giảm.
- Không chảy máu cam, chảy máu chân răng và dưới da.
- Không xảy ra biến chứng.
- Người bệnh không sụt cân, ăn uống ngon miệng, không uống rượu và có sự hiểu biết nhất định về bệnh để phòng bệnh tiến triển.

BÀI 10

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM GIUN, SÁN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm gây bệnh của các loại giun, sán.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh nhiễm giun, sán.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Ký sinh trùng đường ruột chủ yếu là giun, sán và amip. Các loại giun gồm có giun đũa, giun kim, giun móc. Các loại sán gồm sán lợn, sán bò. Có nhiều loại amip sống trong đại tràng của người, nhưng chỉ có loại *Entamoeba Histolytica* là gây bệnh. Trong bài này chỉ đề cập tới người nhiễm giun, sán.

1. Giun đũa

- Giun đũa gặp nhiều nhất ở xứ nóng và ở trẻ em. Bình thường, giun sống ở ruột non, số lượng có thể đến vài trăm con. Giun cái có thể đẻ khoảng 200.000 trứng một ngày và trứng theo phân ra ngoài, gặp điều kiện thuận lợi sau một thời gian tự phát triển thành ấu trùng. Khi người ăn phải ấu trùng giun đũa nhờ dịch vị và sự co bóp của dạ dày, ấu trùng thoát khỏi vỏ, rồi qua niêm mạc ruột non đi vào máu, qua tĩnh mạch trên gan với tĩnh mạch cửa để vào gan theo tĩnh mạch trên gan tới tĩnh mạch chủ trên vào tim phải và từ tim phải theo động mạch phổi vào phổi, lên hầu, rồi rơi vào thực quản, xuống ruột non trở thành giun trưởng thành.

- Trong nhiều trường hợp người bệnh nhiễm giun đũa không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Có trường hợp tự nhiên người bệnh ỉa ra giun đũa, có thể có đau bụng, ỉa chảy, buồn nôn và nôn.

- Một số biến chứng của bệnh giun đũa: tắc ruột do có nhiều giun đũa, giun chui lên ống mật làm cho người bệnh đau dữ dội và có thể viêm đường mật, sỏi mật và áp xe gan, giun chui lên tụy gây viêm tụy cấp.

- Điều trị: dùng thuốc tẩy giun Levamisol, Mebendazol.

2. Giun kim

- Giun kim rất hay gặp, bệnh do giun kim thường nhẹ và dai dẳng. Giun kim trưởng thành sống ở hồi tràng và manh tràng. Giun cái theo đường ruột ra hậu môn và đẻ trứng ở nếp hậu môn (vài ngày) trứng phát triển thành ấu trùng sau 4 đến 6 giờ và có khả năng gây bệnh. Người bệnh có thể bị lây truyền trực tiếp giun kim (trứng giun kim dính vào

tay khi gãi hậu môn và đưa tay lên miệng) hoặc gián tiếp (qua thức ăn, nước uống có nhiễm giun kim)

- Biểu hiện lâm sàng của người bệnh nhiễm giun kim: hay gặp nhất là ngứa hậu môn vào ban đêm, gãi và mất ngủ, ít gặp trường hợp đau bụng, ỉa chảy, viêm âm hộ, âm đạo ở trẻ gái.

- Điều trị: dùng thuốc tẩy giun kim Piperazin, Mebendazol.

3. Giun móc

- Giun móc trưởng thành sống ở tá tràng (vài ngàn con), cắm chắc vào niêm mạc tá tràng để hút máu. Sau khi hút đầy máu thì giun rời chỗ và làm cho vết thương tiếp tục chảy máu. Giun cái đẻ trứng ở ruột non, trứng theo phân ra ngoài phát triển thành ấu trùng và ấu trùng xâm nhập vào cơ thể người qua da, vào máu và cuối cùng đến ruột non trở thành giun móc trưởng thành (sau 45 ngày).

- Biểu hiện lâm sàng: khi ấu trùng xâm nhập qua da làm da mẩn đỏ, ngứa kiểu dị ứng, khi ấu trùng đi qua khí- thanh quản và hầu gây viêm thanh quản, viêm họng, sau một tháng nhiễm giun móc có dấu hiệu viêm tá tràng, tăng bạch cầu ái toan, người bệnh có thể thiếu máu.

4. Sán lợn

- Sán lợn dài 2 – 3cm (có thể dài 8m), đầu sán lợn có 2 vòng móc (25 – 50 móc) và thân có nhiều đốt (730 - 1000 đốt). Trứng của sán lợn theo đốt rụng ra ngoài cùng với phân, ấu trùng nhìn như một hạt gạo mọng nước và thường gặp ở lợn bị nhiễm bệnh. Nếu ăn phải trứng của sán lợn (rau sống, nước uống) sẽ mắc bệnh ấu trùng sán lợn, nếu ăn phải thịt lợn gạo chưa nấu chín sẽ mắc bệnh sán lợn ở thể trưởng thành.

- Biểu hiện lâm sàng: có thể không thấy triệu chứng gì đặc biệt, có thể gặp trường hợp đầy hơi, buồn nôn, táo bón, bị kích thích thần kinh do độc tố của sán. Đôi khi người bệnh có biến chứng mù mắt, tâm thần (nếu ấu trùng cư trú ở mắt, não).

- Điều trị: dùng thuốc Niclosamid.

5. Sán bò

- Sán bò dài từ 4 - 10m, đốt sán già khi rụng từng đốt rời nhau và có khả năng tự động ra ngoài ống tiêu hóa, rơi ra quần áo, ra giường, không cần theo phân. Từng đốt sán bò rụng ra mang theo nhiều trứng, nếu bò ăn phải sẽ mắc bệnh ấu trùng, nếu người ăn phải thịt bò có ấu trùng nấu chưa chín sẽ mắc bệnh sán bò ở thể trưởng thành.

- Biểu hiện lâm sàng: người bệnh thường không có triệu chứng lâm sàng, chỉ thấy những đốt sán bò ở quần áo, có thể có những rối loạn tiêu hóa (đau bụng), thần kinh (khó ngủ dễ bị kích thích, cơn co giật ở trẻ em).

- Điều trị: dùng thuốc Niclosamid.

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM GIUN, SÁN

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử bệnh tật và việc tẩy giun hàng năm.
- Hỏi về ăn uống, sinh hoạt...có liên quan đến bệnh giun sán.
- Đau bụng ở vùng nào và tính chất đau như thế nào?
- Buồn nôn, nôn ra giun.
- Ngứa hậu môn vào ban đêm, gãi và mất ngủ.
- Viêm âm hộ, âm đạo (ở trẻ gái).
- Ía chảy, ỉa ra giun và táo bón.
- Da ngứa và mẩn đỏ như bị dị ứng.
- Viêm họng và viêm thanh quản...

1.2. Thăm khám

- Quan sát toàn thân, xác định tình trạng gầy yếu, suy dinh dưỡng (ở trẻ em), da xanh (lòng bàn tay nhợt ở trẻ em).
- Khám bụng (có thể sờ thấy búi giun).
- Xét nghiệm phân tìm trứng giun, sán.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Thực hiện y lệnh thuốc

Dùng thuốc điều trị giun, sán (như ở mục 1), cụ thể như sau:

- Mebendazol (biệt dược Vermox, Noverme, Ascar)

Viên nén 100mg, dịch uống 20mg/ml.

Chỉ định: tẩy giun đũa, giun kim, giun tóc, giun móc.

Liều dùng:

- + Tẩy giun đũa 200mg/ngày, dùng trong 2 - 3 ngày.
- + Tẩy giun móc 400mg/ngày, dùng trong 4 ngày.
- + Tẩy giun kim 100mg/ngày, sau 2 tuần có thể uống thêm 100mg nữa.
- Levamisol (Decaris, Hacaris...)

Viên nén 30mg, 50mg, 150mg, gói bột 30mg, siro 40 - 50mg/ml.

Chỉ định: tẩy giun đũa, giun móc.

Liều dùng:

- + Tẩy giun đũa 150mg (uống vào sau bữa ăn, trẻ em dùng từ 2,5 - 3mg/kg cân nặng).
- + Tẩy giun móc liều dùng gấp đôi liều trên, uống trong 1 - 2 ngày, sau 1 tuần nếu còn trứng giun có thể dùng một đợt nữa.

2.2. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống vệ sinh

- Nghỉ ngơi, sinh hoạt và làm việc hợp lý.
- Ăn uống đảm bảo dinh dưỡng, cho ăn lỏng và dễ tiêu đối với trẻ em. Ăn sạch, uống sạch, không ăn thức ăn đã bị ô nhiễm, không ăn chưa nấu chín, cần rửa tay sạch trước khi ăn...
- Giữ vệ sinh thân thể, vệ sinh môi trường: xử lý phân nhiễm trứng giun, sán.

2.3. Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn người bệnh và người nhà có ý thức phòng bệnh, phòng tái nhiễm giun, sán bằng cách ăn sạch, uống sạch, ở sạch và có kế hoạch tẩy giun, sán định kỳ 6 tháng/1 lần (trẻ em > 2 tuổi).

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện y lệnh thuốc điều trị bệnh giun, sán.
- Thực hiện chế độ dinh dưỡng và vệ sinh.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình có ý thức phòng bệnh.
- Thực hiện như phần lập kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

Người bệnh được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Xét nghiệm phân không còn trứng giun, sán.
- Người bệnh hết các biểu hiện lâm sàng.
- Người bệnh biết cách phòng tái nhiễm giun, sán.

BÀI 11

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, tác nhân gây bệnh, các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu.*
2. *Trình bày được triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu.*

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA VÀ THUẬT NGỮ

- Nhiễm khuẩn đường tiểu là thuật ngữ để chỉ tình trạng viêm nhiễm niêm mạc đường tiết niệu đặc trưng bởi tăng số lượng vi khuẩn và bạch cầu niệu một cách bất thường.
- Có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của đường tiết niệu: Thận, bàng quang niệu đạo, tiền liệt tuyến, thận, bể thận.
- Tùy theo vị trí tổn thương mà có thuật ngữ tương ứng như viêm bàng quang, viêm niệu đạo (hay nhiễm khuẩn đường tiểu dưới), viêm thận bể thận (hay nhiễm khuẩn đường tiểu trên).

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Chủ yếu là các vi khuẩn đường ruột đứng đầu là E.coli, Proteus, Pseudomonas, nấm candida, enterococcus...

III. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi: Thường xảy ra ở trẻ < 2 tuổi.
- Giới: Nữ mắc cao hơn nam.
- Do các nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu như:
 - + Sỏi thận tiết niệu.
 - + U ở đường tiết niệu.
 - + U bên ngoài chèn vào.
 - + Dị dạng thận niệu quản

IV. ĐƯỜNG XÂM NHẬP

- Chủ yếu là đường ngược dòng:
 - + Do lỗ ngoài niệu đạo nhiễm bẩn: thói quen sinh hoạt, trẻ em.
 - + Do giao hợp không vệ sinh.

- + Do các thủ thuật thông tiểu bàng quang không đảm bảo vô khuẩn.
- Đường máu và bạch huyết.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1 Triệu chứng lâm sàng

- Có thể có sốt hoặc không sốt: Bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiểu dưới (viêm bàng quang niệu đạo) thường không sốt hoặc sốt nhẹ nhưng bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiểu trên (viêm thận bể thận cấp) thường sốt rất cao kèm theo rét run.

- Nước tiểu có thể đục do có mủ, có màu hồng do có máu.

- Hội chứng kích thích bàng quang cấp:

+ Đái buốt.

+ Đái dắt.

+ Có cảm giác rát bỏng vùng bàng quang.

+ Đái máu cuối bãi.

+ Bệnh nhân có thể tiểu tiện nhiều về đêm.

- Đặc biệt chú ý bệnh nhân viêm thận bể thận cấp có thể có biến chứng suy thận cấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn gây tử vong.

5.2. Triệu chứng xét nghiệm

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Hồng cầu, bạch cầu niệu (+).

+ Nuôi cấy nước tiểu có nhiều vi khuẩn (≥ 100.000 vi khuẩn/1ml nước tiểu).

+ Protein niệu (+).

- Xét nghiệm máu:

+ Bạch cầu tăng cao.

+ Máu lắng tăng cao.

VI. ĐIỀU TRỊ

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Có thể dùng các kháng sinh nhạy cảm với vi khuẩn và có nồng độ cao trong nước tiểu như nhóm:

+ Cephalosporin.

+ Aminoglycoside: Gentamycin...

+ Sulfamid.

+ Cloramphenicol.

+ Penicillin.

- Thuốc hạ sốt giảm đau: Paracetamol.

- Truyền dịch, uống nhiều nước.

- Kết hợp điều trị nguyên nhân, điều trị các bệnh có nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu như: sỏi tiết niệu, u tiết niệu...

VII. CHĂM SÓC

7.1 Nhận định:

* Hỏi:

- + Hỏi các triệu chứng của hội chứng kích thích bàng quang;
- + Hỏi tìm nguyên nhân và yếu tố thuận lợi của viêm bàng quang.

* Quan sát: Số lượng, màu sắc nước tiểu.

* Xem các kết quả xét nghiệm.

7.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm giảm cảm giác đau và khó chịu cho bệnh nhân.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi diễn biến và tiến triển của bệnh.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

7.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Làm giảm cảm giác đau và khó chịu cho bệnh nhân

- Khuyến bệnh nhân tắm nước nóng, ngồi ngâm vào chậu nước ấm, chườm nóng để làm giảm đau.

- Dặn bệnh nhân uống nhiều nước làm sạch vi khuẩn đường tiết niệu. Không nên uống các chất kích thích như chè, cà phê, coca.

- Dặn bệnh nhân cứ 2- 3 giờ đi tiểu một lần để tránh ứ đọng nước tiểu, tránh nhịn tiểu.

7.3.2. Thực hiện y lệnh

- Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh của bác sĩ (nên dùng 1 liều vào buổi tối).

- Thực hiện các xét nghiệm:

+ Nước tiểu: Cấy nước tiểu tìm vi khuẩn, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm tế bào.

+ Các thăm dò khác: Xquang, siêu âm, soi bàng quang,...

7.3.3. Theo dõi diễn biến và tiến triển của bệnh

- Theo dõi thể trạng nhiễm khuẩn: tình trạng sốt, đái đục, đái mủ, đái máu,...

- Theo dõi tiến triển các kết quả xét nghiệm.

- Theo dõi các diễn biến bất thường.

7.3.4. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác

7.3.5. Tăng cường chế độ dinh dưỡng để tăng sức đề kháng

7.3.6. Giáo dục sức khỏe

Tăng hiểu biết về bệnh tật cách điều trị và phòng ngừa cho bệnh nhân. Giáo dục cho bệnh nhân biết cách tự chăm sóc:

- Tắm hàng ngày, tốt nhất tắm dưới vòi nước.
- Rửa thật sạch quanh vùng tầng sinh môn, lỗ niệu đạo (chú ý rửa từ trước ra sau) sau mỗi lần đại tiểu tiện.
- Uống nhiều nước hàng ngày.
- Cứ 2-3h tiểu tiện một lần, tránh nhịn tiểu.
- Đối với những bệnh nhân viêm bàng quang tái phát nhiều lần có thể dùng kháng sinh liều thấp và thường xuyên theo dõi nước tiểu.

7.4. Đánh giá chăm sóc:

Chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân giảm hoặc hết các triệu chứng lâm sàng.
- Xét nghiệm không còn vi khuẩn trong nước tiểu.
- Không xảy ra các biến chứng.
- Bệnh nhân biết tự chăm sóc để phòng đợt tái phát.

BÀI 12

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM CẦU THẬN MÃN

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được khái niệm viêm cầu thận mãn và kể được một số nguyên nhân gây viêm cầu thận mãn.*
- 2. Mô tả được triệu chứng và trình bày được biến chứng, cách điều trị của viêm cầu thận mãn.*
- 3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm cầu thận mãn.*

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm cầu thận mãn là hiện tượng viêm nhiễm và gây tổn thương mãn tính kéo dài ở cầu thận dần dần đến suy thận mãn.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm cầu thận cấp điều trị không triệt để, không khỏi, viêm cầu thận cấp có hội chứng thận hư.
- Do các bệnh toàn thể như Luput ban đỏ, Scholein - henoch, ban dạng thấp...
- Do đái tháo đường.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Giai đoạn đầu

Các triệu chứng kín đáo, người bệnh chỉ mệt mỏi, xanh xao và xét nghiệm nước tiểu thấy có protein niệu, hồng cầu niệu, có thể có trụ hạt. Giai đoạn này chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết thận.

1.2. Giai đoạn bệnh rõ

Người bệnh có thể có các triệu chứng sau:

- Phù nhẹ, có khi chỉ nặng mí mắt. Phù trắng, mềm ấn lõm. Nếu bệnh nặng thì phù toàn thân. Nếu có hội chứng thận hư thì kèm theo cổ trướng, tràn dịch màng phổi.
- Huyết áp: 80% người bệnh viêm cầu thận mãn có tăng huyết áp. Người bệnh có thể có biểu hiện mờ mắt, chảy máu cam, hay chóng mặt. Nếu nặng có thể có các biến chứng về não hoặc tim.
- Thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt. Nếu đã có suy thận thì triệu chứng thiếu máu càng rõ.
- Các biểu hiện khác như chán ăn, mệt mỏi, gầy sút, đái đêm.

Giai đoạn nặng của suy thận có thể thiếu niệu hoặc xuất hiện suy tim, phù, gan to, khó thở, có hội chứng u rê máu cao.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu:

- + Giai đoạn tiềm tàng protein niệu 1g/lít, thường gặp protein niệu từ 2 - 3g/lít. Nếu có hội chứng thận hư protein niệu > 3,5g/24 giờ.

- + Có hồng cầu (thường viêm cầu thận mãn ít đái máu đại thể).

- + Trụ hạt.

- Xét nghiệm máu: u rê máu, creatinin máu tăng.

Nếu suy thận thì ure máu, creatinin máu tăng cao, kali máu tăng.

- X quang hai thận teo nhỏ đều nhau (khi đã có suy thận).

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển

- Tiến triển âm ỉ, có những đợt cấp tính (kích phát) làm bệnh nặng thêm rồi dẫn đến suy thận mãn.

- Tiên lượng tùy theo thể bệnh có thể kéo dài 5 - 10 năm, có trường hợp trên 20 năm mới có suy thận. Tiên lượng còn phụ thuộc các yếu tố làm xuất hiện các đợt cấp tính như tăng huyết áp ác tính, nhiễm khuẩn, có thai...

2. Biến chứng

- Suy tim.

- Tai biến mạch máu não.

- Phù phổi cấp.

- Suy thận và các biến chứng của suy thận như kali máu cao, toan máu, hôn mê u rê máu cao...

V. ĐIỀU TRỊ

- Chế độ ăn:

- + Ăn nhạt tương đối.

- + Hạn chế đạm nhiều hay ít tùy thuộc vào lượng ure máu.

- + Khi có suy thận: hạn chế rau quả (nếu kali máu cao), hạn chế chất chua.

- Kháng sinh khi có đợt viêm nhiễm. Tránh các kháng sinh có độc cho thận như Tetracyclin, Claforan, Gentamicin, Streptomycin...

- Điều trị triệu chứng:

- + Thuốc lợi tiểu Furosemid. Uống buổi sáng và chú ý bù đủ kali (nếu không suy thận).

- + Thuốc hạ huyết áp như Dopegyt, Captopril, Nifedipin...

+ Chống thiếu máu như viên sắt, vitamin B₁₂, vitamin C...Nếu nặng thì truyền máu (chỉ truyền hồng cầu rửa hoặc khối hồng cầu khi có suy thận).

Lưu ý không dùng các thuốc độc cho thận.

VI. CHĂM SÓC

1. Nhận định

Xác định mức độ nặng nhẹ của bệnh, đánh giá tình trạng suy thận nếu có và xem bệnh đã có biến chứng chưa.

1.1. Hỏi bệnh

- Xem người bệnh có viêm cầu thận cấp trước đó không? Từ bao giờ? Có được điều trị ở đâu không? Đã dùng thuốc gì?

- Người bệnh có biểu hiện nhưc đầu, mờ mắt, chảy máu cam, hay hoa mắt chóng mặt không? Có bị tăng huyết áp không?

- Người bệnh có nặng mắt không? Có phù không?

- Số lượng nước tiểu trong 24 giờ? Màu sắc nước tiểu? có rối loạn tiểu tiện không?

- Các dấu hiệu khác như mệt mỏi, ăn có ngon miệng không?...

1.2. Thăm khám

* *Quan sát:*

- Thể trạng chung? Gầy? béo?

- Da xanh, niêm mạc nhợt không?

- Tính chất, màu sắc nước tiểu.

- Xem người bệnh có phù không? Vị trí phù?

* *Khám:*

- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.

- Đếm mạch, đo huyết áp.

- Đo nhiệt độ.

- Đếm nhịp thở, quan sát kiểu thở.

- Khám phù, đo cân nặng cho người bệnh.

- Đánh giá trạng thái tinh thần của người bệnh.

1.3. Tham khảo hồ sơ bệnh án và thu thập các thông tin, giấy tờ liên quan

- Chẩn đoán của bác sĩ.

- Y lệnh.

- Các xét nghiệm:

+ Xét nghiệm công thức máu, u rê máu, đường máu.

+ Xét nghiệm nước tiểu (có protein, hồng cầu, trụ hạt).

+ Xét nghiệm u rê máu, creatinin máu, pH máu, điện giải đồ.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Chế độ nghỉ ngơi:

+ Nghỉ ngơi tại giường, nếu có đợt tiến triển cấp tính, bệnh nặng.

+ Trường hợp bệnh nhẹ: người bệnh phải có chế độ nghỉ ngơi đúng, tránh đi lại nhiều, tránh thức khuya, tránh lạnh, tắm gội, rửa tay chân bằng nước ấm.

- Chế độ ăn uống:

Nếu phù thì hạn chế lượng nước đưa vào cơ thể, dựa vào lượng nước tiểu trong 24 giờ của người bệnh, lượng nước mất qua đường tiêu hóa, mồ hôi, đảm bảo cân bằng dịch.

+ Lượng protit, phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh nhưng phải đảm bảo 2000 cal/ngày.

Nếu có suy thận hạn chế protit (0,5g/kg cân nặng), chỉ dùng protit chất lượng cao như trong trứng, thịt nạc (100g thịt lợn nạc có khoảng 20g protein, 100g trứng tương đương với 2 quả trứng có khoảng 13g protein).

+ Ăn nhạt nhưng không cần hạn chế tuyệt đối, hạn chế vừa phải kéo dài. Nếu người bệnh không có tăng huyết áp, suy tim hoặc phù thì không cần hạn chế kéo dài tránh giảm natri máu.

Hạn chế rau quả nếu có kali máu cao.

Hạn chế chất chua nếu có suy thận.

- Chế độ vệ sinh: vệ sinh răng, họng, miệng, vệ sinh thân thể sạch sẽ, thường xuyên chống nhiễm khuẩn.

2.2. Thực hiện y lệnh

- Y lệnh thuốc:

+ Khi thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh chú ý tránh các kháng sinh độc cho thận như Tetracyclin, Claforan, Gentamycin...

+ Khi thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu chú ý cho người bệnh uống buổi sáng và bù đủ kali (nếu chưa suy thận).

+ Khi thực hiện y lệnh thuốc hạ huyết áp như Dopegyt, Captopril, Nifedipin...chú ý đo huyết áp trước và sau khi dùng thuốc cho người bệnh.

- Y lệnh xét nghiệm:

+ Xét nghiệm máu: công thức máu, u rê máu, đường máu, điện giải đồ...

+ Xét nghiệm nước tiểu: Protein niệu, hồng cầu niệu, trụ hạt.

+ X quang thận.

- Thực hiện các thủ thuật như truyền dịch, truyền máu...phải rất thận trọng đề phòng tai biến.

2.3. Theo dõi diễn biến của bệnh để phòng biến chứng và ghi hồ sơ bệnh án.

- Lượng nước tiểu trong 24 giờ, màu sắc, tính chất.

- Huyết áp: nhất là bệnh nhân huyết áp tăng cao, đề phòng biến chứng của tăng huyết áp.
- Mạch: nhất là những người bệnh có suy tim và những người bệnh đang điều trị suy tim.
- Nhiệt độ, nhịp thở.
- Phù và cân nặng.
- Theo dõi về tinh thần, ý thức đề phòng người bệnh hôn mê.
- Theo dõi các xét nghiệm như protein niệu, trụ hạt, điện giải đồ, ure máu, creatinin máu...đánh giá mức độ suy thận.

Theo dõi, đánh giá kết quả chăm sóc và điều trị, đề phòng và phát hiện sớm các biến chứng:

- + Suy tim.
- + Tai biến mạch máu não.
- + Suy thận.

2.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn để người bệnh hiểu và đề phòng các biến chứng của viêm cầu thận mãn.
- Người bệnh tuân thủ chế độ điều trị nhất là chế độ ăn nhạt, nghỉ ngơi theo y lệnh.
- Hướng dẫn người bệnh biết các triệu chứng của viêm cầu thận mãn, biết cách tự phòng tránh các đợt tiến triển cấp tính của viêm cầu thận mãn, tự phát hiện và đi khám kịp thời. Tốt nhất người bệnh nên kiểm tra nước tiểu định kỳ sau khi ra viện (1 - 3 tháng/lần).

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện chăm sóc cơ bản.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi các diễn biến bệnh đề phòng biến chứng, ghi hồ sơ bệnh án.
- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện như phần lập kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

- Người bệnh viêm cầu thận mãn được đánh giá là chăm sóc tốt khi:
 - + Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng dần ổn định, người bệnh ăn ngon miệng, đỡ mệt.
 - + Không xảy ra tai biến và biến chứng trong quá trình chăm sóc và điều trị.
 - + Người bệnh hiểu biết về bệnh, tuân thủ và hợp tác với nhân viên y tế trong quá trình điều trị và theo dõi bệnh.

BÀI 13

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm khớp dạng thấp.*
2. *Trình bày được hướng điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm khớp dạng thấp được coi là bệnh tự miễn. Đó là quá trình viêm thoái hoá tiến triển mạn tính của nhiều khớp, mà vị trí tổn thương đặc trưng là bao hoạt dịch của khớp. Hậu quả dẫn đến đau và mất vận động khớp.

- Đây là một bệnh không gây chết người nhưng gây tàn phế, mất khả năng lao động. Tỷ lệ mắc bệnh cao 1% cho dân số toàn thế giới. Ở Việt Nam tỷ lệ này là 0,5%. Là một bệnh mắc nhiều ở nữ (nữ mắc bệnh nhiều hơn nam từ 2-3 lần). Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ có xu thế cân bằng. Bệnh có thể bắt đầu biểu hiện ở tuổi 20-30 tuổi, nhưng đỉnh cao các triệu chứng ở tuổi 40-50.

- Nguyên nhân của bệnh chưa được xác định rõ. Người ta cho rằng viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn, là một đáp ứng miễn dịch của cơ thể người bệnh với một kháng nguyên chưa rõ nguồn gốc nội sinh hay ngoại sinh. Bệnh xảy ra ở một người có thiên hướng dễ mắc bệnh. Những yếu tố sau được coi là có liên quan đến bệnh:

- + Cơ địa: Bệnh có liên quan đến lứa tuổi và giới tính.
- + Di truyền: Bệnh có tính chất gia đình.
- + Các yếu tố thuận lợi: Bệnh ung thư, suy yếu, mệt mỏi, chấn thương, bệnh truyền nhiễm, lạnh, phẫu thuật...

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. *Triệu chứng lâm sàng:*

Triệu chứng lâm sàng của viêm khớp dạng thấp rất khác nhau, phụ thuộc vào giai đoạn và mức độ của quá trình bệnh. Nói chung khám xét lâm sàng có thể phát hiện các triệu chứng chính sau:

- Triệu chứng ở khớp:
 - + Vị trí tổn thương: hay gặp nhất là ở các khớp bàn tay, bàn chân bao gồm: khớp bàn ngón, khớp ngón gần, khớp ngón xa và cả khớp cổ tay, cổ chân. Rồi sau đó là khớp gối, khớp vai, khớp khuỷu.

- + Tính chất: Các khớp tổn thương có tính chất đối xứng, tính tiến triển, tính cơ năng.
- + Đặc điểm:
 - Giai đoạn đầu thấy khớp sưng to, đỏ, bóng.
 - Giai đoạn sau khớp ít sưng mà chủ yếu là biến dạng khớp.
- + Vận động khớp hạn chế, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng.
- + Khớp bị tổn thương lâu ngày sẽ biến dạng, cứng khớp và lệch trục. Sự biến dạng thường gặp nhất trong viêm khớp dạng thấp xảy ra ở bàn tay và bàn chân. Các hình ảnh biến dạng đặc trưng là: Bàn tay gió thổi, bàn tay hình lưng lạc đà, bàn tay người thợ thừa khuyết, ngón tay hình thoi...
- Triệu chứng ngoài khớp:
 - + Có thể tìm thấy hạt dưới da (còn gọi là các hạt thấp) ở 25% bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Thường hạt dưới da xuất hiện ở gần khớp bị tổn thương với tính chất: cục nổi lên khỏi mặt da, chắc, không đau, không có lỗ dò, không di động vì dính vào nền xương ở dưới. Hay thấy nhất là trên xương trụ gần khớp khuỷu hoặc trên xương chày gần khớp gối. Số lượng có thể từ một đến vài hạt. Các hạt này có thể xuất hiện ở các tổ chức khác nhất là tim và phổi.
 - + Ngoài ra vì viêm khớp dạng thấp là một bệnh hệ thống, nên bệnh nhân còn có nhiều triệu chứng khác như: mệt mỏi, sốt nhẹ, giảm cân, chán ăn, thiếu máu. Giai đoạn muộn có thể xuất hiện hội chứng Sjogren đặc trưng bởi viêm khớp có giảm bài tiết nước bọt và nước mắt.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- X quang khớp: hình ảnh thoái hoá sụn nham nhở, các khe khớp hẹp, giai đoạn muộn các khớp dính thành một khối, hình ảnh khuyết xương.
- Soi khớp: là kỹ thuật chẩn đoán cho phép nhìn thấy bao hoạt dịch, sụn khớp, sụn chêm và các dây chằng. Các nhung mao của bao hoạt dịch viêm xung dày lên và nhợt màu. Tổ chức sụn khớp bị phá huỷ với những sẹo xơ.
- Sinh thiết màng hoạt dịch hoặc sinh thiết hạt dưới da.
- Huyết thanh chẩn đoán là xét nghiệm có ý nghĩa chẩn đoán:
 - + Sự có mặt của yếu tố thấp RF (Rheumatoid Factor) tìm thấy ở trên 80% số bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
 - + C reactive Protein (Protein C phản ứng) (+).
 - + Kháng thể kháng nhân (+).
- Ngoài ra tốc độ lắng máu tăng một cách có ý nghĩa, hồng cầu giảm. Bạch cầu có thể tăng có thể giảm.

III. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là ngăn chặn quá trình viêm do đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Các phương pháp điều trị thuộc vào mức độ và giai đoạn của bệnh.

3.1. Với viêm khớp dạng thấp mức độ nhẹ:

- Chủ yếu áp dụng nhiệt trị liệu (nóng hoặc lạnh trị liệu).
- Kết hợp với luyện tập trị liệu.
- Nghỉ ngơi đúng mức.
- Nếu đau nhiều có thể dùng thuốc:

+ Aspirin: lúc đầu có thể dùng liều đầy đủ để ngăn chặn viêm và giảm đau. Sau đó giảm dần liều.

+ Nếu aspirin không thành công trong việc làm mất đau và hạn chế quá trình viêm có thể dùng thuốc chống viêm giảm đau không có nguồn gốc steroid.

3.2. Với VKDT thể vừa (có ăn mòn khớp trên X quang)

- Chủ yếu là áp dụng dược trị liệu:
- + Dùng các thuốc chống viêm giảm đau không có nguồn gốc steroid như: Ibuprophen, Diclofenac, Voltaren.

Naproxen (Naprosyn).

Indomethacin (Indocin).

Meclofenamate (Meclomen).

- + Có thể do kết hợp với: Hydroxychloroquin (Plaquenil) với liều 200mg/ngày.
- Các phương pháp khác:
- + Nhiệt trị liệu.
- + Thôi miên, châm cứu cũng có thể được áp dụng.

3.3. Với Viêm khớp dạng thấp nặng có ăn mòn khớp tiến triển

Ba phương pháp điều trị chính được áp dụng là: Corticoid, thuốc giảm miễn dịch và điều trị ngoại khoa.

- Corticoid: Thuốc được chỉ định khi bệnh tiến triển nhanh và khi bệnh nhân có những biểu hiện ngoài khớp hoặc có những hội chứng sjogren, thuốc được cho dưới dạng uống hàng ngày:

+ Khi bệnh không còn đáp ứng với liều Steroid uống hàng ngày, có thể thêm một liều duy nhất (liều cao, tác dụng kéo dài) hoặc tiêm hàng ngày corticoid tĩnh mạch tiêm cho đến khi làm giảm được quá trình viêm.

+ Với những khớp lớn, viêm nặng, có thể tiêm corticoid vào tại chỗ làm giảm đau và ngăn chặn viêm tạm thời.

- Thuốc giảm miễn dịch khác:

Các thuốc giảm miễn dịch có khả năng tác động tới sự sản sinh kháng thể ở tế bào do đó ức chế đáp ứng miễn dịch, làm giảm quá trình tiến triển bệnh.

Các thuốc được dùng là: Methotrexat (Mexate); Cyclophosphamid (Cytosan); Azathioprine (Imuran)

- Điều trị ngoại khoa:

Được áp dụng khi bằng tất cả các phương pháp và không giảm được đau và quá trình viêm. Các phương pháp điều trị ngoại khoa bao gồm:

+ Cắt bỏ bao hoạt dịch.

+ Dẫn lưu khớp.

+ Sửa khớp, khâu dây chằng, gân...

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

4.1. Nhận định

* Hỏi bệnh nhân để phát hiện các triệu chứng cơ năng sau đây:

- Các triệu chứng tại khớp:

+ Đau: mức độ đau, dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, thời gian đau, tính chất đau liên quan đến vận động.

+ Hạn chế vận động: mức độ hạn chế? Còn làm được các động tác thông thường tự phục vụ mình: đi lại, vệ sinh tắm rửa, ăn mặc quần áo... hay không? Có cần người giúp đỡ hay không?

- Các triệu chứng toàn thân: mệt, sốt, chán ăn, giảm cân nặng...

* Khám thực thể bao gồm:

- Nhìn: quan sát chung tất cả các khớp: khớp của chi trên, của thân mình và khớp chi dưới. Quan sát từng cặp đối xứng 2 bên, chú ý phát hiện: vị trí khớp tổn thương? Hình dáng, kích thước, màu sắc của khớp.

- Sờ: toàn bộ khớp đánh giá nhiệt độ da tại khớp tổn thương. Đánh giá mức độ viêm, tình trạng nề, tràn dịch khớp, sờ các điểm đau.

- Nghe: bảo bệnh nhân vận động để phát hiện tiếng lạo xạo, tiếng răng rắc ở khớp?

- Khám vận động.

Đánh giá sự hạn chế của vận động khớp qua các hoạt động khám: duỗi, gấp, dạng, khép và quay. Chú ý nếu khớp đau nhiều tình trạng viêm nặng nề không nên khám vì khám sẽ làm khớp đau và tình trạng viêm nặng lên.

- Khám hệ thống cơ xung quanh khớp đau để phát hiện: teo cơ, loạn dưỡng, sự yếu cơ...

4.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

4.2.1. Làm giảm cảm giác đau và khó chịu:

* Áp dụng nhiệt trị liệu (chườm nóng và chườm lạnh):

- Chườm nóng có tác dụng tốt để làm giảm đau, giảm co cứng, giảm viêm và co cơ. Phương pháp chườm nóng lý tưởng là cho bệnh nhân tắm hơi nóng và chườm nước nóng. Đắp parafin có tác dụng tốt để giữ nhiệt và tốt với các khớp nhỏ như các khớp cổ tay, bàn tay, bàn chân.

* Bất động và nghỉ ngơi: Bất động chính là một biện pháp giảm đau.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa trên một mặt phẳng ở tư thế cơ năng. Đây là biện pháp tránh gây cho bệnh nhân biến dạng xấu về cột sống như gù lưng. Không được đặt gối dưới khoeo chân để tránh tư thế cong của khớp gối. Thời gian nghỉ chính là để giải phóng các khớp bị tổn thương khỏi sự tác động của sức nặng của cơ thể.

- Chú ý ngay cả khi nằm trên giường tất cả các động tác vận động trong phạm vi bình thường vẫn cần phải duy trì để tránh cứng khớp.

* Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau nếu cần. Chú ý các tác dụng phụ của thuốc.

4.2.2. Thực hiện y lệnh

- Thuốc: Giảm đau chống viêm, chống thoái hoá khớp, corticoit...

- Xét nghiệm: Chụp Xquang khớp, xét nghiệm máu...

4.2.3. Chăm sóc cơ bản

- Nghỉ ngơi.

- Dinh dưỡng: Với những bệnh nhân chán ăn nhiều, khuyên bệnh nhân ăn nhiều bữa nhỏ, ăn những thức ăn có giá trị dinh dưỡng cao: thịt, trứng, sữa và sản phẩm sữa.

Với bệnh nhân quá béo cần hướng dẫn bệnh nhân ăn chế độ ăn làm giảm trọng lượng. Vì sự vượt quá trọng lượng làm tăng thêm gánh nặng cho các khớp và làm chúng tổn thương thêm cần áp dụng ngay chế độ ăn giảm trọng lượng khi điều này xảy ra.

4.2.4. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, các tiến triển của bệnh

4.2.5. Phục hồi chức năng

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách thực hiện những động tác tinh vi, các công việc khó khăn cần phải có sự khéo léo.

- Nếu bệnh nhân tổn thương các khớp nặng cần giúp đỡ bệnh nhân hoặc dùng các phương tiện trợ giúp trong việc tự phục vụ như mặc quần áo tắm, chải đầu, ăn uống.

- Nếu bệnh nhân đi lại khó khăn, có thể cho phép bệnh nhân dùng gậy để chống. Trong trường hợp này gậy chính là phương tiện hỗ trợ để làm giảm sức nặng cơ thể mà các khớp chi dưới phải chịu đựng.

- Những đôi giày tiện lợi, vừa chân được dùng cho bệnh nhân khi bệnh nhân tập đi bộ để bảo vệ khớp và tránh cho bệnh nhân khỏi ngã chấn thương. Khi bàn chân đã bị biến dạng nên khuyên bệnh nhân đóng những đôi giày theo yêu cầu (được làm đúng theo yêu cầu của bệnh nhân) để ngăn ngừa bàn chân biến dạng hơn nữa và tạo điều kiện thuận lợi cho sự đi lại.

4.2.6. Giáo dục bệnh nhân

- Cung cấp cho bệnh nhân biết cách dùng thuốc và theo dõi phát hiện tác dụng phụ của thuốc (những kiến thức đơn giản mà bệnh nhân có thể hiểu được).

- Hướng dẫn cho họ cách tự chăm sóc như: tắm, mặc quần áo, đi lại, luyện tập, chườm nóng, chườm lạnh.

- Hướng dẫn cách sử dụng các phương tiện trợ giúp, cho phép họ được thực hành các phương tiện trợ giúp nếu có.

4.3. *Đánh giá*

- Các triệu chứng lâm sàng tốt lên: Bệnh nhân đỡ đau, đỡ hạn chế vận động...
- Bệnh nhân tự phục vụ, ăn uống, vệ sinh cá nhân.
- Không có tác dụng phụ của thuốc điều trị, hoặc xử trí kịp thời nếu có biến chứng xảy ra.
- Tinh thần thoải mái, có hiểu biết về bệnh, biết cách phòng các đợt viêm cấp.

BÀI 14

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THIẾU MÁU

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của thiếu máu.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh thiếu máu.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu máu là hiện tượng giảm số lượng hồng cầu hoặc huyết sắc tố ở máu ngoại biên.

Thiếu máu do nhiều nguyên nhân gây nên, tùy theo nguyên nhân cấp tính hay mãn tính mà biểu hiện và tiến triển có thể khác nhau.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do mất máu

- Mất máu cấp tính: ho máu, nôn máu, ỉa máu, do chấn thương, do phẫu thuật...
- Mất máu mãn tính: mất máu ít một, kéo dài trong bệnh giun móc, u xơ tử cung, trĩ...

2. Do huyết tán

- Bình thường hồng cầu sống khoảng 100 - 120 ngày, khi hồng cầu vỡ sớm hàng loạt gọi là huyết tán.
- Huyết tán bẩm sinh: hồng cầu hình bi, hồng cầu hình lưỡi liềm, bất đồng nhóm máu Rh giữa mẹ và con.
- Huyết tán mắc phải: truyền nhầm nhóm máu, nhiễm trùng máu, nhiễm độc, sốt rét...

3. Do rối loạn tạo máu

- Do suy tủy, bệnh bạch cầu cấp...
- Suy thận mãn, suy giáp.

4. Do thiếu dinh dưỡng

- Do thiếu ăn.
- Do kém hấp thu, ỉa chảy kéo dài, do kháng sinh đường tiêu hóa...

III. TRIỆU CHỨNG

1. Thiếu máu mãn tính

- Da xanh, niêm mạc nhợt. Thường rõ ở lòng bàn tay, môi, niêm mạc mắt, miệng-họng.

- Người bệnh đánh trống ngực nhất là khi gắng sức, mệt mỏi, gầy yếu, thường ù tai hoa mắt (nhất là khi ngồi xuống đứng lên), móng tay bẹt dễ gãy.

- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, sống phân, ỉa chảy.

- Rối loạn về sinh dục: rối loạn kinh nguyệt ở nữ, nam giới thì bất lực sinh dục.

- Kèm theo các dấu hiệu của nguyên nhân dẫn đến thiếu máu:

- + Vàng da, vàng mắt: nếu do huyết tán.

- + Sốt, gan - lách - hạch to nếu bệnh loxêmi.

- + Đau thượng vị: nếu do bệnh dạ dày...

- Thiếu máu mãn tính lâu ngày, nặng có thể dẫn đến suy tim khó thở, mạch nhanh, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

- Xét nghiệm: nhằm 3 mục đích:

- + Đánh giá mức độ mất máu: công thức máu, tỷ lệ huyết sắc tố, Hematorcit.

- + Tìm nguyên nhân thiếu máu: huyết đồ, tủy đồ, điện di huyết sắc tố, hình dáng, kích thước hồng cầu, tìm giun móc trong phân...

- + Xác định hậu quả thiếu máu: làm điện tim, chụp X quang tim phổi.

2. Thiếu máu cấp tính

- Thường có các dấu hiệu gây mất máu cấp tính như ho máu, nôn máu, ỉa máu, chân thương, băng huyết...

- Da xanh niêm mạc nhợt, đánh trống ngực.

- Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, mạch nhanh, huyết áp tụt.

- Khó thở, vô niệu, rối loạn ý thức, hôn mê.

- Thiếu máu nặng nếu không kịp cấp cứu người bệnh có thể tử vong do thiếu oxy não.

- Xét nghiệm chủ yếu là xét nghiệm đánh giá mức độ mất máu và tìm nguyên nhân chảy máu tương tự như mất máu cấp tính: công thức máu, Hematocrit...

IV. ĐIỀU TRỊ

- Nếu thiếu máu nặng cấp tính: truyền máu.

- Thiếu máu nhẹ.

Cho thuốc bổ máu như vitamin C, viên sắt, acid folic, viên đạm và tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh...

- Điều trị nguyên nhân:

- + Nếu do giun móc thì tẩy giun móc.

- + Nếu do suy tủy thì điều trị suy tủy.

- + Nếu do suy dinh dưỡng thì tăng cường dinh dưỡng...

- Điều trị hậu quả thiếu máu:
- + Nếu tụt huyết áp hoặc có sốc thì truyền dịch, truyền máu.
- + Nếu có suy tim thì điều trị suy tim.

V. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử có mắc bệnh gì? Bệnh có từ bao giờ? Có xuất huyết ở đâu không?
- Nếu người bệnh đang mất máu cấp thì có khó thở, hoa mắt chóng mặt không?
- Nếu thiếu máu mãn tính thì có hồi hộp đánh trống ngực? chán ăn mệt mỏi? gầy sút? Khó thở khi gắng sức không?

1.2. Quan sát và khám

- Tìm hiểu chẩn đoán, y lệnh điều trị của bác sĩ, thu thập các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh.
- Xác định nguyên nhân thiếu máu.
- Thở trạng người bệnh gầy? yếu mệt? xanh xao? Phù? Sốt? móng tay có bẹt và dễ gãy không?
- Niêm mạc nhợt? có hạch ngoại biên? Có xuất huyết ở đâu? Xuất huyết nhiều hay ít? Có đau ở đâu? Có vàng da, vàng mắt không?
- Xác định mức độ thiếu máu:
 - + Chảy máu ở đâu? Đã cầm máu chưa?
 - + Người bệnh có tỉnh táo? Mạch/phút? Huyết áp? Nhịp thở/phút?
 - + Số lượng nước tiểu/giờ?
 - + Xét nghiệm: công thức máu, tỷ lệ huyết sắc tố, Hematocrit.
- Phát hiện hậu quả thiếu máu:
 - + Thiếu máu cấp tính: mạch nhanh, huyết áp giảm, nếu nặng thì xuất hiện tình trạng sốc? (da lạnh? Mạch khó bắt, huyết áp tụt, vật vã? Giãy giụa? hôn mê?)
 - + Thiếu máu mãn tính, nếu nặng người bệnh có dấu hiệu suy tim (thở nhanh, mạch nhanh, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi...), điện tim thay đổi.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Nếu thiếu máu cấp tính, nặng thì chăm sóc như người bệnh sốc giảm thể tích máu.
- Thiếu máu mãn tính thì kế hoạch chăm sóc như sau:

2.1. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện thuốc:
- + Thuốc bổ máu.
- + Thuốc điều trị nguyên nhân thiếu máu.

- Thực hiện các xét nghiệm:

+ Đánh giá mức độ thiếu máu: công thức máu, tỷ lệ huyết sắc tố...

+ Tìm nguyên nhân thiếu máu:

Xét nghiệm phân tìm giun móc.

Tủy đồ, điện di huyết sắc tố, đời sống hồng cầu...

+ Tìm hậu quả thiếu máu: điện tim, X quang tim phổi.

- Thực hiện thủ thuật: truyền dịch, truyền máu, thở oxy, đặt thông dạ dày, thông bàng quang nếu cần.

2.2. Chăm sóc cơ bản

- Động viên, giải thích để người bệnh an tâm điều trị.

- Chế độ vệ sinh.

Chú ý: những người bệnh mắc bệnh suy tủy, ung thư máu, giảm sức đề kháng, phải tăng cường vệ sinh chống nhiễm khuẩn (nhất là khi bệnh nặng bệnh nhân suy thận hôn mê, chú ý vệ sinh chăm sóc mắt, mũi, miệng và bộ phận sinh dục...).

- Chế độ ăn uống:

+ Đảm bảo chế độ ăn uống giàu Protein, giàu vitamin, đủ yếu tố vi lượng.

+ Hạn chế các chất kích thích làm nhịp tim nhanh: rượu, chè, cà phê.

- Chế độ nghỉ ngơi:

+ Tránh những căng thẳng, những chấn động mạnh về tâm lý.

+ Trong giai đoạn đang thiếu máu thì hạn chế lao động nặng (giảm bớt gắng sức cho tim). Chú ý: khi nằm, ngồi không đột ngột đứng lên, người bệnh có thể ngã.

2.3. Theo dõi diễn biến của bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và triệu chứng đặc hiệu:

+ Mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ.

+ Màu sắc da và niêm mạc, số lượng nước tiểu trong 24 giờ.

+ Theo dõi chảy máu nếu có.

- Theo dõi nguyên nhân dẫn đến thiếu máu: do mất máu, do huyết tán, do suy dinh dưỡng, do rối loạn tạo máu.

- Theo dõi và phát hiện sớm suy tim do thiếu máu mãn tính thể nặng: phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, khó thở, mạch nhanh.

- Theo dõi kết quả xét nghiệm.

2.4. Giáo dục sức khỏe

- Nêu rõ các triệu chứng và hậu quả của thiếu máu để người bệnh cùng phối hợp điều trị giúp triệu chứng mau thuyên giảm.

- Hướng dẫn người bệnh biết nguyên nhân thiếu máu và cách phòng tránh thiếu máu.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện y lệnh.
- Chăm sóc cơ bản.
- Theo dõi diễn biến bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.
- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện theo phân lập kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

Người bệnh thiếu máu được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng dần ổn định.
- Không xảy ra tai biến và biến chứng trong quá trình điều trị và chăm sóc.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh, tuân thủ và hợp tác với nhân viên y tế trong việc điều trị và chăm sóc sức khỏe.

BÀI 15

PHÒNG CHỐNG BỆNH BƯỚU CỔ

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được vai trò của Iod với cơ thể.*
2. *Mô tả được các rối loạn do thiếu hụt Iod.*
3. *Nêu được các biện pháp phòng bệnh bướu cổ và các rối loạn do thiếu Iod.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh bướu cổ, đần độn và các rối loạn khác do thiếu Iod là một vấn đề y tế xã hội cần được quan tâm.

- Việt Nam là nước có 94% dân số sống trong vùng bị thiếu Iod nên nguy cơ mắc các rối loạn do thiếu Iod rất cao, bướu cổ chỉ là một trong các biểu hiện.

- Phòng chống bệnh bướu cổ, đần độn và các rối loạn do thiếu Iod có thể thực hiện được ở mỗi người. Nó đòi hỏi các ngành, các cấp, các tổ chức quần chúng và toàn dân tham gia tích cực để tiến tới thanh toán bệnh vào năm 2010.

II. NGUỒN GỐC VÀ VAI TRÒ CỦA IOD ĐỐI VỚI CON NGƯỜI

1. Nguồn gốc của Iod

- Iod có trong đất, nước, không khí. Đặc biệt Iod có nhiều trong nước biển và các loại hải sản như cá, tôm, rong biển.

- Cây cối hấp thu Iod từ đất và nước.

- Động vật tiếp nhận Iod chủ yếu từ thức ăn của chúng (cây, cỏ).

- Người tiếp nhận Iod chủ yếu từ thức ăn (cây trồng và vật nuôi). Nếu đất và nước thiếu Iod thì dẫn đến thiếu Iod trong cây trồng và vật nuôi, cuối cùng dẫn đến thiếu Iod trong cơ thể con người.

- Iod có trong bề mặt trái đất nhưng một số lượng lớn Iod bị mưa lũ cuốn trôi theo sông ra biển. Từ biển Iod theo nước bốc hơi thành mây rồi mưa xuống. Mưa lại bổ sung Iod cho đất. Tuy nhiên, chính mưa lại gây ra sủi mòn làm trôi Iod, làm đất nghèo Iod. Nạn phá rừng làm tăng thêm sự sủi mòn và lũ lụt, làm cho Iod bị rửa trôi nhiều hơn. Vì thế, sự thiếu Iod trong môi trường ngày càng trở nên trầm trọng.

2. Vai trò của Iod đối với cơ thể

Iod là một chất rất cần thiết để tổng hợp nội tiết tuyến giáp trạng, chất nội tiết này cần cho sự phát triển trí tuệ và thể lực của con người từ khi là bào thai, suốt thời kỳ thơ ấu cho đến khi già.

- Trong thời kỳ bào thai: Nội tiết giáp trạng cần cho sự phát triển não bộ, hệ thần kinh và thân thể.

- Khi ra đời: trẻ tiếp tục cần Iod để tổng hợp nội tiết tuyến giáp trạng của bản thân, hoàn thiện tiếp não bộ và hệ thần kinh cho đến 2 tuổi.

- Từ hai tuổi đến già: Con người cần nội tiết giáp trạng cho hoạt động của các cơ quan trong cơ thể, làm cơ thể phát triển và trưởng thành một cách hoàn thiện.

- Phụ nữ ở tuổi sinh đẻ cần nội tiết tố giáp trạng. Nó là một trong những chất nội tiết tố giúp cơ quan sinh dục phát triển bình thường, đảm bảo chức năng sinh sản như rụng trứng, mang thai và tiết sữa.

III. CÁC RỐI LOẠN DO THIẾU HỤT IOD

Khi thiếu hụt Iod sẽ dẫn đến bướu cổ, giảm chức năng tuyến giáp, chậm phát triển trí tuệ và đàn độn.

1. Bướu cổ

Khi cơ thể bị thiếu hụt Iod, tuyến giáp phát triển to ra để tổng hợp thêm nội tiết tuyến giáp gây ra bướu cổ.

- Người ta phân bướu cổ thành các mức độ sau:

+ Bướu cổ độ 0: nhìn và sờ nắn không có bướu.

+ Bướu cổ độ I: không nhìn thấy rõ khi cổ ở tư thế bình thường, nhìn thấy bướu khi cổ ngửa ra sau.

+ Bướu cổ độ II: Nhìn thấy rõ khi cổ ở tư thế bình thường.

+ Bướu cổ độ III: Nhìn thấy rõ ở khoảng cách xa ($\geq 4m$).

- Bướu cổ là cách thích nghi của cơ thể để bù lại một phần thiếu Iod. Nó không hại đến sức khỏe khi bướu nhỏ, nhưng khi bướu to gây chèn ép đường thở, đường ăn uống, ảnh hưởng tới sức khỏe và thẩm mỹ.

2. Giảm chức năng tuyến giáp

- Thiếu Iod ở phụ nữ có thể gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non hoặc sinh ra trẻ bị giảm chức năng tuyến giáp, chậm phát triển trí tuệ, đàn độn hoặc có các khuyết tật bẩm sinh như lác mắt, câm, điếc, liệt.

- Trẻ em giảm chức năng tuyến giáp biểu hiện: khó bú, khó nuốt, ít cử động, cơ nhẽo, rốn lồi, thóp rộng, lưỡi đầy, tóc mọc thưa, mặt phù, táo bón.

- Nếu trẻ sơ sinh bị giảm chức năng tuyến giáp, không được bổ sung kịp Iod thì sẽ bị chậm phát triển trí tuệ trở thành đàn độn.

3. Chậm phát triển trí tuệ

Trẻ chậm chạp, vụng về, ngủ nhiều, hay quên, học kém hoặc nhiều lần lưu ban.

4. Đàn độn

- Người bệnh giao tiếp được ít hoặc không giao tiếp được với cộng đồng.

- Tự phục vụ cho sinh hoạt cá nhân khó khăn.
- Vẽ mặt đờ đẫn.
- Có hành vi bất thường: khóc cười vô cớ.
- Khuyết tật: nói ngọng, nghèngh ngãng, điếc, câm, lác...

IV. PHÒNG BỆNH BƯỚU CỔ VÀ CÁC RỐI LOẠN DO THIẾU IOD

Tất cả các rối loạn do thiếu Iod đều có thể phòng được bằng cách bổ sung một lượng Iod rất nhỏ vào bữa ăn hàng ngày, mỗi ngày chỉ cần 150µg Iod.

1. Dùng muối Iod

Muối Iod là nguồn chính bổ sung Iod. Muối được đựng trong bao nilon hàn kín. Muối Iod phải được bảo quản nơi khô ráo, tránh nắng, tránh ánh sáng mặt trời.

- Muối Iod khi dùng xong phải đậy kín hoặc buộc chặt. Túi muối Iod chỉ được dùng trong 6 tháng kể từ ngày sản xuất. Nếu quá 6 tháng, lượng Iod không còn đủ để phòng bệnh.

2. Dùng thức ăn có Iod

- Việt Nam: cho Iod vào nước mắm, gia vị.
- Thái Lan: nhỏ Iod vào nước.
- Úc: cho Iod vào thức ăn, đồ hộp.

3. Dùng dầu Iod

- Áp dụng cho những vùng có tỷ lệ bướu cổ cao trên 30%, giao thông khó khăn.

- Hai loại dầu Iod uống:

+ Viên nang:

Trẻ em uống 1 viên/liều.

Người lớn uống 2 viên/liều.

Mỗi liều phòng bệnh được 1 năm.

+ Loại lọ có bơm phun:

Trẻ em nhận một lần phun/liều/năm.

Người lớn nhận 2 lần phun/liều/năm.

BÀI 16

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BASEDOW

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và nguyên nhân gây bệnh Basedow.*
2. *Mô tả được triệu chứng, biến chứng và các biện pháp điều trị bệnh Basedow.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh Basedow.*

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Basedow là bệnh cường năng tuyến giáp trạng.

II. NGUYÊN NHÂN

Người ta tìm thấy trong huyết thanh người bị Basedow chất kích thích giáp trạng LATS (Long Acting Thyroid Stimulator). LATS là một globulin, một yếu tố kích thích bất thường. Vì thế người ta cho rằng Basedow là một bệnh tự miễn.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

- Bướu giáp to: thể tích vừa phải, thường lan tỏa, mật độ hơi căng, phần lớn là bướu hạch.
 - Mạch nhanh, nhịp tim nhanh.
 - Sút cân: mặc dù ăn khỏe nhưng vẫn sút cân nhanh.
 - Lòi mắt: mắt lồi to và sáng long lanh.
 - Run tay: biên độ thấp, tần số cao...
 - Rối loạn thần kinh thực vật: sợ nóng, bốc hỏa, nhiệt độ da tăng, thường tiết nhiều mồ hôi (da nóng ẩm), tính tình thay đổi.
 - Rối loạn tinh thần: mất ngủ, khó ngủ, hay cáu gắt, dễ xúc động.
 - Rối loạn cơ, mô cơ: dấu hiệu ghê đầu.
 - Rối loạn tiêu hóa: ỉa lỏng.
 - Rối loạn sinh dục: liệt dương, rối loạn kinh nguyệt.
- Bệnh thường hay gặp ở nữ từ 30 – 50 tuổi.

2. Cận lâm sàng

- Chuyển hóa cơ bản tăng cao: trên 20%.
- Đo độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp thấy tăng cao.
- Định lượng T_3 , T_4 trong máu thấy tăng.

- Định lượng TSH trong máu tăng.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Tim mạch: rối loạn nhịp tim, suy tim

2. Cơ bão giáp trạng (cơn cường giáp cấp): sốt cao, khó thở, ỉa chảy, mạch nhanh trên 120 lần/phút, rối loạn ý thức.

3. Nhiễm trùng và suy kiệt cơ thể

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

- Kháng giáp trạng tổng hợp: MTU, PTU, Basdene...
- Dung dịch lugol 5%.
- Chẹn giao cảm beta: Propranolol, Inderal...
- An thần.

2. Điều trị bằng Iod phóng xạ (Isotop)

- Chỉ định: bướu độc, bướu nhiều nhân, người bệnh ngoài tuổi sinh sản.
- Chống chỉ định: phụ nữ có thai, đang cho con bú, còn đẻ...

3. Phẫu thuật

- Chỉ định:
 - + Khi điều trị nội khoa thất bại.
 - + Không có điều kiện điều trị kéo dài.
 - + Có tai biến sớm khi điều trị nội khoa (giảm bạch cầu).
- Tai biến:
 - + Cắt phải dây thần kinh quặt ngược, tuyến cận giáp.
 - + Suy giáp.

VI. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Phát hiện các triệu chứng: sút cân, ăn khỏe, run tay, mệt, mẩn ngứa, mắt ngủ, sợ nóng, bốc hỏa, tính tình thay đổi, ỉa chảy, rối loạn kinh nguyệt...

- Tiền sử bệnh: thời gian mắc bệnh, các thuốc đã dùng, tiền sử điều trị và chăm sóc bệnh, các bệnh khác.

1.2. Thăm khám

- * Quan sát:
 - Thể trạng chung:
 - + Mắt.
 - + Tay.

+ Tuyến giáp.

* *Khám:*

- Đếm mạch, nghe nhịp tim và tiếng tim.

- Đo thân nhiệt, huyết áp, cân nặng.

- Đếm nhịp thở.

- Tuyến giáp: sờ nắn, nghe.

- Sờ da (nóng, ẩm)

1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan và tham khảo hồ sơ bệnh án

Giấy ra viện, chuyển viện, sổ y bạ, đơn thuốc, xét nghiệm máu (định hướng T₃, T₄, TSH), chuyển hóa cơ bản, đo độ tập trung I¹³¹ ở tuyến giáp, điện tim, y lệnh...

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Chế độ nghỉ ngơi, sinh hoạt

- Khi có cơn cường giáp hoặc diễn biến nặng: người bệnh cần được nghỉ ngơi hoàn toàn cả về thể xác và tinh thần.

- Ngoài giai đoạn nặng: người bệnh tránh các xúc cảm và lao động nặng nhọc, đảm bảo giấc ngủ.

- Trường hợp người bệnh phải mổ hoặc điều trị bằng phóng xạ, phải động viên họ để họ đỡ lo sợ và tin tưởng vào thầy thuốc.

2.2. Thực hiện y lệnh

- Thuốc:

+ Thực hiện chính xác kịp thời.

+ Khi cho người bệnh dùng thuốc cần biết được tác dụng của thuốc và mục đích dùng thuốc. Ví dụ dùng I¹³¹ để chuẩn đoán bệnh, dùng I¹³¹ để điều trị bệnh. Dùng kháng giáp trạng để ức chế sự tổng hợp hormon tuyến giáp.

- Xét nghiệm:

+ Các xét nghiệm cần được làm đầy đủ.

+ Khi chuẩn bị người bệnh đi làm xét nghiệm cần tuân thủ nghiêm ngặt những chỉ dẫn của phòng xét nghiệm. Ví dụ trước khi người bệnh đi làm chuyển hóa cơ bản thì chiều hôm trước người bệnh ăn nhẹ, thức ăn ít đạm.

Buổi tối người bệnh cần được đảm bảo giấc ngủ. Sáng hôm sau người bệnh nhịn ăn, không hoạt động thể lực, không hút thuốc lá. Người bệnh cần nằm nghỉ ngơi thoải mái, không lo sợ hay xúc động, quần áo mặc không quá chật...

2.3. Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án

- Mạch, nhịp tim, huyết áp, điện tim.

- Nhiệt độ, cân nặng.

- Phát hiện kịp thời cơn bão giáp.
- Diễn biến của các triệu chứng khác: mắt, run tay, các biểu hiện triệu chứng về thần kinh thực vật, rối loạn tâm thần, rối loạn tiêu hóa, rối loạn sinh dục, mỡ cơ...
- Các tác dụng phụ của thuốc: sốt, đỏ da, mày đay, xét nghiệm thấy giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu...
- Dấu hiệu ngộ độc Iod: sưng niêm mạc miệng, chảy nước dãi, sổ mũi, sạm da...
- Phát hiện tình trạng dùng thuốc quá liều.
- Tình trạng tinh thần của người bệnh: lo sợ, hoảng hốt, rối loạn ý thức, khả năng tự chủ và tự đánh giá mình...

2.4. Chế độ vệ sinh

- Chăm sóc mắt: rửa mắt, nhỏ mắt, tra thuốc mỡ vào mắt cho người bệnh. Trường hợp lồi mắt nặng khi người bệnh thức phải đeo kính, khi ngủ phải bịt mắt hoặc đeo kính màu.
- Vệ sinh hàng ngày: tắm gội và thay quần áo hàng ngày, thay ga trải giường.

2.5. Chế độ ăn uống

- Vệ sinh ăn uống.
- Tránh thức ăn ôi thiu mất vệ sinh.
- Không dùng đồ uống có chất kích thích: rượu, cà phê, chè đặc...
- Uống nước mát và ăn thức ăn dễ tiêu.

2.6. Giáo dục sức khỏe

- Người bệnh hiểu biết về bệnh để họ tự giác tuân thủ những vấn đề về vệ sinh, ăn uống, dùng thuốc, khám định kỳ...
- Hướng dẫn họ tự phát hiện các dấu hiệu của tác dụng phụ khi dùng thuốc, các dấu hiệu diễn biến nặng của bệnh.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi, sinh hoạt.
- Thực hiện y lệnh thuốc.
- Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.
- Chế độ vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Giáo dục sức khỏe.

Thực hiện theo lập kế hoạch chăm sóc.

4. Đánh giá

Người bệnh Basedow được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm hoặc hết: mạch và nhịp tim giảm hay trở lại bình thường, không có các dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật (sợ nóng, bốc hỏa, ra nhiều mồ hôi), đỡ hoặc hết run tay.

- Cân nặng người bệnh trở lại bình thường.

- Người bệnh ngủ được, biết tự đánh giá mình và có khả năng tự chủ.

- Người bệnh cảm thấy dễ chịu, an tâm và tin tưởng vào thầy thuốc.

BÀI 17

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và kể được một số nguyên nhân gây đái tháo đường.*
2. *Trình bày được triệu chứng và biến chứng bệnh đái tháo đường.*
3. *Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đái tháo đường.*

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Đái tháo đường là một bệnh kinh **diễn** do rối loạn chuyển hóa hydrat cacbon vì thiếu insulin ở các mức độ khác nhau (thiếu tương đối hoặc thiếu tuyệt đối) gây tăng đường huyết mãn tính và nếu đường huyết vượt quá ngưỡng thì sẽ có đường niệu. Khi có đường niệu thì bệnh đã ở giai đoạn muộn và thường có nhiều biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Đái tháo đường nguyên phát

- Đái tháo đường type I (đái tháo đường phụ thuộc vào Insulin).
- Đái tháo đường type II (đái tháo đường không phụ thuộc vào Insulin).
- Người ta cho rằng đái tháo đường nguyên phát là bệnh tự miễn, những người bị đái tháo đường thường mang trong người loại kháng nguyên HLA DR₃, hoặc HLA DR₄.

2. Đái tháo đường thứ phát

2.1. Nguyên nhân ngoài tụy

- Cường tuyến yên trước.
- Cường vỏ thận.
- Cường giáp trạng (Basedow).

2.2. Nguyên nhân do tụy

- Sỏi tụy.
- Ung thư tụy tiên phát hoặc thứ phát.
- Viêm tụy.
- Bệnh thiếu huyết tố: Hemochromatose.
- Di truyền.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Đái tháo đường type I: đái tháo đường phụ thuộc vào insulin.

- Do tụy không tiết hoặc tiết ra rất ít insulin.
- Đặc điểm bệnh:
 - + Thường bắt đầu từ trẻ em, vị thành niên và người trẻ tuổi.
 - + Triệu chứng lâm sàng thường điển hình: ăn nhiều, đái nhiều, uống nhiều, gầy sút cân.
 - + Xuất hiện các biến chứng sớm: mụn nhọt, viêm quanh răng, viêm đường tiết niệu.
 - + Sự rối loạn chuyển hóa glucid nặng dẫn đến rối loạn chuyển hóa lipid và protit gây tăng ceton máu và nhiễm toan.
 - + Dùng insulin để điều trị.

1.2. Đái tháo đường type II: đái tháo đường không phụ thuộc vào insulin.

- Do tụy tiết thiếu Insulin kém chất lượng, gặp điều kiện thuận lợi bên ngoài là lối sống tĩnh tại ít vận động, ăn nhiều dẫn đến thừa cân phối hợp làm bệnh phát sinh.
- Đặc điểm bệnh:
 - + Thường gặp ở người lớn tuổi, thể trạng béo.
 - + Bệnh diễn biến âm thầm: vết thương lâu liền, chuột rút, mờ mắt, ngứa da.
 - + Bệnh phát hiện được một cách ngẫu nhiên hoặc khi đã nặng có biến chứng: hôn mê, nhiễm khuẩn, tăng huyết áp, đi khám mắt hoặc xét nghiệm máu định kỳ...
 - + Các biến chứng xuất hiện muộn: do mất nước trầm trọng nên hay bị hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
 - + Dùng Metformin và Sulfamid hạ đường huyết để điều trị.

2. Cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm đường máu

Lúc đói tăng cao $> 140\text{mg}\%$ hoặc $> 7,7\text{mmol/l}$. Xét nghiệm ít nhất hai lần trở lên.

2.2. Test dung nạp glucose

- Các làm xét nghiệm:
 - + Người bệnh nhịn đói qua đêm rồi lấy máu xét nghiệm. Sau đó cho người bệnh uống một lần 75g đường glucose pha với 250ml nước.
 - + Lấy máu xét nghiệm sau uống 30 phút, 60 phút, 90 phút, 120 phút.
- Chẩn đoán bệnh đái tháo đường khi:
 - + Đường máu ở thời điểm 120 phút là $200\text{mg}\%$ và mẫu khác trong test phải $200\text{mg}\%$.
 - + Nếu đường máu ở thời điểm 120 phút từ $140\text{mg}\%$ đến $200\text{mg}\%$ hoặc có một mẫu trong khoảng test 120 phút $200\text{mg}\%$ gọi là rối loạn test dung nạp glucose.

2.3. Xét nghiệm nước tiểu: có thể đường niệu dương tính.

Nhiều trường hợp kết quả dương tính, âm tính giả, không phản ánh được bản chất của đường máu vì ảnh hưởng của ngưỡng thận (cao, thấp).

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng tim mạch

- Vữa xơ động mạch do rối loạn chuyển hóa lipit.
- Tăng huyết áp.
- Con đau thắt ngực.
- Nhồi máu cơ tim.

2. Biến chứng hôn mê

- Do hạ đường máu: do dùng thuốc quá liều hoặc ăn kiêng quá mức.
- Do tăng đường máu.
- Do tăng ceton máu và nhiễm toan.
- Do tăng áp lực thẩm thấu.

3. Các biến chứng khác

- Ngoài da: ngứa, mụn nhọt.
- Hoại thư do đái đường: đái đường gây ra tắc mạch từ từ ở các tiểu động mạch và vi quản, thường gặp ở chi dưới nhưng cũng có thể ở các tạng như tim, võng mạc, não, thận.
- Răng, miệng: viêm lợi, rụng răng.
- Mắt: nhiễm khuẩn tụ cầu vàng ở mắt hoặc quanh mắt, liệt nhãn cầu, đục nhân mắt, viêm móng mắt, bệnh võng mạc do đái đường, thiên đầu thống chảy máu (chảy máu thể kính hai bên dẫn đến mù lòa).
- Phổi: lao phổi, áp xe phổi.
- Thận: viêm thận (xét nghiệm nước tiểu protein niệu, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu), hội chứng thận hư.

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: trong điều trị đái tháo đường cần chú ý giải quyết 3 vấn đề:

- Chế độ ăn.
- Chế độ luyện tập.
- Dùng thuốc.

VI. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

- Phát hiện các triệu chứng ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy sút cân, chuột rút, đái đêm, mờ mắt, v.v...
- Thời gian mắc bệnh.
- Các thuốc đã dùng, hiệu quả điều trị.
- Phát hiện các biến chứng da, răng miệng, tim mạch, tiết niệu.

- Chế độ ăn uống.

1.2. Thăm khám

- Quan sát:

- + Thể trạng chung: gầy, béo.

- + Vẻ mặt và trạng thái tinh thần.

- + Các dấu hiệu nhiễm khuẩn ngoài da (mụn nhọt, lở loét, cắt đầu chi...), mắt, răng, miệng...

- + Dấu hiệu tiền hôn mê (nếu nặng): lơ đãng, vật vã, lú lẫn, chậm chạp.

- Khám:

- + Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- + Lượng nước tiểu trong 24 giờ.

- + Đánh giá mức độ hôn mê (nếu người bệnh hôn mê).

1.3. Thu thập các giấy tờ liên quan.

- Đơn thuốc, sổ y bạ.

- Các kết quả xét nghiệm đường máu, đường niệu.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Chế độ nghỉ ngơi

- Để người bệnh nghỉ ngơi thoải mái cả về thể xác lẫn tinh thần. Chế độ nghỉ ngơi phụ thuộc vào các biến chứng như nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, hôn mê.

2.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện y lệnh thuốc:

- + Khi tiêm insulin dưới da cần thay đổi vị trí tiêm (vì cơ vùng đó bị thoái hóa mỡ làm cho vùng tiêm không ngấm được thuốc). Mỗi mũi tiêm cách nhau 5cm. Không tiêm một chỗ quá 3 lần, khi chuyển vùng tiêm thì chuyển cùng bên.

- + Dùng thuốc tiêm và thuốc uống: điều quan trọng là phải dùng đúng theo thời gian và liều lượng đã quy định.

- Thực hiện y lệnh xét nghiệm.

- Xét nghiệm đường máu: thử đường máu trước và sau khi dùng thuốc hạ đường huyết ít nhất 3 lần/tuần trong thời gian đầu.

- Test dung nạp glucose:

- + Trước khi làm test dung nạp glucose phải đảm bảo người bệnh được nghỉ ngơi không dùng các thuốc lợi tiểu, tránh thai, corticoid, estrogen, rượu, phenytonin, salicylat, acidnicotinic...

- + Với phụ nữ có thai, người già, người bệnh mỡ cắt dạ dày phải làm test glucose qua đường tĩnh mạch.

- Các xét nghiệm khác: protein niệu/24 giờ, soi đáy mắt, điện tim, đo điện cơ.

2.3. Chế độ ăn uống

- Chế độ ăn phụ thuộc vào tuổi, cân nặng người bệnh và nhất là đường máu nhưng nên ăn giảm glucid, tăng protit và lipit. Nên dùng dầu thực vật thay mỡ động vật. Người bệnh đái tháo đường type I nhanh đói nên cho người bệnh ăn miến dong và các chất xơ độn vào để người bệnh đỡ đói. Nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả ít đường, sữa tươi, các thức ăn nhiều sợi. Các chất sợi hòa tan rất cần thiết để làm giảm bớt táo bón. Thức ăn sống như rau quả tươi và thức ăn cứng ít gây tăng đường máu hơn thức ăn nghiền loãng nấu chín. Tuyệt đối không ăn bánh kẹo ngọt.

2.4. Chế độ vệ sinh

Người bệnh đái tháo đường rất dễ bị nhiễm khuẩn vì thế cần chú ý:

- Vệ sinh răng, miệng, rửa mặt, rửa mắt.
- Vệ sinh da sạch sẽ: tắm gội bằng nước sạch và xà phòng (tránh tắm nước ao, hồ, sông ngòi...).
- Thay quần áo, ga trải giường hàng ngày.
- Chú ý chăm sóc hai bàn chân vì dễ loét và nhiễm trùng.

2.5. Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 2 lần/ngày. Với người bệnh nặng có thể đo 1 giờ - 3 giờ/lần và kẻ biểu đồ vào bảng theo dõi.
- Theo dõi đường máu, đường niệu.
- Theo dõi các triệu chứng đặc hiệu của hạ đường máu:
 - + Hạ đường huyết nhanh: người bệnh vã mồ hôi, run tay chân, mạch nhanh, đánh trống ngực, bứt rứt khó chịu.
 - + Hạ đường máu chậm: người bệnh nhức đầu, lẫn lộn, thay đổi cảm xúc, mất trí nhớ, tê lưỡi và môi, lú lờ, đi lảo đảo, nhìn đôi, chóng mặt, co giật và hôn mê.
- Theo dõi cân nặng: tuần một lần.
- + Với người bệnh đái đường type I thì duy trì tình trạng cân lý tưởng cũng là vấn đề quan trọng để tránh gây sút nhiều.
- + Với người bệnh đái đường type II thì sụt cân lại là dấu hiệu duy nhất thể hiện việc điều trị có kết quả.
- Theo dõi giám sát người bệnh trong việc thực hiện chế độ ăn uống đúng y lệnh.
- Phát hiện sớm các biểu hiện của biến chứng nhiễm khuẩn dù nhẹ như viêm răng, lợi, vết xước da, tay, chân, vùng tì đè.
- Theo dõi các vùng tiêm: xem có bị thoái hóa mỡ không (nếu thoái hóa mỡ làm cho vùng tiêm không ngấm thuốc).
- Theo dõi các dấu hiệu mệt mỏi, chán ăn, ỉa chảy, rối loạn tri giác để kịp thời đề phòng hôn mê do tăng đường máu.

2.6. Chế độ luyện tập

Một phần nguyên nhân quan trọng của đái tháo đường type II là do lối sống tĩnh tại gây ra, để tránh lối sống tĩnh tại cần chú ý:

- Không ngồi xem ti vi nhiều giờ liền trong ngày.
- Lau chùi quét dọn nhà cửa hàng ngày, loại bỏ bớt các máy móc tiện nghi như máy giặt, máy rửa bát...
- Khi đi lại với những khoảng cách ngắn nên đi bộ hoặc dùng xe đạp thay cho đi xe máy, xích lô.
- Tiếp tục làm việc và đi lại bình thường.
- Khi vận động thể lực nhiều như chơi thể thao hoặc lao động nặng tiêu thụ nhiều năng lượng được dự trữ trong gan (đường glucose). Khi lượng dự trữ này cạn kiệt có nguy cơ hạ đường huyết, người đái tháo đường cần lưu ý bổ sung thêm đường, chất bột, chất béo trước, trong và sau khi vận động thể lực kéo dài. Số lượng và chất lượng thức ăn bổ sung phụ thuộc vào cường độ và thời gian vận động thể lực.

2.7. Giáo dục sức khỏe

- Phát hiện bệnh sớm: xét nghiệm đường máu, đường niệu.
- Tâm quan trọng của chế độ ăn.
- Vai trò của lao động, thể dục và luyện tập rất cần thiết trong điều trị đái tháo đường vì làm giảm béo, giảm bớt acid tự do, tăng tuần hoàn và cơ lực giúp người bệnh dễ chịu và giảm biến chứng xơ mỡ động mạch.
- Con của những người bệnh đái tháo đường cần được theo dõi bằng xét nghiệm để phát hiện bệnh sớm.
- Những người béo phì nên thực hiện chế độ ăn giảm cân, theo dõi xét nghiệm đường máu, đường niệu.
- Giáo dục cho người bệnh biết được các biến chứng có thể xảy ra nhất là biến chứng nhiễm khuẩn để họ tự vệ sinh cá nhân, vệ sinh da sạch sẽ tránh biến chứng.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Thực hiện theo nội dung phân lập kế hoạch chăm sóc:

- Chế độ nghỉ ngơi.
- Thực hiện y lệnh.
- Chế độ ăn uống.
- Chế độ vệ sinh.
- Theo dõi bệnh và ghi hồ sơ bệnh án.
- Chế độ tập luyện.
- Giáo dục sức khỏe.

4. Đánh giá

Một người bệnh đái tháo đường được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Các biểu hiện lâm sàng giảm hoặc hết.
- Y lệnh điều trị và chăm sóc được người bệnh thực hiện đầy đủ và nghiêm túc.
- Đường máu bình thường, đường niệu âm tính.
- Không xảy ra biến chứng hoặc nếu đã có biến chứng thì các biến chứng này đã giảm và trở lại bình thường.
- Cân nặng của người bệnh ổn định.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh và thực hiện nghiêm chỉnh chế độ vệ sinh, chế độ ăn uống, luyện tập và dùng thuốc.

BÀI 18

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

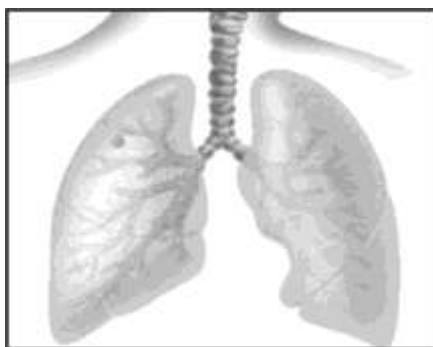
MỤC TIÊU

1. *Nêu được các nguyên nhân gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*
2. *Trình bày được triệu chứng, tiến triển, biến chứng của bệnh.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa



Hình 1. Phổi

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) (COPD) là một nhóm các tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự tăng sức cản với luồng khí thở. BPTNMT bao gồm viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn và giãn phế nang.
- Viêm phế quản mạn tính là tình trạng viêm mạn tính đường hô hấp dưới với sự tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt, ít nhất là 3 tháng trong 1 năm và trong ít nhất 2 năm liên.
- Giãn phế nang là bệnh phổi có sự phá huỷ các phế nang và thành phế nang, tăng rộng kích thước của các khoảng chứa khí sau tiểu phế quản tận.

II. NGUYÊN NHÂN

- Hút thuốc lá.
- Ô nhiễm môi trường, tiếp xúc với khí độc nghề nghiệp.
- Dị ứng, tự miễn.
- Nhiễm trùng đường hô hấp.
- Cơ địa, lão hoá.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

BPTNMT thường gặp người bệnh trên 40 có tiền sử hút thuốc hoặc nghề nghiệp có tiếp xúc với khói, bụi ô nhiễm...

1.1. Cơ năng:

Người bệnh thường đến khám vì ho, khạc đờm, khó thở

+ Ho: nhiều về buổi sáng, ho cơn hoặc ho thúng thảng có kèm khạc đờm hoặc không.

+ Đờm: nhầy, trong, trừ đợt cấp có bội nhiễm thì màu vàng.

+ Khó thở: Giai đoạn đầu khó thở thường xuất hiện sau khi gắng sức, cùng với ho hoặc sau ho một thời gian, giai đoạn muộn có khó thở liên tục.

1.2. Thực thể:

+ Kiểu thở: thở mím môi nhất là khi gắng sức.

+ Có sử dụng các cơ hô hấp phụ: cơ liên sườn, cơ kéo hõm ức, hố thượng đòn.

+ Đường kính trước và sau của lồng ngực tăng lên (lồng ngực hình thùng).

+ Gõ: vang.

+ Nghe: Rì rào phế nang giảm, ran rít, ran ngáy, khi có bội nhiễm nghe có ran ẩm ran nổ.

+ Tim nhịp nhanh có thể loạn nhịp hoàn toàn.

+ Tĩnh mạch nổi, gan to, phù, cổ chương.

2. Cận lâm sàng

- Chụp XQ tim - phổi: tăng đậm các nhánh huyết quản, hình ảnh phổi bản, các dấu hiệu của giãn phế nang, lồng ngực giãn, tim to hoặc hơi to, tim dài và thông.

- Thăm dò chức năng hô hấp bằng máy phế dung kế: Thấy có rối loạn thông khí tắc nghẽn với các chỉ số:

- FEV1 giảm (Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên); Bình thường chỉ số FEV1 $\geq 80\%$ số lý thuyết.

- RV tăng (thể tích khí cặn).

- FEV1/FVC giảm (chỉ số Tiffneau): Là số % của FEV1 so với dung tích sống.

- Khí máu động mạch:

+ PaO₂ giảm (bình thường PaO₂ 95-98mmHg); Suy hô hấp mạn tính giảm còn 70-60mmHg).

+ PaCO₂ tăng (bình thường $38,5 \pm 2,47$ mmHg); Suy hô hấp mạn tính PaCO₂ ≥ 50 -60mmHg (ít khi tăng quá 80mmHg)



Hình 2. *Đo chức năng thông khí phổi*



Hình 3. *Phim chụp phổi của người bệnh COPD*



Hình 4. *Hình ảnh giãn phế quản trên phim chụp CT Scanner*

- ĐTĐ: Phế, trục phải, dày nhĩ phải, dày thất phải...

IV. BIẾN CHỨNG

- Suy hô hấp: Khó thở sẽ ngày càng tăng dần do phá hủy cấu trúc nhu mô phế quản, phổi; người bệnh ở tình trạng suy hô hấp mạn tính, về sau khó thở liên tục ngay cả khi nghỉ ngơi: Nhịp thở nhanh, môi đầu chi tím, mạch nhanh.

- Viêm phổi, nhiễm trùng hô hấp nặng: Ho nhiều, khạc đờm đặc, sốt cao, khó thở, nhịp thở nhanh, mạch nhanh.

- Suy tim phải, loạn nhịp tim: Khó thở nhanh, môi và đầu chi tím, phù mắt và hai chi dưới, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, có thể đái ít hoặc thiếu niệu, nhịp tim nhanh đều hoặc loạn nhịp.

- Trầm cảm.

V. ĐIỀU TRỊ

* Mục đích:

- Chống lại sự tắc nghẽn luồng khí thở, làm chậm lại sự giảm chức năng hô hấp.

- Bỏ thuốc lá, tránh tiếp xúc với khói bụi.

* Điều trị cụ thể:

Các biện pháp không dùng thuốc:

- Bỏ thuốc lá, tránh tiếp xúc với khói bụi.

- Phục hồi chức năng hô hấp, bao gồm cả dẫn lưu tư thế, tập thở.

- Oxy với lưu lượng thấp cho các bệnh nhân bị thiếu oxy nặng.

Các loại thuốc thường dùng:

- Các thuốc giãn phế quản: 3 nhóm chính:

+ Các chất cường giao cảm (Salbutamol, Terbutalin) dạng phun xịt, khí dung, hoặc tiêm tĩnh mạch đôi khi dùng đường uống.

+ Kháng Cholinergic (Atrovent): Dạng phun xịt, khí dung.

+ Nhóm xanthin (Theophyllin, Diaphylin)

- Các thuốc kháng sinh:

Điều trị trong những đợt nhiễm trùng hô hấp: Khó thở nặng lên, ho tăng tiết nhiều đờm.

Lựa chọn kháng sinh dựa vào kết quả kháng sinh đồ.

+ Khi phế cầu còn nhạy cảm với kháng sinh thì dùng Penicilin G, Amoxycillin.

+ Nếu phế cầu giảm nhạy cảm với các loại trên thì dùng Augmentin, Erythromycin, Ciprofloxacin.

- Corticoid: Dùng trong các đợt cấp nhằm giảm viêm niêm mạc phế quản: dùng đường uống, tiêm tĩnh mạch, phun xịt hoặc khí dung.

+ Tác dụng phụ: Nhiễm nấm Candida miệng, khàn giọng, nói khó.

+ Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân đái tháo đường, tăng huyết áp.

- Liệu pháp oxy kéo dài: thở oxy liều nhỏ 1-3 lít/phút ít nhất 15h/ngày khi có suy hô hấp mạn tính.

- Phục hồi chức năng hô hấp: tập thở, tập ho...

- Tiêm vaccin phòng cúm vào mùa thu đông. Điều trị dự phòng tất cả các ổ nhiễm khuẩn tại mũi họng răng.

VI. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

* Hỏi tiền sử:

- Tiếp xúc với yếu tố nguy cơ:

+ Hút thuốc lá: Thời gian hút thuốc, số lượng thuốc hút trong một ngày.

+ Tiếp xúc bụi và hoá chất nghề nghiệp.

+ Tình trạng ô nhiễm không khí ngoài và trong nhà: Khói do nhiên liệu đốt và khói do thức ăn và hơi nóng.

- Các bệnh trước đây gồm: Hen, viêm xoang, Pollip mũi, nhiễm trùng hô hấp khi còn nhỏ và các bệnh đường hô hấp khác.

- Tiền sử gia đình về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh mạn tính đường hô hấp khác.

- Tiền sử tình trạng nặng của bệnh hoặc những lần nhập viện trước đây do những rối loạn của đường hô hấp.

- Tình trạng kinh tế, tình trạng dinh dưỡng.

* Phát hiện các triệu chứng cơ năng:

- Ho mạn tính: Ho gián đoạn? Ho xuất hiện cả ngày?

- Khạc đờm: Tính chất, màu sắc, số lượng đờm.

- Khó thở: Khó thở từng lúc hay khó thở thường xuyên? Thở khò khè? Có cảm giác ép chặt ngực?

- Sốt: Sốt nóng, sốt rét?

1.2. Thăm khám

- Toàn thân: Thể trạng chung, có dấu hiệu nhiễm khuẩn?

- Tình trạng hô hấp:

+ Xem có sử dụng các cơ hô hấp phụ hay không, co kéo cơ hô hấp?

+ Có sử dụng cơ bụng khi thở ra không?

+ Đường kính trước, sau của lồng ngực tăng lên?

+ Nghe: rì rào phế nang giảm, ral rít, ral ngáy, trường hợp bội nhiễm có ral ẩm, ral nổ.

- Tình trạng tuần hoàn: Đếm mạch, đo huyết áp, nghe tim tiếng tim mờ nhỏ.

- Các biểu hiện khác: ăn ngủ, đại tiểu tiện, trạng thái tinh thần.

1.3. Thu thập thông tin và tham khảo hồ sơ bệnh án

Giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, đơn thuốc cũ, các kết quả xét nghiệm máu, Xquang tim phổi, điện tim, y lệnh điều trị.....

2. Kế hoạch chăm sóc

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Ngăn chặn tình trạng suy hô hấp và các nguy cơ gây suy hô hấp
- Cải thiện được sự giảm hoặc mất chức năng do hậu quả của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây ra.
- Giảm được các khó chịu do tác dụng phụ của thuốc và biết cách hạn chế được các tác dụng phụ đó.
- Người bệnh được cung cấp các thông tin về bệnh, nhận thức và tự loại trừ được các yếu tố nguy cơ, tuân thủ chế độ điều trị lâu dài theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.
- Các chăm sóc chung nhằm kiểm soát bệnh và ngăn ngừa biến chứng được thực hiện đầy đủ.

3. Thực hiện chăm sóc

3.1. Giải quyết tình trạng suy hô hấp và các nguy cơ gây suy hô hấp

3.1.1. Tăng cường sự thông thoáng đường hô hấp

- Loại bỏ tất cả các yếu tố kích thích phổi, nhất là thuốc lá :
- + Ngừng hút thuốc nhằm giảm kích thích phổi, giảm đờm, giảm ho.
- + Giữ phòng sạch, càng ít bụi càng tốt: không dùng thảm, rèm cửa hai lớp.



Chăm sóc bệnh nhân COPD

- Thực hiện y lệnh thuốc:
 - + Dùng các thuốc giãn phế quản làm giảm co thắt, tăng khạc đờm.
 - + Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: Theophyllin gây run tay chân, nhịp tim nhanh, loạn nhịp, kích thích hệ thần kinh trung ương, tăng huyết áp.
 - + Nghe phổi sau khi khí dung thuốc giãn phế quản: Có cải thiện thông khí?
 - + Quan sát xem có đỡ khó thở: Tần số thở, kiểu thở, da và niêm mạc.
- Dẫn lưu tư thế để dẫn lưu dịch đờm, áp dụng ho có điều khiển để khạc đờm.
- Làm loãng dịch phế quản:

- + Động viên bệnh nhân uống nhiều nước (2 - 2,5 l/ngày).
- + Khí dung nước để làm ẩm đường phế quản và long đờm.

3.1.2 Kiểm soát nhiễm trùng

- Phát hiện các biểu hiện sớm của nhiễm khuẩn hô hấp: khó thở tăng lên, mệt, thay đổi màu sắc, tính chất đờm, trạng thái lơ lửng, kích thích, sốt nhẹ.
- Lấy đờm làm xét nghiệm trực tiếp, nuôi cấy.
- Dùng các thuốc kháng sinh được chỉ định.



Máy hút đờm dùng tại nhà

3.1.3 Cải thiện trao đổi khí

- Phát hiện các biểu hiện thiếu oxy: Quan sát tình trạng buồn ngủ, bồn chồn, khó chịu, lú lẫn, tím, khó thở lúc nghỉ.
- Cho thở oxy với lưu lượng thấp.
- Chuẩn bị trợ giúp cho việc đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo nếu suy hô hấp cấp và tăng CO₂ nhanh.

3.2. Các chăm sóc chung

3.2.1. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng

- Khuyến khích người bệnh ăn nhiều, bữa nhỏ nếu người bệnh khó thở.
- Cho thêm các chất dinh dưỡng lỏng.
- Tránh các thức ăn làm đầy bụng.
- Vệ sinh miệng trước bữa ăn để có vị giác tốt.
- Theo dõi cân nặng.

3.2.2. Tăng cường khả năng hoạt động

- Nhấn mạnh lại tầm quan trọng của các chương trình tập luyện gắng sức từng bước.
- Thảo luận việc đi bộ, xe đạp tập luyện, bơi.
- Khuyến khích người bệnh tập thể dục đều đặn để tăng sức dẻo dai.

3.2.3. Cải thiện giấc ngủ

- Giữ thời gian biểu cân bằng giữa hoạt động - nghỉ ngơi.
- Dùng oxy trị liệu nếu cần.

- Tránh các thuốc an thần có thể gây suy hô hấp.

3.2.4. *Cải thiện tình trạng tâm thần*

- Cần hiểu rằng sự khó thở liên tục và mệt mỏi làm người bệnh bị kích thích, lo sợ, trầm cảm, với cảm giác mất hy vọng, không còn có ích gì cho cuộc sống.
- Đánh giá về các phản ứng hành vi (cáu, trầm cảm, chấp nhận).
- Cho người bệnh thấy mình quan tâm tới vấn đề của họ.
- Nhạy cảm với nỗi lo sợ, sự trầm cảm của người bệnh.

3.2.5. *Cải thiện kiểu thở*

- Dạy và giám sát việc luyện tập làm tăng cường sức mạnh cho cơ hoành và các cơ thở ra để làm giảm công hô hấp:
 - + Dạy kiểu thở bụng, hoành và phần dưới lồng ngực, sử dụng kiểu thở chậm, và thư giãn để làm giảm tần số thở và giảm tiêu hao năng lượng hô hấp.
 - + Dùng kiểu thở mím môi ngất quãng và trong những lúc khó thở, để kiểm soát tần số, độ thở sâu và tăng cường phối hợp các cơ hô hấp.
- Thảo luận và trình diễn các bài tập thư giãn để giảm lo lắng, căng thẳng.
- Khuyến khích người bệnh chọn các tư thế thoải mái thích hợp để giảm khó thở.

3.3. *Giáo dục sức khỏe*

3.3.1. *Các điểm chung*

- Giải thích rõ về bệnh, diễn biến, cách điều trị và sống với bệnh này.
- Xem lại với người bệnh về các mục tiêu điều trị, kế hoạch chăm sóc.

3.3.2. *Tránh tiếp xúc với các chất kích thích đường hô hấp*

- Khuyến người bệnh bỏ thuốc và tránh các nơi có nhiều khói thuốc lá.
- Khuyến người bệnh tránh làm các việc quét dọn, lau bụi, tránh tiếp xúc với sơn, các bình xịt gia dụng, chất tẩy và các chất kích thích niêm mạc hô hấp khác.
- Không nên ở trong điều kiện khí hậu quá nóng hoặc quá lạnh để tránh làm tăng sản sinh đờm và co thắt phế quản.
- Dùng khẩu trang miệng + mũi để sưởi ẩm không khí trong thời tiết lạnh.
- Tắm nước ấm (không quá nóng hoặc lạnh).

3.3.3. *Dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp*

- Tránh tiếp xúc với người bị nhiễm khuẩn hô hấp.
- Tránh ở các đám đông và nơi kém không khí.
- Tiêm phòng cúm và phế cầu.
- Hướng dẫn cách phát hiện sớm các dấu hiệu nhiễm khuẩn hô hấp: đau ngực, thay đổi các đặc điểm độ dính, khối lượng, màu sắc đờm, ho nhiều hơn, khó khạc đờm hơn, cò cữ, khó thở tăng lên.
- Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc kháng sinh được liệt kê ngay khi mới có dấu hiệu nhiễm trùng.

3.3.4. Giảm dịch tiết phế quản

- Khuyến người bệnh nên ăn uống đủ nước.
- Dùng thuốc giãn phế quản theo chỉ định.
- Hướng dẫn cách dẫn lưu tư thế theo chỉ định: Mỗi tư thế 5 - 15 phút, ho điều khiển sau mỗi tư thế.

3.3.5. Cải thiện thông khí

- Hướng dẫn cách sử dụng bình phun xịt đúng cách để thuốc tới được phế quản: Thở ra - cho bình thuốc vào miệng - hít vào dần dần, sâu và bơm thuốc lúc mới bắt đầu hít vào
- Nín thở ở cuối lúc hít vào trong 10 giây, rồi thở ra từ từ.
- Dùng các dụng cụ "bình chứa khí" cho người bệnh sử dụng bình phun xịt không hiệu quả, hoặc dùng máy khí dung.

3.3.6. Tập thở

- Giải thích mục đích tập thở vai trò của thở có điều khiển.
- Hướng dẫn cách thở cơ hoành và thở mím môi trong các giai đoạn khó thở.
- Tăng trương lực cơ bằng cách tập thể dục đều đặn.

3.3.7. Về sức khỏe nói chung



Bệnh nhân được tư vấn COPD

- Hướng dẫn thói quen tốt về ăn uống.
- Khuyến khích chế độ ăn giàu đạm và đủ nước, vitamin, chất khoáng.
- Hướng dẫn người bệnh ăn 5 - 6 bữa nhỏ để làm giảm khó thở trong và sau khi ăn.
- Nên nghỉ ngơi trước và sau khi ăn nếu ăn làm khó thở.

3.3.8. Sống với khó thở

- Động viên người bệnh sống trong giới hạn bệnh cho phép.
- Giúp cho thư giãn và làm việc ở nhịp độ thấp hơn.
- Khuyến chọn các nghề nghiệp không cần gắng sức chân tay.
- Tránh làm việc quá sức, mà nên làm với mức độ vừa phải tùy theo mức độ mệt của từng người.
- Khuyến cách kìm chế các stress về tâm lý.

4. Đánh giá

Sau khi thực hiện chăm sóc, điều dưỡng phải đánh giá các triệu chứng hiện tại so với triệu chứng ban đầu xem có cải thiện không. Kết quả mong muốn ở người bệnh là:

- Khạc đờm dễ dàng, giảm cò cử.
- Giảm khó thở, sử dụng kiểu thở mím môi.
- Không có dấu hiệu bội nhiễm.
- Khí máu động mạch cải thiện với thở oxy lưu lượng thấp.
- Ăn được các bữa ăn nhỏ, cân nặng ổn định.
- Đi bộ được dài hơn, ngủ tốt hơn.
- Tinh thần ổn định.
- Yên tâm và tuân thủ chế độ điều trị lâu dài.

BÀI 19

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM PHẾ MẠN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh gây tâm phế mạn.*
- 2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và nguyên tắc điều trị tâm phế mạn.*
- 3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tâm phế mạn.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Tâm phế mạn là trường hợp phì đại tâm thất phải thứ phát, gây nên bởi những bệnh làm tổn thương chức năng hoặc cấu trúc của phổi như bệnh: phế quản – phổi – mạch máu, thần kinh và xương lồng ngực (trừ các trường hợp tăng áp lực động mạch phổi do bệnh tim trái hoặc bệnh tim bẩm sinh).

2. Nguyên nhân

- Do bệnh tiên phát của đường hô hấp và phế nang như các bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, xơ nang phổi...
- Do các bệnh tiên phát làm giảm thông khí ở phổi như dị tật gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực, béo bệu...
- Do bệnh tiên phát làm tổn thương mạch máu phổi như tăng áp lực động mạch phổi tiên phát, tắc nghẽn mạch phổi, bệnh thành mạch...

II. CƠ CHẾ SINH BỆNH

1. Cơ chế tăng áp lực động mạch phổi

- Tổn thương giải phẫu ở phổi gây tắc nghẽn, xơ hoá các mạch máu phổi, phế nang, góp phần làm giảm trao đổi oxy ở phế nang, gây suy hô hấp:

+ Suy hô hấp từng phần gây thiếu oxy máu, thiếu oxy tổ chức, làm co thắt các tiểu động mạch phổi và từ đó dẫn đến tăng áp lực động mạch phổi.

+ Suy hô hấp toàn bộ sẽ làm ứ trệ CO_2 và gây toan hô hấp. Toan máu làm co thắt các tĩnh mạch phổi và phối hợp với co thắt các tiểu động mạch phổi do thiếu oxy tổ chức sẽ làm tăng áp lực động mạch phổi.

- Một số cơ chế khác làm tăng áp lực động mạch phổi như tăng lưu lượng tim do tăng chuyển hoá, hoạt động gắng sức, nhiễm khuẩn phổi cấp tính...; tăng độ quán tính của máu, nhịp tim nhanh do thiếu oxy trầm trọng, hoặc do suy tim...

2. Cơ chế gây suy tim

Tăng áp lực động mạch phổi là trở lực chính làm tăng công của tim, tình trạng thiếu oxy, đa hồng cầu, tăng thể tích và tăng cung lượng tim cũng góp phần làm tăng công của tim. Sự tăng công của tim làm phì đại thất phải, sau đó làm giãn thất phải và cuối cùng suy tim phải.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. *Giai đoạn đầu:* các triệu chứng của bệnh phổi mãn tính.

- Ho và khạc đờm nhiều.
- Khó thở.
- Rối loạn khí máu:
 - + PaO_2 , SaO_2 giảm trong khi PaCO_2 chưa biến đổi nhiều.
 - + Rối loạn chức năng thông khí tắc nghẽn với $\text{FEV}_1 < 80\%$, Tifeneau $< 70\%$.

1.2. *Giai đoạn tăng áp lực động mạch phổi*

- Kín đáo và khó phát hiện.
- Có các biểu hiện của tình trạng suy hô hấp mạn: khó thở lúc gắng sức, móng tay khum.
- Xquang:
 - + Hình ảnh tim hình giọt nước (tim nhỏ thông xuống).
 - + Cung động mạch phổi phồng.
- Siêu âm Dopler: đo áp lực động mạch phổi.
- Thông tim đo áp lực động mạch phổi.

1.3. *Giai đoạn suy thất phải*

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Mệt mỏi.
 - + Khó thở: ban đầu chỉ xuất hiện khi gắng sức, sau đó thì khó thở thường xuyên, ngay cả những lúc nghỉ ngơi.
 - + Đau vùng gan: dấu hiệu không cố định và thường là muộn. Tính chất đau: bệnh nhân có cảm giác nặng nề hoặc căng vùng gan, có khi đau thắt lại, nếu gắng sức thì đau hơn và nghỉ ngơi lại hết. Thường có dấu hiệu báo trước như hồi hộp, đánh trống ngực, đầy bụng, buồn nôn.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Tĩnh mạch cảnh nổi, phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh dương tính.
 - + Phù: phù chân, có thể phù toàn thân, có khi có cổ chướng.
 - + Gan to và đau.
 - + Tím môi và đầu chi.

- + Mắt lồi và đỏ do tăng sinh mạch máu màng tiếp hợp.
- + Đái ít.
- + Ngón tay hình dùi trống.
- + Mạch nhanh nhịp tim nhanh.
- + Dấu hiệu Harzer.
- + T₂ đập mạnh ở vùng đáy.



Ảnh: phản hồi gan – tĩnh mạch cổ (+)



Ảnh: ngón tay dùi trống

- Cận lâm sàng:
- + Điện tim: sóng P cao nhọn (P phế); dày thất phải, trục phải.

- + X quang tim phổi: giai đoạn cuối thấy tim phải to và có khi tim to toàn bộ, thân động mạch phổi phải to ra.
- + Thăm dò huyết động: áp lực động mạch phổi tăng.
- + Xét nghiệm máu: đa hồng cầu, Hematocrit tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống

- Không làm việc gắng sức, không lao động nặng. Khi đã có dấu hiệu suy tim thì phải nghỉ việc hoàn toàn.
- Chế độ ăn ít muối.
- Không dùng các chất kích thích như thuốc lá, rượu bia...

2. Kháng sinh

Vai trò kháng sinh trong đợt bội nhiễm. Thuốc kháng sinh thường dùng: Zinat, zinacef, fortum.

3. Corticoid: điều trị trong đợt cấp.

- Corticoid có tác dụng chống viêm, chống dị ứng và làm giảm tiết dịch.
- Một số thuốc: Prednisolon 5mg uống, Hydrocortison 25mg khí dung (có thể pha lẫn với penicillin), depersolon 30 mg tiêm tĩnh mạch.
- Tác dụng phụ: nhiễm nấm Candida miệng với thuốc dạng hít. Với thuốc dùng đường uống và tiêm: nhiễm trùng, loét hành tá tràng, tăng huyết áp, đái đường, loãng xương, phù giữ nước.

4. Thuốc làm giãn phế quản

Rất tốt trong trường hợp do hen phế quản, viêm phế quản mãn tính tắc nghẽn. Có thể dùng các loại sau:

- Thuốc cường β_2 :
 - + Tác dụng: Dẫn cơ trơn phế quản, tăng chức phận của các niêm mao, giảm tính thấm mao mạch phổi.
 - + Tác dụng phụ: Nhịp tim nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, run cơ, giảm Kali máu, mất ngủ, bồn chồn.
- Nhóm Xanthin: theophylin, diaphylin.
 - + Tác dụng: giãn phế quản. Tuy nhiên tác dụng giãn phế quản không bằng thuốc cường giao cảm trong khi vùng an toàn điều trị hẹp, dễ bị quá liều và nguy cơ xuất hiện tác dụng phụ cao nên thuốc này ít được lựa chọn đầu tiên trong điều trị cắt cơn.
 - + Tác dụng phụ: nôn, đau đầu, kích thích, co giật, rối loạn nhịp, gây lú lẫn ở người già.
- Thuốc kháng cholinergic: ipratropium bromid (atrovent), oxitropium (tersigat)

- + Tác dụng: giãn phế quản.
- + Tác dụng phụ: khô miệng, chán ăn.

5. Oxy liệu pháp

Không cho thở oxy 100% vì ức chế trung tâm hô hấp trong trường hợp suy hô hấp toàn bộ có tăng CO₂. Sự tăng áp lực oxy trong máu cải thiện thiếu oxy tổ chức sẽ làm giảm áp lực động mạch phổi.

6. Thuốc lợi tiểu và trợ tim mạch

* Thuốc lợi tiểu:

- Một số thuốc thường dùng: Furosemid, Hypothiazid, Spironolactone, Triamterene.
- Tác dụng: làm tăng đào thải nước tiểu do đó làm giảm khối lượng tuần hoàn vì thế làm giảm gánh nặng cho tim.
- Biến chứng có thể gặp khi dùng thuốc lợi tiểu là gây hạ K⁺ máu có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh nhất là khi dùng cùng với Digoxin.

Vì thế cần phải chú ý đến việc bù kali cho người bệnh và theo dõi điện giải máu.

* Thuốc trợ tim:

- Tác dụng của Digoxin: làm tăng sức bóp cơ tim, giảm nhịp tim.
- Chú ý: Không bao giờ được dùng phối hợp Digoxin với các muối calci (đường tĩnh mạch) vì có thể gây nên những rối loạn nhịp tim nặng, thậm chí có thể gây tử vong.
- Dấu hiệu nhiễm độc Digoxin
- * Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, ỉa chảy.
- * Rối loạn thần kinh: đau đầu, chóng mặt, ảo giác, mất phương hướng, mê sảng.
- * Rối loạn nhịp tim: ngoại tâm thu nhĩ và thất, nhịp nhanh thất, bloc nhĩ thất ...

7. Thuốc giãn mạch phổi như hydralazin, nhưng thuốc này có tác dụng làm giảm oxy máu.

8. Tập thở: rất quan trọng làm tăng độ giãn nở của phổi và lồng ngực, tăng thông khí phế nang.

V. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM PHẾ MẠN

1. Nhận định

1.1. Hỏi bệnh

* Hỏi tiền sử:

- Tiền sử gia đình về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh mạn tính đường hô hấp khác.
- Tiền sử tình trạng nặng của bệnh hoặc những lần nhập viện trước đây do những rối loạn của đường hô hấp.
- Phát hiện các triệu chứng cơ năng:

- + Khó thở: mức độ?
- + Mệt nhọc: mức độ? thở khò khè? có cảm giác ép chặt ngực?
- + Ho mạn tính: Ho gián đoạn? Ho xuất hiện cả ngày?
- + Khạc đờm: Tính chất, màu sắc, số lượng đờm.
- + Có tăng cân và phù không? Mức độ?
- + Đau ngực? Mức độ, điều kiện khởi phát?
- + Số lượng nước tiểu 24h? có giảm so với bình thường không?
- + Ăn, ngủ, đại tiểu tiện và trạng thái tinh thần?

1.2. Thăm khám

- Toàn thân: Thể trạng chung, có dấu hiệu nhiễm khuẩn?
- Tình trạng hô hấp:
 - + Tần số và biên độ thở?
 - + Xem có sử dụng các cơ hô hấp phụ hay không, co kéo cơ hô hấp?
 - + Có sử dụng cơ bụng khi thở ra không?
 - + Đường kính trước, sau của lồng ngực tăng lên?
 - + Nghe: rì rào phế nang giảm, ral rít, ral ngáy, trường hợp bội nhiễm có ral ẩm, ral nổ.
- Tình trạng tuần hoàn: Đếm mạch, đo huyết áp, nghe tim, đếm nhịp tim, nhận xét tiếng tim.
- Tĩnh mạch cổ nổi? Gan to? Ngón tay dùi trống?
- Có phù không? phù hai chi dưới hay phù toàn thân? Có tràn dịch các màng không?
- Đo lượng nước tiểu 24h?
- Các biểu hiện khác: ăn ngủ, đại tiểu tiện, trạng thái tinh thần.

1.3. Thu thập thông tin và tham khảo hồ sơ bệnh án

Giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, đơn thuốc cũ, các kết quả xét nghiệm máu, Xquang tim phổi, điện tim, y lệnh điều trị.....

2. Kế hoạch chăm sóc

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Ngăn chặn tình trạng suy hô hấp và các nguy cơ gây suy hô hấp.
- Cải thiện được sự trao đổi khí.
- Giảm úr trệ tuần hoàn ngoại vi.
- Hạn chế được tác dụng phụ của thuốc và không xảy ra ngộ độc thuốc.
- Các chăm sóc chung được đảm bảo nhằm giúp cho tình trạng suy tim được cải thiện, kiểm soát bệnh và ngăn ngừa biến chứng.

- Người bệnh được cung cấp các thông tin về bệnh và tự giác tuân thủ chế độ điều trị.

3. Thực hiện chăm sóc

3.1. Giải quyết tình trạng suy hô hấp và các nguy cơ gây suy hô hấp

- Loại bỏ tất cả các yếu tố kích thích phổi, nhất là thuốc lá.
- Thực hiện y lệnh thuốc: Dùng các thuốc giãn phế quản làm giảm co thắt, tăng khạc đờm.
 - + Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: Theophyllin gây run tay chân, nhịp tim nhanh, loạn nhịp, kích thích hệ thần kinh trung ương, tăng huyết áp.
 - + Nghe phổi sau khi khí dung thuốc giãn phế quản: Có cải thiện thông khí?
 - + Quan sát xem có đỡ khó thở: Tần số thở, kiểu thở, da và niêm mạc.
- Dẫn lưu tư thế để dẫn lưu dịch đờm, áp dụng ho có điều khiển để khạc đờm.
- Làm loãng dịch phế quản.
- + Động viên bệnh nhân uống nhiều nước (2 - 2,5l/ngày)
- + Khí dung nước để làm ẩm đường phế quản và long đờm.

3.2. Cải thiện trao đổi khí

- Phát hiện các biểu hiện thiếu oxy: Quan sát tình trạng buồn ngủ, bồn chồn, khó chịu, lú lẫn, tím, khó thở lúc nghỉ.
- Cho thở oxy ngắt quãng.
- Chuẩn bị trợ giúp cho việc đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo nếu suy hô hấp cấp và tăng CO₂ nhanh.

3.3. Giảm ứ trệ tuần hoàn ngoại vi

- Không để người bệnh thông hai chi xuống.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc lợi tiểu, chú ý bù kali.
- Chế độ ăn hạn chế nước, giảm muối.

3.4. Ngăn ngừa tác dụng phụ của thuốc và không để xảy ra ngộ độc thuốc

- Trước khi dùng thuốc trợ tim cho người bệnh, điều dưỡng cần phải đếm mạch cho người bệnh. Nếu thấy mạch chậm < 60l/ph phải ngừng thuốc và báo cáo bác sĩ.
- Theo dõi tác dụng của thuốc sau khi dùng; theo dõi nhịp tim trên monitor, nghe tim, đếm mạch, đo HA, đo lượng nước tiểu trong 24h.
 - Khi dùng thuốc lợi tiểu nên cho người bệnh uống vào buổi sáng (trừ trường hợp nặng và cấp cứu), theo dõi đáp ứng của cơ thể với thuốc bằng cách theo dõi lượng nước tiểu 24h và chú ý bù kali cho người bệnh.
- Dùng thuốc giãn phế quản.

+ Dùng Diaphylin hoặc Aminophylin cần pha với dung dịch Glucose ưu trương, tiêm tĩnh mạch chậm khoảng 3 - 5 phút. Có thể pha vào dung dịch Glucose đẳng trương truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

+ Dùng Corticoid

Đường khí dung: phải nhắc bệnh nhân súc miệng sau khi khí dung.

Đường uống: phải uống sau ăn.

Đường tiêm tĩnh mạch, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc uống.

- Dùng thuốc làm lỏng và loãng đờm như Acetylcystein cần phải cho uống sau khi ăn để tránh ảnh hưởng đến niêm mạc dạ dày.

- Chuẩn bị đầy đủ phương tiện: thuốc, dụng cụ thở ôxy, hô hấp hỗ trợ khi cần thiết có thể cấp cứu bệnh nhân kịp thời.

3.5. Các chăm sóc chung

a) Chế độ nghỉ ngơi sinh hoạt

- Người bệnh cần giảm hoặc bỏ hẳn các hoạt động gắng sức nhất là trong giai đoạn bệnh nặng lên: leo cao, mang nặng, rặn đẽ, táo bón, thể dục thể thao nặng...

b) Chế độ ăn uống

- Giảm muối tùy thuộc vào mức độ suy tim.

- Giảm và bỏ các chất kích thích (thuốc lá, rượu, cà phê, chè đặc).

- Ăn nhiều hoa quả có nhiều vitamin và kali như chuối tiêu, cam, hồng xiêm, chanh, nho...

- Uống nước hạn chế dựa vào số lượng nước tiểu trong 24h: Tổng lượng nước đưa vào cơ thể do uống (hoặc truyền) bằng tổng số lượng nước tiểu 24h cộng với từ 300ml đến 500ml.

- Tránh táo bón: ăn nhiều rau xanh, hoa quả.

- Khuyến khích người bệnh ăn nhiều, bữa nhỏ nếu người bệnh khó thở.

3.6. Bổ sung kiến thức về viêm phổi cho người bệnh

- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.

- Giải thích tác hại của thuốc và khuyên người bệnh bỏ hút thuốc.

- Hướng dẫn chế độ tập luyện và giải thích để người bệnh tự giác tập luyện: Tập thở sâu, tập ho để làm sạch phổi, làm giãn nở phổi và phục hồi chức năng hô hấp.

- Hướng dẫn người bệnh cách tự theo dõi tiến triển của bệnh: mức độ khó thở, đo lượng nước tiểu/24h, cách phát hiện phù, theo dõi cân nặng. Khi có các dấu hiệu bất thường người bệnh cần phải đi khám bệnh ngay.

BÀI 20

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá.*
- 2. Mô tả được các triệu chứng, tiến triển và biến chứng của người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá.*
- 3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh xuất huyết tiêu hoá.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất huyết đường tiêu hoá là do máu thoát ra khỏi thành mạch đường tiêu hoá chảy vào trong lòng ống tiêu hoá. Xuất huyết tiêu hoá bao gồm chảy máu do tổn thương từ thực quản đến hậu môn.

+ Xuất huyết tiêu hoá trên: từ góc Treitz trở lên.

+ Xuất huyết tiêu hoá dưới: từ góc Treitz trở xuống.

- Đây là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, người bệnh phải được theo dõi sát và đánh giá đúng tình trạng mất máu, đồng thời tìm nguyên nhân chảy máu để điều trị kịp thời, có hiệu quả bởi vì nó có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh trong một thời gian rất ngắn, có thể vài giờ, thậm chí vài phút. Do vậy điều dưỡng phải phối hợp với bác sỹ và có thái độ xử trí kịp thời để tránh nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

- Nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá có thể có nhiều, nhưng loét dạ dày - tá tràng và tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hai nguyên nhân hay gặp. Xuất huyết tiêu hoá có thể là kết quả của sự huỷ thành mạch do viêm cấp chảy máu, do giảm thấm tính của thành mạch, do phát triển sỏi mòn ở ổ loét và do giãn vỡ các mạch máu ở ống tiêu hoá.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá trên

2.1.1. Do các tổn thương trực tiếp ở dạ dày - tá tràng

- Loét dạ dày - tá tràng.

- Viêm cấp chảy máu ở dạ dày - tá tràng (do uống thuốc aspirin, corticoid, kali phenylbutazon...).

- Ung thư dạ dày.

- Polip ở dạ dày - tá tràng.

- Nguyên nhân hiếm gặp hơn: thoát vị lỗ thực quản cơ hoành, lao dạ dày...

2.1.2. Do bệnh lý ngoài ống tiêu hoá:

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa gây giãn vỡ tĩnh mạch thực quản trong xơ gan, tắc tĩnh mạch trên gan ...
- Bệnh lý ở tuỷ xương gây rối loạn đông máu và chảy máu (ở bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu kinh, suy tuỷ xương, chảy máu kéo dài).
- Chảy máu ở một số bệnh lý toàn thân: ure máu cao, huyết áp cao, ngộ độc các chất lân hữu cơ...
- Chảy máu đường mật (ở bệnh viêm loét đường mật, sỏi mật).
- Dùng thuốc chống đông quá liều.

2.2. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá dưới

- Trĩ hậu môn.
- Viêm loét chảy máu ở trực tràng, đại tràng.
- Polip trực tràng, đại tràng (có viêm chảy máu).
- Ung thư trực tràng, đại tràng.

III. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Xuất huyết tiêu hoá trên

- Nôn ra máu: nôn ra máu tươi hoặc máu đen, máu cục, máu có lẫn thức ăn hoặc không.
- Đi ngoài phân đen: đi ngoài phân đen lỏng như bã cà phê, nhựa đường và có mùi thối khắm. Nếu người bệnh bị chảy máu nhiều thì đi ngoài phân thường lỏng, nước màu đỏ xen lẫn phân lỏng màu đen. Người bệnh có thể vừa nôn ra máu và ỉa phân đen, nhưng cũng có thể chỉ có đi ngoài phân đen mà không có nôn ra máu.
- Tình trạng toàn thân: tùy theo mức độ chảy máu mà có các triệu chứng lâm sàng khác nhau. Nếu chảy máu ít, người bệnh mệt mỏi, choáng váng thoáng qua, mạch hơi nhanh và huyết áp bình thường. Nếu chảy máu vừa và nặng, người bệnh mệt mỏi, choáng váng, chóng mặt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, đái ít, vô niệu.

- Đánh giá mức độ mất máu theo khối lượng máu đã mất:
 - + Số lượng khoảng < 200ml là bị mất máu mức độ nhẹ.
 - + Số lượng khoảng 200-500ml là bị mất máu mức trung bình.
 - + Số lượng khoảng > 500ml là trong tình trạng mất máu nặng.

Nhưng trên thực tế lâm sàng số lượng máu nôn ra hoặc ỉa ra không phản ánh đúng tình trạng mất máu vì số lượng này còn lẫn với dịch vị và thức ăn, chưa kể đến vẫn còn nằm ở trong ống tiêu hoá chưa thải ra được. Do đó để đánh giá mức độ mất máu của người bệnh phải kết hợp thăm khám trên lâm sàng, tình trạng toàn thân và theo dõi sát diễn biến của bệnh kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng để phát hiện tình trạng mất máu nặng.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Ho ra máu: máu ra ngay sau khi ho, máu đỏ tươi có lẫn bọt. Máu ra nhiều lần rải rác trong nhiều ngày có phản ứng kiềm.

+ Chảy máu cam: máu chảy qua đường mũi đỏ tươi và khạc cả ra đường mồm.

+ Người bệnh có thể nuốt vào và nôn ra máu cục: muốn phân biệt cần phải hỏi tiền sử bệnh, kết hợp thăm khám tai, mũi, họng.

+ Uống những thuốc có màu đen (than) ăn tiết canh rồi nôn ra: muốn phân biệt cần xem kỹ chất nôn và hỏi người bệnh.

Sốc mất máu là tình trạng nặng nhất do giảm thể tích máu đột ngột, thường xuất hiện sau khi nôn ra máu nhiều hoặc sau khi ỉa phân đen.

Biểu hiện của sốc mất máu như sau:

+ Da xanh tái, vã mồ hôi.

+ Niêm mạc, môi, mắt trắng bệch.

+ Chân tay lạnh, thở nhanh.

+ Mạch nhanh nhỏ, khó bắt.

+ Huyết áp thấp và kẹt huyết áp.

3.1.2. Xuất huyết tiêu hoá dưới

- Ỉa ra máu tươi, máu cục lẫn theo phân hoặc ra sau phân, có khi máu chảy thành tia (ở bệnh trĩ).

- Ỉa ra máu tươi lẫn chất nhầy theo phân hoặc lẫn mủ.

- Tình trạng toàn thân: tùy thuộc vào khối lượng máu mất nhiều hay ít (như đã nêu ở phần trên).

Chảy máu ở phần dưới ống tiêu hoá thường là chảy ít, mạn tính.

3.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm cận lâm sàng để xác định tình trạng mất máu và nguyên nhân chảy máu.

- Xét nghiệm:

+ Công thức máu, hematocrit, hemoglobin trong vài giờ đầu chảy máu thì chưa có thay đổi nhiều, do đó phải kết hợp với các triệu chứng lâm sàng để đánh giá mức độ chảy máu. Trong trường hợp người bệnh có loét dạ dày- tá tràng hoặc đang dùng thuốc aspirin, prednisolon... cần nghĩ ngay đến chảy máu dạ dày- tá tràng.

+ Xét nghiệm chức năng gan, mật (nếu nghi ngờ xơ gan, chảy máu đường mật).

+ Xét nghiệm phân (soi, cấy phân).

- Nội soi:

+ Nội soi thực quản, dạ dày là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất, cho thấy những tổn thương dù là nhỏ nhất và cho biết nguyên nhân chảy máu và vị trí chảy máu để có thái độ xử trí kịp thời.

Nội soi được tiến hành càng sớm càng tốt. Nếu người bệnh đang trong tình trạng sốc mất máu thì vừa hồi sức nâng huyết áp vừa phải soi cấp cứu.

- + Soi trực tràng và đại tràng.

- Chụp Xquang:

- + Chụp Xquang dạ dày có thể chụp cấp cứu. Chụp Xquang có thể không tìm được nguyên nhân, thậm chí có thể có hình ảnh tổn thương giả tạo (trường hợp ổ loét phù nề làm cho thuốc không thể ngấm vào được hoặc có cục máu đông trong dạ dày rất dễ nhầm lẫn).

- + Chụp Xquang khung đại tràng.

- Chụp động mạch chọn lọc.

- Đặt sonde dạ dày theo dõi chảy máu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Khi người bệnh xuất huyết tiêu hoá cần:

- Phục hồi khối lượng tuần hoàn (dịch hoặc máu).

- Thực hiện ngay các biện pháp cầm máu.

- Điều trị nguyên nhân để người bệnh không bị chảy máu tái phát.

4.2. Hồi sức cấp cứu:

- Cho người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở Oxy nếu có khó thở nhiều.

- Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch để bù khối lượng tuần hoàn như dextran, nếu không có cho NaCl 0.9%, Glucose 5%-10%.

- Dùng thuốc trợ tim nếu có rối loạn chức năng tim.

- Trường hợp mất máu nhiều và rất nặng: tốt nhất phải truyền máu, khối lượng máu truyền tùy thuộc vào chỉ số mạch, huyết áp và kết quả xét nghiệm máu.

- Trường hợp mất máu nhẹ và vừa cần:

- + Để người bệnh nằm yên tĩnh, theo dõi.

- + Truyền NaCl 0.9% 500ml.

- + Cho các thuốc an thần hoặc bacbituric làm giảm sự co bóp của dạ dày.

- + Trường hợp mất máu vừa tiên lượng chưa cầm thì phải cho truyền máu.

- + Ăn nhẹ, lỏng, dễ tiêu.

- Gửi đi nội soi dạ dày cấp cứu khi tình trạng người bệnh cho phép.

4.3. Điều trị theo nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hoá

4.3.1. Do loét dạ dày:

Cầm máu qua nội soi: phương pháp quang đông (cầm máu bằng laser), phương pháp điện đông, nhiệt đông, kẹp cầm máu... truyền dịch NaCl 0.9%, dung dịch Adrenalin 1/10.000.

Tiêm tĩnh mạch cimetidin 1g/ngày, zantac 300mg/ngày, losec 40mg/ngày x 3 ngày đầu, sau đó dùng đường uống.

4.3.2. Do vỡ tĩnh mạch thực quản

- Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản qua nội soi.
- Thắt tĩnh mạch thực quản.
- Thuốc làm giảm áp lực tĩnh mạch thực quản.
- Thuốc làm giảm bùa tiết HCl.

4.4. Điều trị ngoại khoa

Khi điều trị nội khoa tích cực không có kết quả phải chuyển sang điều trị ngoại khoa để phẫu thuật cầm máu.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

5.1. Nhận định

5.1.1. Hỏi bệnh: hỏi người bệnh để phát hiện các dấu hiệu chảy máu tiêu hoá

- Nôn ra máu, ỉa phân đen (thời gian từ bao giờ, khối lượng và tính chất).
- Đau bụng, sốt, mệt mỏi, choáng váng....
- Trước khi nôn ra máu, ỉa ra phân đen có uống thuốc aspirin, prednizolon,... hay không, có uống rượu, lao động nặng nhọc, thức khuya và có lo lắng gì không.
- Tiền sử bệnh loét dạ dày- tá tràng, xơ gan, viêm loét đường mật, sỏi mật, bệnh bạch cầu cấp và kinh, trĩ hậu môn, bệnh trực tràng và đại tràng.

5.1.2. Thăm khám

- Quan sát thể trạng chung, da và niêm mạc, chất nôn, phân và nước tiểu.
- Đo mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Quan sát và khám bụng, thăm khám trực tràng và hậu môn.

5.1.3. Thu thập thông tin: các kết quả đã có (xét nghiệm máu, phân, Xquang, nội soi...), tham khảo hồ sơ bệnh án.

5.2. Lập kế hoạch chăm sóc

5.2.1. Giảm nguy cơ sốc cho người bệnh.

* Khi người bệnh ở cơ sở y tế:

- Cho người bệnh nằm bất động tại giường, đầu thấp, các nhu cầu sinh hoạt tại giường.

- Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương:

+ Lấy máu xét nghiệm: công thức máu, hematocrit, hemoglobin, nhóm máu.

- + Tiêm truyền: thuốc cầm máu, truyền dịch, truyền máu.
- Đặt sonde dạ dày để theo dõi máu đang chảy hay đã ngừng. Qua sonde dạ dày làm sạch dạ dày bằng nước lạnh theo y lệnh.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp (30phút/lần). Theo dõi lượng nước tiểu 1h/lần. Nếu bất thường báo cáo bác sỹ xử trí kịp thời.
- Phụ giúp bác sỹ đặt cathete tĩnh mạch trung tâm khi cần.
- * Trường hợp cấp cứu người bệnh tại nhà:
 Khi người bệnh bị chảy máu tiêu hoá tại nhà, việc đầu tiên người điều dưỡng phải:
 - Đánh giá sơ bộ tình trạng, mức độ mất máu của người bệnh (nhẹ, vừa hay nặng).
 - Đặt người bệnh nằm bất động trên giường hoặc cáng, để đầu thấp.
 - Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch.
 - Chống sốc: thuốc nâng huyết áp, thở oxy (nếu có khó thở).
 - Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, sắc mặt, sự vã mồ hôi.
 - Chuẩn bị phương tiện để chuyển người bệnh về bệnh viện gần nhất có đầy đủ phương tiện để cấp cứu khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

5.2.2. Giảm đau vùng thương vị:

- Chườm lạnh vùng thương vị.
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau đầy đủ và chính xác.

5.2.3. Xây dựng chế độ ăn uống phù hợp với tình trạng bệnh.

- Khi còn chảy máu:
 - + Tạm thời ngừng ăn, truyền dịch, điện giải.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc, cần đặc biệt lưu ý tiêm truyền theo y lệnh một cách khẩn trương, đặt sonde dạ dày theo dõi chảy máu, đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (nếu mất máu nặng), chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, thuốc men để sẵn sàng cấp cứu cho người bệnh theo y lệnh của thầy thuốc.
- Khi có biểu hiện cầm máu:
 - + Ăn lỏng, thức ăn phải để lạnh.
 - + Chọn thức ăn dễ hấp thu như cháo, sữa, súp nghiền, nước trái cây.
 - + Không nên ăn quá nhiều, không nên để người bệnh nhịn đói.
 - + Nên cho ăn làm nhiều bữa nhỏ.
- Khi ngừng chảy máu hoàn toàn: cho ăn đặc dần.
- Bỏ rượu, cà phê, thuốc lá.

5.2.4. Giảm lo lắng cho bệnh nhân

- Giải thích để người bệnh tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Thực hiện y lệnh thuốc an thần.

- Khi chảy máu đã ngừng và ổn định cần hướng dẫn người bệnh những phương pháp như thư giãn nghỉ ngơi để giảm lo lắng.

5.2.5. *Giáo dục sức khỏe*

- Phòng và tránh bị bệnh bằng cách lao động và nghỉ ngơi hợp lý.
- Hướng dẫn người bệnh cách phát hiện sớm tình trạng xuất huyết tiêu hóa để điều trị kịp thời.
- Khuyến người bệnh không uống rượu, cafe, không uống thuốc gây kích thích dạ dày như aspirin, các loại corticoid...

5.3. **Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

Thực hiện theo phân lập kế hoạch chăm sóc.

5.4. **Đánh giá**

Người bệnh chảy máu tiêu hoá được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh được nghỉ ngơi yên tĩnh, giảm hoặc hết lo lắng về bệnh tật.
- Người bệnh được theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, chất nôn, phân để phát hiện tình trạng chảy máu còn hay đã được cầm máu.
- Y lệnh điều trị và chăm sóc được thực hiện một cách khẩn trương, đầy đủ và chính xác.
- Khi ra viện, người bệnh được hướng dẫn cách phát hiện sớm hiện tượng chảy máu tiêu hoá, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi và làm việc hợp lý để tránh các yếu tố làm bệnh nặng thêm.

PHẦN II. BỆNH TÂM THẦN

BÀI 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nội dung và đối tượng nghiên cứu của tâm thần học.*
- 2. Phân biệt được sự khác nhau giữa bệnh thần kinh và bệnh tâm thần.*
- 3. Trình bày được nguyên nhân của các bệnh tâm thần.*
- 4. Trình bày được các triệu chứng thường gặp của các bệnh tâm thần.*

I. NỘI DUNG CỦA TÂM THẦN HỌC

- Tâm thần học là một bộ môn trong y học có nhiệm vụ nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng, bệnh nguyên, bệnh sinh, cách phòng và chữa các bệnh tâm thần.

- Trên thế giới, tâm thần là một ngành lớn trong y học, nó chiếm 53% trong tổng số giường bệnh ở nhiều nước.

- Ở Việt Nam môn tâm thần học được thành lập từ năm 1957 cùng với môn thần kinh học. Đến năm 1969 được tách ra thành một bộ môn độc lập.

- Tâm thần học được chia làm hai phần:

+ Phần cơ sở: đi sâu vào nghiên cứu các quy luật biểu hiện và phát triển của các triệu chứng, hội chứng rối loạn tâm thần, bản chất của các quá trình tâm thần bệnh lý, các vấn đề về bệnh nguyên, bệnh sinh, nguyên tắc phân loại bệnh, nguyên tắc khám và theo dõi bệnh tâm thần.

+ Phần bệnh học: đi sâu nghiên cứu riêng từng loại bệnh tâm thần khác nhau, mỗi bệnh tâm thần có những đặc điểm riêng, cách khởi phát bệnh, nguyên nhân và triệu chứng lâm sàng khác nhau như tâm thần học ở trẻ em, ở người già, giám định pháp y tâm thần, dịch tễ học tâm thần, tâm thần học xã hội, tâm thần được lý, sinh hóa tâm thần...

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA TÂM THẦN HỌC

- Bản chất của hoạt động tâm thần là một hoạt động phản ánh thực tại khách quan vào trong chủ quan mỗi người, thông qua bộ não là tổ chức cao nhất trong quá trình tiến hóa của vật chất.

- Đối tượng nghiên cứu của tâm thần học là các bệnh tâm thần, bệnh tâm thần do nhiều căn nguyên gây ra nhưng cuối cùng đều tác động vào hoạt động của não bộ làm cho các hoạt động nhận cảm về cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức... bị sai lệch, từ đó làm cho người bệnh có những ý nghĩa, cảm xúc, hành vi, tác phong, tư duy lệch lạc, không phù hợp với thực tại và người bệnh tách biệt với môi trường xung quanh.

- Có những bệnh tâm thần nặng như các bệnh loạn thần, quá trình phản ánh thực tại sai lệch trầm trọng, hành vi, tác phong bị rối loạn nhiều. Nhưng cũng có nhiều bệnh tâm thần nhẹ như các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh, tuy quá trình phản ánh thực tại cũng như hành vi tác phong ít rối loạn, người bệnh vẫn có thể sinh hoạt, lao động, học tập được, tuy có giảm sút.

- Bệnh tâm thần gồm các loại sau:

+ Bệnh rối loạn tâm thần: tâm thần phân liệt, loạn thần tuổi già...

+ Các bệnh tâm căn: rối loạn phân ly (Hysteria), tâm căn suy nhược...

+ Các bệnh về nhân cách.

+ Các trạng thái chậm phát triển tâm thần.

- Người bệnh tâm thần ở trạng thái kích động có thể có những hành vi gây rối loạn trật tự nơi công cộng, đôi khi có những hành động nguy hiểm như đốt nhà, gây gỗ với người khác...

- Một số bệnh tâm thần nếu không được điều trị kịp thời và đúng, làm cho người bệnh có thể dẫn tới trạng thái sa sút về trí tuệ và sẽ là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

III. LIÊN QUAN GIỮA TÂM THẦN HỌC VỚI CÁC NGÀNH KHOA HỌC KHÁC

- Bệnh tâm thần là lĩnh vực nghiên cứu khó khăn, phức tạp đứng hàng đầu trong y học, nó đòi hỏi phải áp dụng nhiều lĩnh vực của đời sống xã hội vào nghiên cứu vì thế nó liên quan với rất nhiều các ngành khoa học khác như toán học, xã hội học, tâm lý học, pháp luật, di truyền học, triết học.

- Trong y học nó liên quan tới tất cả các chuyên khoa, đặc biệt là một số chuyên khoa như thần kinh, nội tiết, sinh hóa, giải phẫu...

3.1. Liên quan với các môn lâm sàng

- Với thần kinh học: cần chú ý đến các bệnh nhiễm khuẩn hệ thần kinh như: viêm não, giang mai, thấp não, chấn thương sọ não...

- Với nội khoa và chuyên khoa lâm sàng khác: bệnh tâm thần là một bệnh toàn thân, mỗi bệnh tật trên cơ thể đều có thể gây rối loạn tâm thần. Trong đó chúng ta cần chú ý nhiều đến các bệnh tim mạch, nội tiết...thường gây ra những bệnh cảnh rối loạn tâm thần đa dạng, phức tạp.

3.2. Liên quan với các môn cận lâm sàng

- Sinh hóa: ngày nay người ta đã chứng minh được rằng các hoạt động tâm thần bình thường như cảm xúc, trí nhớ, tri giác...cũng như các hội chứng tâm thần như trầm cảm, loạn cảm, căng trương lực...đều xuất hiện trên cơ sở những biến đổi sinh hóa của các tế bào trong não bộ. Những chất được nhắc đến như các acid amin, catecholamin, serotonin, GABA...

- Giải phẫu bệnh: trước đây cho rằng bệnh tâm thần là những bệnh không có tổn thương về mặt hình thái của hệ thần kinh, chỉ tồn tại trên những kính hiển vi thông thường.

Hiện nay với kính hiển vi điện tử, nhiều tác giả trên thế giới đang nghiên cứu những biến đổi tinh vi của hệ thần kinh, kể cả trong các bệnh tâm thần được coi là nội sinh. Ví dụ như bệnh tâm thần phân liệt trước đây chưa được hiểu nhiều về nguyên nhân, nhưng gần đây qua nghiên cứu về gen người ta thấy có những bất thường trong một số gen...

- Miễn dịch học: cơ chế tự miễn dịch đang được dùng để giải thích một số bệnh khác nhau, trong đó có các bệnh tâm thần. Nhiều công trình nghiên cứu đang mở những hướng mới trong nghiên cứu nguyên nhân miễn dịch của các bệnh tâm thần.

- Di truyền học: ngày nay di truyền học hiện đại đang đi sâu nghiên cứu vào lĩnh vực tâm thần học, căn nguyên của một số bệnh tâm thần đang được nghiên cứu nhất là những trường hợp trí tuệ thiếu năng do rối loạn nhiễm sắc thể. Yếu tố di truyền đang được nghiên cứu rộng rãi trong tâm thần học.

- Điện sinh lý và sinh lý thần kinh cao cấp: sinh lý thần kinh cao cấp đã có nhiều đóng góp cho khoa học về các bệnh tâm thần, hiện nay môn điện sinh lý thần kinh đang không ngừng bổ sung những kiến thức mới như sự phát triển của khoa học trong lĩnh vực điện não cho phép nghiên cứu được các vùng chức năng của não bộ.

3.3. Liên quan với các môn khoa học xã hội

Có thể thấy rằng sự liên quan giữa các ngành khoa học tự nhiên và khoa học xã hội được thể hiện rõ nhất trong tâm thần học. Là nơi tập trung mũi nhọn đấu tranh giữa các quan điểm, các thuyết về bản chất của hoạt động tâm thần lúc bình thường và khi bị rối loạn. Mọi liên quan được thể hiện rõ trong các ngành như triết học, tâm lý, giáo dục, pháp lý...

- Triết học: những vấn đề trong tâm thần học, bản chất của tâm thần, mối liên quan giữa tâm thần và cơ thể, môi trường sống, giữa ý thức và vô thức, giữa hoạt động có ý chí và bản năng...

- Tâm lý học: tâm lý học đại cương và tâm lý học y học là cơ sở chủ yếu của tâm thần học, các nghiệm pháp tâm lý có tác dụng lớn trong chẩn đoán các bệnh tâm thần.

- Giáo dục: giáo dục là một trong những biện pháp chữa bệnh tâm thần quan trọng ở các bệnh viện, người thầy thuốc cần nắm vững về giáo dục học để uốn nắn lại các em bé bị rối loạn nhân cách, rối loạn tác phong, dạy chữ cho các trường hợp thiếu năng trí tuệ..

- Pháp lý: khi bệnh nhân tâm thần có hành vi xâm phạm vào tài sản, tính mạng của người khác thì cùng với ngành pháp luật người thầy thuốc tâm thần phải giám định về mặt pháp lý, đưa ra những nhận định khách quan nhất về bệnh tật giúp cho những nhà nghiên cứu về pháp luật có căn cứ để xem người đó có mắc bệnh tâm thần hay không và những tội lỗi mà họ gây ra có phải là do khi đó bản thân họ không làm chủ được ý nghĩ và hành vi của mình hay không và có phải chịu trách nhiệm về các hành vi đó hay không, ở mức độ nào...

IV. TÍNH PHỔ BIẾN VÀ TÁC HẠI CỦA BỆNH TÂM THẦN

- Trong cuộc sống sự phát sinh và phát triển của bệnh tâm thần liên quan đến nhiều yếu tố như công nghệ càng hiện đại, cuộc sống căng thẳng, tốc độ đô thị hóa càng cao, môi trường ô nhiễm thì bệnh tâm thần phát sinh và phát triển ngày càng nhiều.

- Theo thống kê tại một số nước trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh từ 0,3 đến 1% dân số, bệnh tâm căn chiếm từ 5-6% dân số và một số nghiên cứu gần đây còn cho thấy khoảng từ 20-25% dân số ở một số nước có những biểu hiện bị tác động xấu về tâm thần.

- Bệnh tâm thần tuy không gây chết người ngay nhưng nó có ảnh hưởng vô cùng lớn đến đời sống xã hội, làm giảm sút khả năng lao động, đôi khi làm rối loạn trật tự xã hội, đảo lộn đời sống trong gia đình. Làm kinh tế gia đình lâm vào tình trạng khó khăn, người bệnh tâm thần là gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội.

- Một số người bệnh tâm thần đôi lúc còn là mối nguy hiểm cho xã hội, vì không làm chủ được hành động của mình, ví dụ như khi người bệnh ở trạng thái kích động, đập phá, giết người, đốt nhà, gây rối nơi công cộng...

V. MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH TÂM THẦN VÀ BỆNH THẦN KINH

5.1. Mối liên quan

- Trong thực tế, một số bệnh thần kinh có tổn thương tại não bộ, ít nhiều đều có những thay đổi về cảm xúc, ý thức, trí nhớ. Ngược lại những bệnh tâm thần nội sinh như tâm thần phân liệt người ta cũng thấy có những biến đổi về trương lực cơ, phản xạ da, phản xạ đồng tử.

- Ngày nay người ta còn thấy những biến đổi trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ hoặc các phương pháp thăm dò hiện đại khác...

5.2. Sự khác nhau

- Hệ thần kinh có nhiều chức năng chuyên biệt, trong đó có hai chức năng là tiếp thu thông tin và thực hiện điều khiển các hoạt động của cơ thể.

- Bệnh thần kinh cũng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra làm tổn thương mô thần kinh, từ đó gây rối loạn chức năng tiếp thu và thực hiện của con người.

- Trong bệnh thần kinh ít nhiều đều có thể thấy được những tổn thương về mặt hình thái của mô thần kinh, còn đối với bệnh tâm thần thuần túy (nội sinh) chưa phát hiện được những biến đổi rõ rệt, đặc hiệu mà chỉ phát hiện được những rối loạn tinh vi tại hệ thần kinh.

- Có thể phân biệt một cách đơn giản qua một số điểm cơ bản sau đây:

Bệnh thần kinh	Bệnh tâm thần
- Có tổn thương thực thể tại hệ thần kinh. - Người bệnh có biểu hiện vận động khó khăn do bị liệt. - Ăn uống khó khăn. - Không có những ý nghĩ, cảm xúc hành vi bất thường.	- Chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu tại hệ thần kinh. - Vận động tốt. - Ăn uống dễ dàng. - Có những ý nghĩ, cảm xúc hành vi bất thường.

VI. NGUYÊN NHÂN CỦA CÁC BỆNH TÂM THẦN

6.1. Nguyên nhân thực thể

- Do tổn thương trực tiếp tại mô não.
- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm trùng thần kinh: viêm não, viêm màng não, giang mai não, áp xe não...
- Nhiễm độc thần kinh: do rượu, thuốc ngủ, ma túy, các thuốc tác động lên máu não...
- Các bệnh mạch máu não: tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, tai biến mạch máu não..
- Các bệnh gây tổn thương thực thể tại não bộ: u não, teo não..
- Các bệnh nội tiết, chuyển hóa và thiếu vitamin...

6.2. Nguyên nhân tâm lý (các trạng thái phản ứng)

- Loạn thần phản ứng.
- Bệnh tâm căn (rối loạn phân ly, tâm căn suy nhược, ám ảnh, suy nhược tâm thần...).

6.3. Nguyên nhân do cấu tạo thể chất bất thường và sự phát triển tâm thần bệnh lý

- Các loại thiếu năng trí tuệ.
- Các trạng thái nhân cách bệnh.

6.4. Nguyên nhân chưa rõ

Do sự kết hợp phức tạp giữa nhiều yếu tố khác nhau như di truyền, rối loạn chuyển hóa, tự miễn, cấu tạo thể chất. Các bệnh thường gặp là:

- Bệnh tâm thần phân liệt.
- Bệnh loạn thần hưng trầm cảm.
- Bệnh động kinh nguyên phát.
- Bệnh loạn thần tuổi già và trước tuổi già.

VII. NHỮNG YẾU TỐ THUẬN LỢI CHO BỆNH TÂM THẦN PHÁT SINH

7.1. Yếu tố di truyền

- Trong tâm thần học đôi khi nó là nguyên nhân của một số bệnh tâm thần nhưng cũng có khi chỉ là yếu tố thuận lợi.

- Một bệnh nào đó có thể xuất hiện trong một gia đình có nhiều người bị, nhưng cũng có thể xuất hiện lần đầu trong một gia đình không có ai bị bệnh. Có khi cả hai bố mẹ đều bị nhưng con cái không bị bệnh. Vì vậy nhân tố di truyền có trường hợp chỉ được xem như một nhân tố thuận lợi thúc đẩy bệnh tâm thần phát sinh mà thôi.

7.2. Nhân cách

- Nhân cách là toàn bộ đặc điểm tâm lý của con người, là tổng hợp những nét độc đáo của một con người, làm cho người này có những đặc điểm khác với người khác.

- Nhân cách mạnh, bền vững là một nhân tố tốt để chống đỡ bệnh tâm thần, nhất là các bệnh có căn nguyên tâm lý. Khi bị bệnh rồi, nếu có nhân cách vững sẽ tạo điều kiện cho bệnh hồi phục nhanh.

- Nhân cách yếu, không cân đối, kém chịu đựng là cơ sở thuận lợi cho bệnh tâm thần phát triển mạnh hơn và bệnh hồi phục cũng chậm hơn.

- Nhân cách có khi lại là yếu tố quyết định thể lâm sàng của người bệnh. Ví dụ bệnh tâm căn Hysteria thường xuất hiện ở những người có nhân cách thuộc loại nghệ sỹ yếu.

- Một số bệnh tâm thần cũng làm biến đổi nhân cách theo những kiểu riêng như nhân cách kiểu phân liệt, nhân cách kiểu động kinh...

7.3. Lứa tuổi

- Mỗi một lứa tuổi có những đặc điểm tâm lý và sinh lý riêng. Với bệnh tâm thần, trong các đặc điểm lâm sàng có đặc điểm của lứa tuổi.

- Trẻ em thường phát sinh ra các trạng thái nhân cách bệnh và bệnh tâm căn do cảm xúc mạnh như lo sợ độ cao, sợ hãi quá mức...

- Tuổi dậy thì và thanh niên là thời kỳ dễ bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt và các trạng thái phản ánh.

- Tuổi già là tuổi dễ bị bệnh tâm thần do tổn thương thực thể tại các tế bào não (xơ vữa mạch, teo não...).

7.4. Giới tính

- Theo thống kê trên toàn thế giới, nam giới bị tâm thần nhiều hơn nữ theo tỷ lệ 6/5. Nam giới thường gặp các bệnh như: liệt toàn thể tiến triển, loạn thần do chấn thương sọ não, nhiễm độc rượu, động kinh... còn nữ giới thường gặp các bệnh như tâm căn Hysteria, loạn thần hưng trầm cảm, trầm cảm thoái triển...

- Đặc biệt phụ nữ thường có những rối loạn tâm thần vào các thời kỳ đặc biệt của tuyến sinh dục như dậy thì, hành kinh, sinh đẻ, mãn kinh...

7.5. Tình trạng toàn thân

Khi sức khỏe bị giảm sút thường có các bệnh tâm thần xuất hiện và ngược lại khi bị bệnh tâm thần cũng ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, có khi suy kiệt và tử vong. Chính vì thế nên trong điều trị cần đặc biệt quan tâm đến chăm sóc, nâng cao thể trạng cho bệnh nhân, giúp bệnh tâm thần hồi phục nhanh hơn.

VIII. MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

8.1. Rối loạn cảm giác

- Tăng cảm giác: do ngưỡng kích thích hạ xuống, bệnh nhân có các biểu hiện khi có những kích thích bình thường bệnh nhân cũng cho là mạnh quá không chịu được như nghe tiếng trống lại thấy như tiếng bom, ánh sáng bình thường cũng không chịu nổi nên phải nhắm mắt lại...

- Giảm cảm giác: do ngưỡng kích thích tăng lên nên các kích thích bình thường bệnh nhân cũng không nhận biết được hoặc nhận biết không rõ, bệnh nhân cho là ánh sáng quá yếu, tiếng nói quá nhỏ, xa xăm...

- Loạn cảm giác bản thể: thường gặp trong hội chứng nghi bệnh, các trạng thái trầm cảm. Bệnh nhân thường xuyên cảm thấy bứt rứt, đau nhức, rất khó chịu trong cơ thể, cảm giác như kiến bò, đau nhiều chỗ không mô tả được...

8.2. Ảo tưởng

- Là bệnh nhân tri giác, cảm nhận sai lệch toàn bộ về một sự vật hiện tượng có thật trong hiện tại khách quan, có nhiều loại ảo tưởng như: ảo tưởng cảm xúc, ảo tưởng lời nói, ảo ảnh kỳ lạ...

- Khi ở trạng thái hưng phấn, bệnh nhân có ảo tưởng về những sự vật vui vẻ, ví dụ như thấy mọi người tập trung đến chào đón, còn khi ở trạng thái trầm cảm bệnh nhân có ảo tưởng về những sự việc buồn bã, ảm đạm, cảnh vật cũng trở nên buồn tẻ...

- Ở người bình thường, ảo tưởng cũng có thể xuất hiện trong những điều kiện làm trở ngại quá trình tri giác như: không chú ý đầy đủ, ánh sáng mờ, tiếng nói không rõ ràng, trạng thái cơ thể quá mệt mỏi, quá lo lắng sợ hãi, chờ đợi lâu. Tuy nhiên nó nhanh chóng mất đi khi các trở ngại không còn nữa.

- Trong các trạng thái bệnh lý, người ta chia ra các loại ảo tưởng như:

+ Ảo tưởng cảm xúc thường xuất hiện trong các trạng thái bệnh lý như lo âu, sợ hãi và trạng thái trầm cảm, hưng phấn.

+ Ảo tưởng lời nói: xuất hiện trong những trạng thái trầm cảm, bệnh nhân nghe những lời nói thông thường thành những câu tố giác, sỉ vả...

+ Ảo ảnh kỳ lạ: là những ảo tưởng rất phong phú, sinh động là kỳ lạ xuất hiện ngoài ý chí của bệnh nhân, không phụ thuộc vào biến đổi cảm xúc, nó dồn dập đến và thay thế sự việc bên ngoài, bệnh nhân nhìn vào những chấm sáng trên tường, những đám mây, vết loang lổ trên tường lại thấy chúng biến đổi kỳ dị, thành những hình ảnh quái gở, cảnh tượng sinh động gây thích thú...

8.3. Ảo giác

- Là biểu hiện bệnh nhân cảm giác như có thật về một sự vật hiện tượng không hề có trong thực tại khách quan, ảo giác tồn tại hay mất đi không phụ thuộc vào ý muốn của bệnh nhân, nó có thể kèm theo hay không kèm theo rối loạn về ý thức hoặc rối loạn tư duy. Nó có thể xuất hiện lẫn lộn với sự vật thực hay xuất hiện riêng lẻ.

- Có nhiều loại ảo giác, theo các cách chia khác nhau như theo hình tượng kết cấu (ảo giác thô sơ, phức tạp), theo giác quan (ảo thanh, ảo thị, ảo thính, ảo khứu), theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác (ảo giác thật, ảo giác giả).

Ví dụ: những hiện tượng mà người bình thường không tri giác thấy được như: nghe thấy tiếng nói trong đầu, hoặc từ một bộ phận nào đó trên cơ thể phát ra, nhìn thấy tiền nữ, thấy sâu bọ bò trên da, ngửi thấy mùi lạ...

8.4. Rối loạn ngôn ngữ

- Đây là loại rối loạn tâm thần rất đa dạng và có nhiều biểu hiện như: bệnh nhân nói nhanh, nói chậm, không nói, nói hỗn độn, nói ngắt quãng, nói lảm nhảm, nói một mình, nói tay đôi tưởng tượng, nói giả giọng địa phương, giả giọng nước ngoài, nói đảo lộn ngữ pháp, tự đặt ra tiếng nói riêng mà người bình thường không hiểu được.

- Tùy theo từng loại rối loạn mà người ta chia ra thành các loại như: nhịp nhanh (tư duy bệnh nhân thay đổi mau lẹ, bệnh nhân nói liên tục theo các chủ đề khác nhau, việc nọ sợ việc kia, thường gặp nhất trong các trạng thái hưng cảm), nhịp chậm (tư duy của bệnh nhân chậm chạp, suy nghĩ mãi mới trả lời, tư duy ngắt quãng, tư duy lai nhai, tư duy kiên định...), theo hình thái phát ngôn (nói một mình, nói tay đôi tưởng tượng, trả lời bên cạnh, không nói, nói lặp lại, nhại lời, đáp lặp lại, con xung động lời nói), theo kết cấu ngôn ngữ (nói khó, nói thì thào, nói giọng mũi, nói lắp, giả giọng địa phương, giả giọng nước ngoài, có tiếng ký sinh khi nói chuyện, vừa nói vừa khụt khịt, ngôn ngữ phân liệt, ngôn ngữ rời rạc, không liên quan, chơi chữ, chơi ngữ pháp, từ bịa đặt, đặt tiếng nói riêng...) theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ (suy luận bệnh lý, tư duy hai chiều, tư duy tự kỷ, tư duy tưởng tượng).

8.5. Ý tưởng ám ảnh

Là những ý tưởng không thực tế, bệnh nhân biết nói là sai, tự đấu tranh để xua đuổi nó nhưng không xua đuổi được, ý tưởng ám ảnh luôn xuất hiện trong ý thức bệnh nhân, với tính chất cưỡng bách.

Ví dụ: người bệnh cứ phải nhớ ngày sinh nhật của mọi người trong họ, luôn phải đếm các ô cửa, sợ đủ mọi thứ như sợ lên cao, sợ chỗ rộng, sợ vật nhọn, sợ con vật nào đó mặc dù nó rất đáng yêu...

8.6. Hoang tưởng

- Hoang tưởng là những ý nghĩ, phán đoán sai lầm không phù hợp với thực tế do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích và đã thông cho người bệnh hiểu được, hoang tưởng chỉ mất đi khi bệnh tâm thần khỏi hoặc thuyên giảm.

- Có nhiều loại hoang tưởng như hoang tưởng bị truy hại, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh, hoang tưởng khuyếch đại, hoang tưởng gán ý, hoang tưởng nhận nhầm, hoang tưởng đóng kịch,...

- Hoang tưởng có thể làm cho người bệnh hoang mang, đau khổ dẫn đến những hành động, cảm xúc phù hợp với hoang tưởng như không chịu ăn do cho rằng có người đầu độc bỏ thuốc độc vào thức ăn, cũng có thể do hoang tưởng chi phối mà người bệnh có ý tưởng và hành vi tự sát...

8.7. Rối loạn cảm xúc

Những bệnh nhân ở trạng thái giảm và mất cảm xúc thì biểu hiện ủ rũ, khí sắc u sầu, không hưng phấn ý chí, không hoạt động, không tiếp xúc, những bệnh nhân ở trạng thái tăng cảm xúc thì ngược lại luôn hưng phấn tăng hoạt động, đang làm công việc này lại nhanh chóng chuyển sang công việc khác, nói huyên thuyên về các chủ đề khác nhau, thích đám đông, hay tham gia vào công việc của người khác tuy nhiên chóng chán, dễ thay đổi.

8.8. Rối loạn ý chí và hành động

Người bệnh ở trạng thái tăng ý chí thì ngôn ngữ và hành vi được tăng cường: luôn đi lại, vui vẻ, nói nhiều, người bệnh ở trạng thái giảm ý chí thì ngòai lì, không tiếp xúc, không hoạt động, thờ ơ với mọi việc xung quanh, không tham gia vào các hoạt động tập thể.

8.9. Rối loạn bản năng

- Đây là loại rối loạn rất phức tạp, đôi khi khó lường trước được hậu quả, người bệnh có thể có những cơn xung động đập phá la hét, đánh người, đốt nhà, có cơn đi lang thang, cơn trộm cắp, cơn nghiện ngập, cơn thèm ăn, cơn chán ăn, cơn ăn bần, cơn loạn dâm...

- Đôi khi rất khó phân biệt những rối loạn tâm thần và tình trạng cố ý giả vờ bệnh tâm thần nên người thầy thuốc phải có kinh nghiệm, phối hợp với các lĩnh vực khác để phân định, trong một số trường hợp nếu nhầm lẫn có thể để lọt tội và cũng có thể kết luận oan cho người người bệnh.

8.10. Rối loạn trí nhớ

- Người bệnh tăng nhớ là có khả năng nhớ những sự việc xa xưa, rất chi tiết mà người bình thường cùng thời kỳ không thể nhớ nổi.

- Người bệnh giảm nhớ thường có biểu hiện quên các sự việc trước, trong hoặc sau khi xảy ra bệnh, trong một số loại bệnh có thể người chỉ quên những sự việc xảy ra trước hoặc sau khi bị bệnh.

- Người bệnh loạn nhớ: nhớ giả, bịa chuyện, nhớ vơ vào mình, những sự việc xảy ra với người khác nhưng bệnh nhân lại cho là xảy ra với mình hoặc do không nhớ được sự việc, người bệnh bịa ra một chuyện nào đó tuy nhiên họ hoàn toàn không biết là mình bịa chuyện nên không nên không băn khoăn gì về câu chuyện mà mình kể bịa ra hoặc khi có điều kiện thì lại bịa tiếp...

8.11. Rối loạn trí tuệ

- Trí tuệ cao là do có tính di truyền của bộ não kết hợp với những tri thức được lĩnh hội, học tập, thu thập được trong cuộc sống, tri thức càng rộng thì trí tuệ càng cao, có khả năng tính toán, tiếp thu và xử lý thông tin tốt.

- Trí tuệ thiếu năng có tính chất bẩm sinh thường đi kèm với các dị dạng khác trong cơ thể, những người này hoạt động nhận thức rất kém hoặc không có khả năng nhận thức, trạng thái này không chữa khỏi được.

- Thiếu năng trí tuệ được phân ba mức; ngu, đần và thộn, mức độ nhẹ nhất là thộn, người bệnh cũng chỉ có khả năng học được đến lớp một, lớp hai là cùng và chỉ làm được những nghề tay chân đơn giản.

- Một số loại bệnh như tâm thần phân liệt, động kinh...nếu không được điều trị, theo dõi đúng mức thì đến giai đoạn cuối trí tuệ cũng trở nên sa sút, người bệnh sống phụ thuộc vào gia đình, xã hội, mất khả năng tự chăm sóc bản thân.

BÀI 2

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM VÀ LÀM LIỆU PHÁP CHỮA BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được cách bố trí phòng khám bệnh tâm thần.*
- 2. Trình bày được cách phụ giúp thầy thuốc khám và làm một số thủ thuật trong điều trị người bệnh tâm thần.*
- 3. Trình bày được cách hướng dẫn được cho người bệnh và gia đình cách dùng thuốc điều trị bệnh tâm thần.*
- 4. Trình bày được cách theo dõi và chăm sóc được người bệnh bị bệnh tâm thần sau khi dùng thuốc và làm thủ thuật.*

I. BỐ TRÍ PHÒNG KHÁM BỆNH TÂM THẦN

- Phòng khám là nơi đầu tiên tiếp đón người bệnh, một số người bệnh tâm thần khi đến bệnh viện thường ở trong trạng thái phủ định bệnh và không chấp nhận khám bệnh, một số người bệnh khác đến khám bệnh trong trạng thái căng thẳng về tâm lý hoặc bị ép buộc đến khám bệnh. Vì vậy phòng khám phải bố trí sao cho thật gọn gàng, sạch sẽ, màu sắc hài hòa để người bệnh có cảm giác thoải mái dễ chịu giảm bớt sự căng thẳng về tâm thần và hợp tác với thầy thuốc, điều dưỡng để khám và nhận định bệnh.

- Thái độ, lời nói, cử chỉ của nhân viên phòng khám phải niềm nở, ân cần, chu đáo, nhẹ nhàng và thật sự tôn trọng bệnh nhân làm sao chiếm được cảm tình để người bệnh hợp tác trong quá trình khám bệnh.

- Khi người bệnh nhập viện nhân viên y tế phải hướng dẫn người bệnh và gia đình làm các thủ tục cần thiết về hành chính, sau đó phải trực tiếp dẫn người bệnh vào bàn giao tận khoa phòng.

II. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM BỆNH TÂM THẦN

Khi có người bệnh vào nằm viện điều dưỡng viên phải thực hiện các công việc sau:

- Ghi chép các thủ tục hành chính: tên, tuổi, nghề nghiệp, quê quán, nơi giới thiệu người bệnh...
- Kiểm tra mạch, thân nhiệt, huyết áp và đánh giá sơ bộ toàn trạng của người bệnh và báo cáo thầy thuốc.
- Hướng dẫn chi tiết cho gia đình cung cấp đầy đủ, chính xác về tiền sử và bệnh sử cũng như những yếu tố tác động đến tình trạng của người bệnh.

- Phải ổn định người bệnh ở trong khoa phòng, chuẩn bị dụng cụ phục vụ cho thầy thuốc khám bệnh, hướng dẫn sử dụng các dụng cụ, phương tiện trang bị trong khoa phòng...

- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc chính xác và kịp thời.

- Khi có người bệnh cấp cứu phải tích cực tham gia hỗ trợ thầy thuốc và các đồng nghiệp cứu chữa có hiệu quả.

III. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

- Người điều dưỡng cần giải thích cho người nhà người bệnh hiểu về các thuốc điều trị bệnh tâm thần là những thuốc có thể gây ra những tác dụng phụ không mong muốn, nên cần phải quản lý thuốc chặt chẽ, có thể không để người bệnh tự uống thuốc vì người bệnh sẽ bỏ thuốc hoặc tích trữ thuốc đến một lúc nào đó sẽ dùng thuốc để tự sát, cản dận người nhà người bệnh cho uống đủ liều và đúng giờ quy định (thường uống sau khi ăn và trước giờ đi ngủ tối), thông báo cho người nhà người bệnh biết các tác dụng phụ và biến chứng của thuốc an thần kinh khi sử dụng như: khô miệng, khó nuốt, chảy dãi, run tay chân, táo bón...để họ yên tâm khi cho người bệnh dùng thuốc. Đồng thời cản dận người nhà nếu thấy có biểu hiện bất thường gì sau khi dùng thuốc phải báo ngay cho thầy thuốc biết. Ví dụ: mẩn ngứa, nước tiểu đỏ, vàng da, đi loạng choạng...

- Khi người bệnh được xuất viện, cần hướng dẫn người nhà đưa người bệnh đi khám định kỳ tại các cơ sở y tế và hướng dẫn cụ thể cách chăm sóc tại nhà những tình huống có thể xảy ra trong quá trình chăm sóc để người bệnh và người nhà biết cách xử lý ban đầu.

- Việc khám định kỳ có ý nghĩa rất quan trọng vì người thầy thuốc cần phải theo dõi tác dụng của thuốc, mức độ dung nạp và thải trừ của thuốc, những ảnh hưởng của thuốc đến các cơ quan khác như chức năng gan, thận...từ đó có kế hoạch điều chỉnh liều hoặc thay đổi thuốc cho phù hợp với tình trạng và người bệnh.

IV. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC LÀM THỦ THUẬT

4.1. Sốc điện

- Sốc điện là phương pháp chữa bệnh bằng cách cho dòng điện chạy qua não trong thời gian ngắn gây cơn co giật (giống như cơn giật động kinh) sau khi sốc điện tình trạng tâm thần của người bệnh sẽ tốt hơn.

- Cho đến nay, sốc điện là phương pháp rất có hiệu quả và an toàn trong việc điều trị cho người bệnh đặc biệt là những người bệnh mà việc sử dụng thuốc kém hiệu quả.

- Sốc điện được chỉ định cho những trường hợp sau:

+ Người bệnh trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát.

+ Trạng thái căng trương lực ở người bệnh tâm thần phân liệt.

+ Các triệu chứng dương tính: hoang tưởng, ảo giác, kích động mà dùng thuốc không có kết quả hoặc dùng thuốc quá nhiều, không thể tiếp tục đưa thuốc vào cơ thể, hoặc không dùng được thuốc để điều trị.

4.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Kiểm tra máy sốc điện để đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.
- Kiểm tra thuốc và phương tiện cấp cứu: bóngambu, oxy...
- Kem dẫn điện, gạc hoặc băng cuộn để chèn giữa hai hàm răng người bệnh.
- Gối kê lưng người bệnh, khăn lau đờm dãi, xô, khay...

4.1.2. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích để người bệnh và người nhà người bệnh yên tâm trước khi làm thủ thuật.
- Không cho người bệnh ăn trước lúc sốc điện ít nhất là 3 giờ.
- Cho người bệnh đại, tiểu tiện ngay trước khi làm sốc điện.
- Tháo răng giả, tháo các đồ trang sức trên người người bệnh (nếu có) để phòng biến cố xảy ra.

- Kiểm tra lại mạch, thân nhiệt, huyết áp trước khi sốc điện.
- Phòng sốc điện phải đủ ánh sáng, kín, không cho người nhà người bệnh và các người bệnh khác nhìn thấy quá trình làm thủ thuật sốc điện.

4.1.3. Phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện

- Cho người bệnh nằm ngửa thoải mái ở trên giường, kê gối thấp ở dưới lưng.
- Đặt gạc vào giữa hai hàm răng của người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh nhắm mắt, hai tay để xuôi, cởi lỏng quần áo.
- *Người phụ 1:* bôi kem dẫn điện vào hai điện cực rồi áp vào hai bên thái dương người bệnh.

- *Người phụ 2:* giữ hai vai bệnh nhân để phòng gãy xương, trật khớp do người bệnh co giật quá mạnh.

- Thầy thuốc chỉnh đồng hồ trên máy về cường độ dòng điện, điện thế và thời gian sao cho phù hợp với người bệnh rồi bấm máy, trong khi người bệnh co giật cần giữ cho an toàn.

- Khi người bệnh hết cơn co giật thì rút gối dưới lưng gối lên đầu, để người bệnh nằm nghiêng đầu sang một bên, rút gạc ở hàm ra, lau sạch đờm dãi, kiểm tra toàn trạng.

- Sau sốc điện người bệnh thường có rối loạn ý thức, không làm chủ được bản thân trong một thời gian ngắn nên phải giữ người bệnh tại giường khi nào tỉnh hẳn mới cho đi lại.

- Thu dọn dụng cụ, máy móc, vệ sinh khu vực làm thủ thuật.
- Ghi chép vào hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc, theo dõi.

4.1.4. Theo dõi, chăm sóc sau khi làm thủ thuật

Sau sốc điện phải kiểm tra và xử lý một số tình huống sau:

- Trật khớp vai: cần phải nắn lại sớm, đúng kỹ thuật.

- Ngừng thở lâu thường do phản xạ: cần nhanh chóng làm động tác ấn thượng vị một vài cái người bệnh sẽ thở trở lại, nếu không có kết quả phải hô hấp nhân tạo và cho thở oxy, có thể phải đặt nội khí quản và thở máy.

- Người bệnh ở trạng thái lú lẫn, vật vã quờ quạng: giữ người bệnh tại giường co đến khi tỉnh hẳn, theo dõi sát tình trạng ý thức, thường xuyên báo cáo với thầy thuốc.

- Lau đờm dãi, thay quần áo cho người bệnh nếu có tiểu tiện, đại tiện trong khi làm thủ thuật.

- Kiểm tra lại mạch, thân nhiệt, huyết áp và toàn trạng cho người bệnh.

4.2. Liệu pháp tâm lý

4.2.1. Liệu pháp tâm lý gián tiếp

Là liệu pháp tác động vào tâm lý người bệnh thông qua môi trường xung quanh, nó bao gồm toàn bộ các yếu tố tạo cho người bệnh niềm tin, tạo ra không khí thoải mái để chịu từ đó làm giảm đi các căng thẳng thần kinh như buồn rầu, lo âu, sợ hãi do hiểu nhầm gây ra.

Các yếu tố đó là:

- Bệnh viện sạch, trật tự, hài hòa về kiến trúc.

- Khi tiến hành thủ thuật phải làm ở buồng riêng kín đáo, khi tiêm truyền, làm xét nghiệm phải làm nhẹ nhàng và có thái độ tôn trọng người bệnh.

- Nhân viên y tế phải có thái độ nghiêm túc nhưng niềm nở, ân cần, chu đáo, gần gũi với người bệnh để bệnh nhân tin tưởng, bày tỏ những suy nghĩ, những lo lắng của mình để cung cấp thêm thông tin cho thầy thuốc.

- Một điều quan trọng cần chú ý là những lời giải thích cho người bệnh phải nhất quán giữa thầy thuốc và điều dưỡng để làm tăng tác dụng tâm lý.

4.2.2. Liệu pháp tâm lý trực tiếp

Là liệu pháp dùng lời nói trực tiếp tác động vào tâm lý người bệnh để chữa bệnh.

Liệu pháp này bao gồm:

- *Giải thích hợp lý*: là liệu pháp mà người thầy thuốc và người điều dưỡng sau khi thăm khám nhận định về tình trạng của người bệnh, có quyết định đưa ra những phương pháp điều trị, kế hoạch chăm sóc tốt nhất đối với người bệnh. Và để có sự phối hợp chặt chẽ với người bệnh trong quá trình thực hiện liệu pháp đó cần giải thích cho người bệnh hiểu dựa trên cơ sở của khoa học, có tính logic làm cho người bệnh và gia đình tin tưởng và yên tâm trong quá trình điều trị và thực hiện các kế hoạch chăm sóc.

- *Ám thị khi người bệnh thức*: đây là liệu pháp trong khi người bệnh thức người thầy thuốc và điều dưỡng dùng kiến thức chuyên môn của mình tác động vào tâm lý của người bệnh nhằm cắt đi những lo lắng, những xu hướng tiêu cực của người bệnh.

- *Ám thị khi người bệnh trong giấc ngủ thoải mái*: là liệu pháp tạo ra trạng thái thoải mái và tiến hành các ám thị vì khi ở trạng thái này tính chịu ám thị của người bệnh

tăng lên rất nhiều và các liệu pháp tác động vào là có hiệu quả nhất. Có thể tạo ra trạng thái thoải mái bằng nhiều cách như dùng thuốc an thần, dùng lời nói, âm thanh...

- *Tự ám thị*: là phương pháp có hiệu quả trong công tác chăm sóc và điều trị một số bệnh tâm thần, người thầy thuốc điều dưỡng cung cấp cho người bệnh những thông tin tốt về tình trạng và tiến triển của bệnh trong quá trình điều trị, từ đó gây được niềm tin cho người bệnh về phương pháp và kết quả của điều trị, người bệnh sẽ có tiến triển tốt.

- *Liệu pháp thư giãn luyện tập*: đây là liệu pháp rất có giá trị để loại bỏ những sang chấn tâm thần, lấy lại sự cân bằng trong tâm lý người bệnh. Có nhiều cách để người bệnh đạt được kết quả tốt, kết hợp nhiều phương pháp với nhau như đọc báo, nghe đài, xem tivi, chơi thể thao, đi bộ...

Người điều dưỡng cần phải phối hợp nhịp nhàng với thầy thuốc để liệu pháp đạt kết quả cao và có tác dụng tốt đến tâm lý của người bệnh.

BÀI 3

THEO DÕI - CHĂM SÓC CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được một số trường hợp cần cấp cứu trong tâm thần*
- 2. Trình bày được cách xử trí và chăm sóc cấp cứu người bệnh tâm thần*

I. KÍCH ĐỘNG

1.1. Khái niệm

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý vận động quá mức, xuất hiện một cách đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh và mang tính chất phá hoại, nguy hiểm cho người bệnh và mọi người xung quanh.

1.2. Nguyên nhân và đặc điểm của các trạng thái kích động

* Nguyên nhân:

- Do người bệnh nhận thức sai lầm, tưởng mình bị đưa đi giam giữ.
- Do bất bình trước những sự việc không vừa ý trong bệnh phòng.
- Do say mê theo đuổi mục đích riêng nhưng bị ngăn cản.
- Do dọa nạt, yêu sách với người nhà hoặc nhân thể những xung đột xảy ra trong bệnh viện, thường gặp ở những người bệnh thiếu năng tâm thần.
- Do bị xúi giục hoặc bắt chước các người bệnh kích động khác.
- Do bị kích thích vì người bệnh kích động khác.
- Do sang chấn tâm thần mạnh hoặc trong cơn kích động cảm xúc ở người bệnh Hysteria.
- Do lo sợ trước hoang tưởng, ảo giác có nội dung gây hoảng loạn cho người bệnh.
- Do thay đổi môi trường sống một cách đột ngột ở những người bệnh chấn thương sọ não hoặc tai biến mạch máu não.

* Một số trường hợp kích động có tính chất đặc biệt:

- Trong bệnh loạn thần hưng trầm cảm: bình thường những người bệnh này không kích động, tuy nhiên có thể bị kích động trong một số trường hợp như sau:
 - + Hưng phấn kéo dài sinh ra kiệt sức.
 - + Kèm theo bị nhiễm độc chì, nhiễm khuẩn.
 - + Bị xơ cứng mạch kèm theo.
 - + Người bệnh có hoang tưởng bị tội.
- Trong bệnh tâm thần phân liệt: người bệnh thường xuất hiện những kích động mạnh mang tính chất xung động đột ngột, không lường trước được, kích động lạ lùng,

khó hiểu và nhiều khi nguy hiểm như giết người. Nó có thể xuất hiện do biến chứng của nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc do hoang tưởng, ảo giác chi phối hay do sự kiện bên ngoài phù hợp với lo lắng bên trong.

- Trong bệnh động kinh có rối loạn tâm thần: kích động xuất hiện đột ngột, kèm theo rối loạn ý thức kiểu hoang hôn. Trong trạng thái rối loạn ý thức có thể có kích động dữ dội, hung bạo, phá mọi trở lực, giết người, cơn mất đi đột ngột và sau cơn bệnh nhân quên tất cả.

- Trong nhân cách bệnh: người bệnh thường có biểu hiện phá rối trật tự xã hội, tập thể, tấn công người có mâu thuẫn hay lên cơn gào thét, đập phá, bỏ chạy...

- Trong bệnh loạn thần tuổi già và trước tuổi già: người bệnh kích động đột ngột, vô nghĩa, thiếu phê phán kèm theo mất định hướng, rối loạn trí nhớ và ngôn ngữ, các động tác nghề nghiệp được lặp đi lặp lại.

1.3. Cách xử trí

- Hỏi người nhà hoặc những người xung quanh để tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh kích động.

- Dùng liệu pháp tâm lý để ổn định trạng thái tâm thần người bệnh: nếu bị trối thì coi trối, thân mật ôn tồn giải thích, lắng nghe ý kiến của người bệnh về nguyên nhân kích động, có thái độ phù hợp với hoàn cảnh.

- Nếu người bệnh quá kích động thì phải dùng nhiều người đưa vào phòng riêng và xử trí bằng tiêm thuốc an thần kinh mạnh.

- Tuyệt đối không được có hành động thô bạo với người bệnh.

- Không được có ý thức coi thường, hắt hủi, sợ hãi hoặc bỏ rơi người bệnh.

- Chú ý các chế độ sinh hoạt thông thường: giường, chiếu, chăn màn, ánh sáng của buồng bệnh, giường nằm của bệnh nhân phải đến được từ ba phía, có chỗ rút lui khi người bệnh tấn công.

- Chú ý cho người bệnh ăn uống đầy đủ.

- Làm vệ sinh bệnh phòng sạch sẽ.

- Theo dõi diễn biến của rối loạn tâm thần và tiếp tục tìm hiểu nguyên nhân phát sinh kích động.

- Sau khi đã dùng tâm lý liệu pháp hoặc dùng thuốc an thần kinh mạnh, cắt được kích động mới tiến hành thăm khám và làm xét nghiệm cho người bệnh.

II. TỰ SÁT

Đây là triệu chứng thường gặp trên những người bệnh tâm thần, nhất là những người bệnh có triệu chứng trầm cảm, đối với triệu chứng này thì cho dù là ý tưởng hay hành vi tự sát đều là những trường hợp phải cấp cứu trong tâm thần, đòi hỏi phải có biện pháp ngăn ngừa và điều trị kịp thời nếu không rất dễ xảy ra những tình huống nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh.

2.1. Nguyên nhân gây tự sát trong bệnh tâm thần

- Do trạng thái trầm cảm nặng: người bệnh bị hội chứng trầm cảm nặng có hoang tưởng bị tội, tự cho mình có phẩm chất xấu, hèn kém, mắc tội lỗi nặng nề, phải chết mới đền tội được, có khi hoang tưởng này mở rộng ra như vũ trụ sụp đổ, nạn hồng thủy, cảnh chết chóc tang thương, người bệnh lo lắng cho mình và gia đình nên giết người thân và tự vẫn, thường gặp trong thể trầm cảm Paranoid của tâm thần phân liệt, thể trầm cảm của loạn thần phản ứng, pha trầm cảm của bệnh loạn thần hưng trầm cảm.

- Do hoang tưởng, ảo giác chi phối.

- Do có hoang tưởng bị hại hay hoang tưởng bị chi phối kéo dài làm người bệnh đau khổ quá mức.

- Do ảo thanh ra lệnh hay mạt sát người bệnh quá đáng.

- Do dọa tự sát dẫn đến tự sát thật sự: người bệnh lúc đầu dọa tự sát để đòi thỏa mãn nhu cầu cá nhân nào đó nhưng không được đáp lại, hoặc được đáp lại không thỏa đáng, đáp lại không kịp thời nên đi đến chỗ tự sát thật sự.

2.2. Cách xử trí

- Theo dõi:

Sớm phát hiện triệu chứng trầm cảm và theo dõi chặt chẽ.

Khi bắt đầu xuất hiện ý tưởng bị tội thì phải điều trị ngay và theo dõi ngày đêm liên tục.

Công việc theo dõi phải kín đáo và có hệ thống để người bệnh không vin vào cơ mình bị rình mò, kiểm soát làm mất tự do.

- Chăm sóc:

Để người bệnh nằm buồng riêng, loại bỏ tất cả các thứ mà người bệnh có thể dùng tự sát được, như dây thừng, vật nhọn, dao cạo, thuốc ngủ...nếu nghi ngờ người bệnh cất giấu phải tìm cách lấy đi rất tế nhị, như cho người bệnh đi tắm rồi lấy đi...

Không để người bệnh nằm trùm chăn kín đầu vì người bệnh có thể dùng cách nào đó tự sát trong chăn mà ta không biết.

Cho người bệnh uống thuốc phải đảm bảo thuốc vào tận dạ dày để phòng người bệnh giấu thuốc dùng để tự tử.

Tuy nhiên không lường hết được tình huống tự tử nên việc theo dõi chặt chẽ là quan trọng nhất.

- Điều trị:

Có thể dùng biện pháp sốc điện ngày 01 lần cho đến khi hết hội chứng trầm cảm.

Dùng thuốc như: Melipramin 200-300mg/24 giờ, Amitriptilin 5-10mg/24 giờ, các thuốc hưng thần thường có tác dụng sau 2 tuần dùng thuốc điều trị.

III. KHÔNG CHỊU ĂN

3.1. Nguyên nhân

- Do rối loạn bản năng ăn uống, kém ăn, không chịu ăn là triệu chứng đầu tiên của bệnh tâm thần ở trẻ em, bệnh loạn thần tuổi già nhất là trong trạng thái trầm cảm.

- Do ảo giác chi phối ra lệnh hoặc xúc phạm người bệnh.
- + Ảo thanh ra lệnh không được ăn.
- + Ảo khứu, ảo vị với mùi hôi, tanh, đắng, chua, nồng...
- Do hoang tưởng bị chi phối:
 - + Hoang tưởng bị hại: làm người bệnh sợ bị đầu độc, cho rằng có người bỏ thuốc độc vào thức ăn, nước uống, thường nghi ngờ cho người thân, bố, mẹ, vợ chồng...
 - + Hoang tưởng bị tội: người bệnh tự cho là có khuyết điểm không đáng được ăn.
- Do bất động căng trương lực: do rối loạn vận động người bệnh không nhai, không nuốt được, luôn ở những tư thế cố định như ngồi, nằm bất động, uốn sấp, gồng không khí...

3.2. Cách xử trí

- Điều trị các bệnh chính gây không ăn như hoang tưởng, ảo giác:

Người bệnh ở trạng thái trầm cảm thì dùng các biện pháp như: sốc điện, điều trị bằng các thuốc hưng phấn, chống trầm cảm, giải lo âu...

Nếu do hoang tưởng, ảo giác chi phối thì dùng thuốc an thần kinh như: aminazin, haloperidol...
- Dùng liệu pháp tâm lý để làm cho người bệnh ăn.
- Có khi để thức ăn ở tủ đầu giường và không để ý đến thì người bệnh lại ăn và thường ăn vào ban đêm (gặp ở trạng thái căng trương lực).
- Nhân viên y tế nào mà người bệnh có thiện cảm thì để nhân viên y tế đó cho ăn.
- Nếu bằng mọi cách mà người bệnh vẫn không ăn thì phải đặt sonde qua đường mũi, mỗi lần cho ăn không quá 01 lít, kết hợp bồi phụ nước, điện giải, vitamin. Người bệnh không ăn thường nằm một chỗ nên phải chống loét và làm vệ sinh sạch sẽ.

BÀI 4

VỆ SINH VÀ PHÒNG BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nội dung của vệ sinh tâm thần.*
- 2. Trình bày được nội dung các biện pháp phòng bệnh tâm thần.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tâm thần có rất nhiều nguyên nhân, có những nguyên nhân gây bệnh rõ ràng như nhiễm khuẩn, sang chấn tâm thần mạnh...

Nhưng bên cạnh đó lại cũng có những yếu tố thuận lợi làm cho bệnh tâm thần dễ phát sinh như: nhân cách yếu, các tệ nạn xã hội, sang chấn tâm thần kéo dài, cơ thể yếu...

Phòng bệnh tâm thần chủ yếu là các biện pháp nhằm loại trừ các nguyên nhân gây bệnh, vệ sinh tâm thần nhằm củng cố hệ thần kinh, loại trừ các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát triển.

Vệ sinh, phòng bệnh tâm thần là hai lĩnh vực có mối liên hệ chặt chẽ với nhau, cùng hướng tới một mục đích chung là làm cho con người không mắc bệnh tâm thần và hạn chế tối đa những tác động tiêu cực của môi trường xã hội cũng như những tác động khác đến con người.

II. VỆ SINH TÂM THẦN

2.1. Tổ chức lao động thích hợp

Nhằm mục đích phát huy năng lực cá nhân, tránh mệt mỏi thần kinh, suy nhược cơ thể, xen kẽ lao động trí óc và lao động chân tay, lao động và nghỉ ngơi hợp lý, giải trí, thể thao, thể dục...

Có chế độ lao động riêng thích hợp cho từng loại lao động, có quy chế học tập cho từng loại hình đào tạo, thời gian đào tạo và lĩnh vực đào tạo.

Làm tốt những vấn đề này sẽ giúp cho con người có hứng thú trong lao động, phát huy được khả năng của cá nhân, theo sở trường của mình, yêu ngành, yêu nghề hạn chế tối đa những sang chấn, chán nản trong cuộc sống, chính là yếu tố quan trọng trong phòng chống bệnh tâm thần.

Ngược lại, những người không có chế độ lao động thích hợp sẽ dẫn đến tình trạng mệt mỏi, chán nản, tự ti, dễ xảy ra tai nạn trong lao động, không sáng tạo, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh trầm cảm phát triển thành bệnh lý trầm trọng hơn.

Với cuộc sống ngày càng đa dạng và hiện đại như ngày nay thì vấn đề này trở nên rất quan trọng trong đời sống xã hội, càng ngày con người càng phải đối mặt với nhiều tác động của vấn đề công nghiệp hóa, hiện đại hóa và toàn cầu hóa; áp lực trong công

việc, thu nhập, môi trường sống, làm việc càng có nhiều biến đổi thì tác động tiêu cực đến đời sống tâm thần càng nhiều.

Điều đó đòi hỏi chúng ta cần quan tâm nhiều hơn nữa đến việc làm, bố trí lao động hợp lý trong từng cơ quan, xí nghiệp, từng vùng miền và rộng hơn là các quốc gia.

2.2. Tổ chức đời sống thích hợp

Đây là vấn đề tác động không nhỏ đến sức khỏe của con người nói chung và sức khỏe tâm thần nói riêng.

Cần chú trọng đến vấn đề vệ sinh nhà ở, môi trường sống và nơi làm việc, ăn uống hợp lý, tăng cường vitamin, mặc đủ ấm, khám bệnh kiểm tra sức khỏe định kỳ...

Đặc biệt quan tâm đến giấc ngủ, ngủ đúng giờ, loại trừ các kích thích xấu ảnh hưởng đến giấc ngủ như tiếng ồn, nhà chật hẹp, thiếu không khí...

2.3. Giáo dục thích hợp trong gia đình, nhà trường, xã hội

Việc này nhằm mục đích bồi dưỡng cho con người có một nhân cách mạnh, có khả năng chịu đựng cao, kiểm chế tốt trong các sang chấn, không nên quá nuông chiều hoặc quá nghiêm khắc trong giáo dục, đó là những cách giáo dục không hợp lý trong nuôi dạy con trong gia đình. Nếu quá chiều dễ làm cho trẻ hình thành tính cách xấu, tạo điều kiện cho bệnh tâm căn Hysteria phát triển.

Nếu trong giáo dục mà quá nghiêm khắc dễ làm cho trẻ trở nên nhút nhát, mất sáng kiến, tự ti, tạo điều kiện cho suy nhược tâm thần về sau này, giáo dục tính tập thể cho trẻ em, tùy theo sức lực của trẻ mà động viên trẻ em lao động, rèn luyện tính dũng cảm, chịu đựng gian khổ... Trong giáo dục trẻ em, gia đình phải kết hợp chặt chẽ với nhà trường và các đoàn thể, giáo dục về tình bạn, tình yêu, giới tính.... Với nữ giới, cần giải thích rõ các biến đổi về tâm sinh lý qua các thời kỳ, giai đoạn phát triển của cơ thể.

2.4. Hạn chế và loại trừ các sang chấn tâm thần, đặc biệt là các sang chấn trường diễn xuất hiện trong mối quan hệ thường ngày

Trong gia đình, tránh cho trẻ em nhìn thấy những xung đột thô bạo của cha mẹ hay những người khác trong nhà.

Trong công tác lãnh đạo cần liên hệ chặt chẽ với quần chúng, phát hiện và giải quyết những thắc mắc, nguyện vọng của quần chúng, xây dựng mối đoàn kết trong cơ quan. Không ngừng giáo dục tinh thần tập thể trong đời sống xã hội, mình vì mọi người, mọi người vì mình, những người thân, cùng công tác phải có thái độ đúng mức, tận tình, tìm lối thoát tốt cho những người không may vi phạm khuyết điểm, bị thất vọng lớn, đau khổ, lo lắng cao độ...

Các biện pháp vệ sinh phòng bệnh tâm thần cần áp dụng cho cả người khỏe mạnh và những người đã bị bệnh tâm thần để nâng cao chất lượng điều trị, sớm đưa người bệnh trở về hòa nhập với cộng đồng.

III. PHÒNG BỆNH TÂM THẦN

3.1. Những biện pháp phòng bệnh tuyệt đối

Đó là những biện pháp lớn nhằm loại trừ các nguyên nhân chính, bảo vệ những người khỏe mạnh khỏi bị tâm thần.

Chống các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh, đặc biệt là thanh toán các bệnh xã hội như sốt rét, giang mai, lao,..

Chống các bệnh nhiễm độc thần kinh như rượu, ma túy, nhiễm độc nghề nghiệp...

Bảo đảm an toàn, bảo hộ lao động để phòng chấn thương sọ não, tai nạn giao thông.

Tăng cường công tác bảo vệ bà mẹ và trẻ em, tránh những sang chấn cho phụ nữ có thai, quản lý tốt thai nghén...

3.2. Những biện pháp phòng bệnh tương đối

Đó là những biện pháp áp dụng cho những người đã chịu tác động xấu của môi trường, những trẻ em bị tổn thương thần kinh trong bào thai hay có yếu tố di truyền và đề phòng tái phát cho những người bệnh tâm thần đã thuyên giảm.

Trước tiên cần tổ chức theo dõi những trẻ bị nhiễm khuẩn trong những năm đầu sau khi đẻ, những trẻ có bố, mẹ bị bệnh tâm thần....

Tổ chức những lớp mẫu giáo, lớp học riêng cho những trẻ chậm phát triển tâm thần hay có rối loạn tác phong...

Chẩn đoán sớm bệnh tâm thần để có biện pháp điều trị kịp thời, theo dõi các bệnh nội khoa như xơ vữa mạch, tăng huyết áp, đối với những người bệnh tâm thần đã khỏi hoặc thuyên giảm cần tiếp tục điều trị củng cố và theo dõi lâu dài, nghiên cứu và áp dụng chế độ lao động thích hợp cho từng người bệnh, giải quyết những sang chấn tâm thần trong cuộc sống hàng ngày.

BÀI 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm về bệnh tâm thần phân liệt.
2. Trình bày được các triệu chứng chủ yếu của bệnh tâm thần phân liệt.
3. Trình bày được cách chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tâm thần phân liệt là loại bệnh loạn thần nặng, tiến triển từ từ có khuynh hướng trở thành mạn tính, căn nguyên chưa rõ, nhân cách của người bệnh bị biến đổi theo kiểu phân liệt, người bệnh tách dần ra khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, làm cho tình cảm của người bệnh trở nên khô lạnh, học tập và làm việc sút kém, không muốn tiếp xúc với mọi người xung quanh.

- Tâm thần phân liệt được dịch từ chữ Schizophrenia có nghĩa là chia cắt các hoạt động tâm thần, hoạt động tâm thần của người bệnh không hòa hợp, không thống nhất.

- Bệnh này đã được các nhà tâm thần học biết đến từ thời xa xưa. Từ 1857 R.Morel (Pháp) gọi là bệnh mất trí sớm, trong gần một thế kỷ qua các nhà tâm thần học trên toàn thế giới đã tập trung nghiên cứu về bệnh này vì đây là một bệnh tâm thần nặng và phức tạp nhất.

- Bệnh có một số đặc điểm sau:

+ Mất thống nhất trong hoạt động tâm thần.

+ Mất dần liên hệ với xung quanh.

+ Cảm xúc ngày càng khô lạnh, tư duy lộn xộn trầm trọng.

+ Hành vi kỳ dị khó hiểu.

+ Bệnh thường phát sinh chủ yếu ở lứa tuổi từ 18-40.

+ Dịch tễ học: Tại Việt Nam theo thống kê có khoảng 0,7% dân số, trên thế giới có khoảng từ 0,3 đến 1% dân số.

II. NGUYÊN NHÂN

- Cho đến nay nguyên nhân chính của bệnh tâm thần phân liệt vẫn còn chưa được xác định rõ, đa số các nhà tâm thần học trên thế giới chấp nhận cho rằng đây là một loại bệnh có nhiều thể lâm sàng khác nhau chứ không phải có một thể duy nhất.

- Chính vì điều đó mà có nhiều giả thuyết về nguyên nhân như: một số quan điểm cho rằng do di truyền. Người ta gặp 30 đến 40% ở con cái nếu cả bố và mẹ bị bệnh tâm thần phân liệt, giả thuyết về nguyên nhân sinh học là những yếu tố nội sinh như rối loạn

chuyển hóa các chất môi giới hóa học thần kinh như Dopamin, Cathecolamin, Serotonin, GABA, Andopin...

- Môi trường tâm lý xã hội cũng ảnh hưởng rất lớn, người bệnh mất khả năng thích ứng với các stress tâm lý xã hội, rối loạn cấu trúc và xung động gia đình, các biến đổi văn hóa tuy không phải là nguyên nhân nhưng cũng góp phần thúc đẩy bệnh phát sinh và phát triển.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Các rối loạn phân liệt có đặc điểm chung là sự rối loạn cơ bản và đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc không thích hợp hay cùn mòn, ý thức của người bệnh còn rõ ràng và năng lực trí tuệ còn được duy trì mặc dù có một số thiếu sót về nhận thức có thể xuất hiện trong quá trình tiến triển.

- Các nhóm triệu chứng có tầm quan trọng đặc biệt là thường đi với nhau là:

+ Tư duy vang thành tiếng, bị đánh cắp, bị phát thanh.

+ Hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối.

+ Có các ảo thanh thường xuyên bình phẩm về người bệnh, có thể xuất phát từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

+ Có các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được (ví dụ: người bệnh cho rằng mình có khả năng tiếp xúc với người ngoài hành tinh, có khả năng làm thay đổi thời tiết...).

+ Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh.

+ Tư duy gián đoạn, hay thêm từ khi nói, ngôn ngữ không liên quan, không thích hợp và ngôn ngữ bịa đặt.

+ Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng, uốn sấp, phủ định, sững sờ.

+ Có các triệu chứng âm tính: vô cảm, ngôn ngữ nghèo nàn, học tập kém, lao động giảm sút.

+ Người bệnh có những biến đổi không thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng và sự toàn diện của tập tính cá nhân như mất những thích thú cũ, lười nhác, mãi mê suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

+ Tuy nhiên trí tuệ của người bệnh vẫn được duy trì do những triệu chứng mang tính chất mạn tính, bệnh tiến triển từ từ, ý thức còn thể hiện rõ ràng trừ khi người bệnh trong trạng thái cấp tính.

- Chẩn đoán: các triệu chứng trên phải tồn tại trên một tháng khi đó mới cho phép chẩn đoán tâm thần phân liệt hoặc những biến đổi theo kiểu hướng tới bệnh tâm thần phân liệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Đây là bệnh phải điều trị lâu dài, cần điều trị tấn công tại bệnh viện và điều trị duy trì tại gia đình, chủ yếu bằng thuốc hướng tâm thần.

- Trong liệu pháp điều trị và chăm sóc thường kết hợp dùng thuốc với liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội.

4.1. Liệu pháp tâm lý

- Tiếp xúc với người bệnh với thái độ thông cảm, nâng đỡ, không mặc cảm, không coi thường hay tránh né, khiếp sợ người bệnh.

- Tổ chức hệ thống cửa mở trong bệnh viện, tránh giam giữ đến mức tối đa, tổ chức mô hình bệnh viện ban ngày tại cộng đồng.

- Giải quyết kịp thời những nhu cầu và những mâu thuẫn của người bệnh tại gia đình và cộng đồng.

4.2. Liệu pháp lao động và tái thích ứng xã hội

Nhằm phục hồi lại các chức năng lao động và nghề nghiệp mà người bệnh đã mất đi trong khi bị bệnh.

4.3. Liệu pháp hóa dược

- Là liệu pháp thông dụng nhất và có hiệu lực nhất trong điều trị các trạng thái loạn thần cấp và chống lại xu hướng mạn tính hóa và tái phát của bệnh.

- Dựa trên nguyên tắc: chọn thuốc phù hợp với triệu chứng lâm sàng, dùng thuốc thích hợp với từng trạng thái cơ thể, chú ý đối với những giai đoạn đặc biệt như: phụ nữ có thai, người già, người cho con bú, hạn chế tối đa sự kết hợp nhiều thuốc an thần kinh cùng một lúc.

- Theo dõi chặt chẽ, phát hiện kịp thời các tác dụng phụ, biến chứng, bệnh cơ thể và tình trạng nhiễm độc.

4.4. Liệu pháp sốc điện

Chỉ định trong một số trường hợp sau đây:

- Người bệnh trong tình trạng trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát.

- Các trạng thái căng trương lực sung sờ.

- Không chịu ăn.

- Kích động.

- Hoang tưởng, ảo giác, điều trị lâu ngày bị kháng thuốc.

V. PHÒNG BỆNH

- Rèn luyện nhân cách cho người lành để thích ứng với môi trường và xã hội. Bồi dưỡng nhiều đức tính tốt cho trẻ em, phát huy tính sáng tạo, tự tin, không ích kỷ.

- Theo dõi những người có yếu tố di truyền để phát hiện sớm, điều trị kịp thời. Những người đã bị bệnh cần được điều trị liên tục, có hệ thống tại gia đình, khám lại định kỳ, dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn.

- Cần loại trừ các sang chấn tâm thần tại cộng đồng và gia đình, tránh để xảy ra các yếu tố dễ gây tái phát như môi trường sống căng thẳng, sự hắt hủi, xa lánh của mọi người xung quanh...

- Những người bệnh đã ổn định cần phải phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động nghề nghiệp tại cộng đồng, tạo điều kiện cho người bệnh hòa nhập một cách tốt nhất, tìm thấy nguồn vui trong lao động và sinh hoạt, bình đẳng với mọi người trong xã hội.

VI. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định triệu chứng

- Giai đoạn cấp tính:

+ Tùy thể lâm sàng mà có các triệu chứng khác nhau, người bệnh hưng phấn tâm lý, kích động, căng trương lực bất động, tự kỷ, thiếu hòa hợp, trầm cảm có hoang tưởng bị tội dẫn tới hành vi tự sát.

+ Ở giai đoạn này thông thường người bệnh, phủ định bệnh, không chấp nhận điều trị và tìm cách trốn viện. Thậm chí có thể có những xung đột với người xung quanh gây nguy hiểm.

- Giai đoạn thuyên giảm:

Các triệu chứng lâm sàng trên không còn điển hình nữa, người bệnh có thể tiếp xúc được, tác phong hài hòa hơn nhưng vẫn chưa hoàn toàn ổn định, đôi khi vẫn có những biểu hiện kỳ dị khó hiểu...Nói chung ở giai đoạn này người bệnh ăn được, ngủ được, ý thức được bệnh của mình và tự giác uống thuốc.

- Giai đoạn ổn định:

+ Các triệu chứng ở giai đoạn cấp tính giảm nhiều, người bệnh ý thức được bệnh của mình, tiếp xúc tốt, sinh hoạt trở lại gần như bình thường, một số người bệnh trở lại làm việc như cũ tuy vẫn phải uống thuốc duy trì. Có thể cho người bệnh điều trị ngoại trú dưới sự giám sát của thầy thuốc.

+ Một số người bệnh mạn tính điều trị tuy ổn định nhưng không làm được việc như cũ, sống phụ thuộc vào gia đình, đôi khi người bệnh có biểu hiện bất thường về tính cách nhưng nếu duy trì uống thuốc đều thì lại ổn định.

+ Một số người bệnh bị bệnh lâu năm hoặc không được điều trị chu đáo dẫn đến giai đoạn cuối là sa sút trí tuệ, sống cuộc sống bản năng, phụ thuộc vào gia đình và người thân hoặc bệnh viện.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

Có thể có một số chẩn đoán cơ bản sau đây:

- Người bệnh không tự chăm sóc được bản thân do bị bệnh.

- Người bệnh có nguy cơ gặp nguy hiểm do hoang tưởng, ảo giác.

- Người bệnh có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do không chịu ăn.

- Người bệnh không dùng thuốc theo chỉ dẫn.
- Người bệnh có nguy cơ gây nguy hiểm cho người xung quanh.
- Người bệnh có ý tưởng và hành vi tự sát.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi, đánh giá các triệu chứng để phân loại người bệnh từ đó có kế hoạch chăm sóc cụ thể.
- Những người bệnh kích động mạnh phải cho nằm buồng riêng với chế độ chăm sóc đặc biệt, trong phòng bệnh chỉ trang bị những dụng cụ thật cần thiết cho sinh hoạt như giường nằm, chiếu, chăn màn.
- Những người bệnh đã ổn định thì cho nằm buồng chung, chăm sóc người bệnh về vệ sinh, ăn uống, trang phục, giúp đỡ người bệnh tái thích ứng với xã hội, thực hiện đúng, kịp thời y lệnh, chuẩn bị thuốc, máy sốc điện và các phương tiện cấp cứu.
- Theo dõi diễn biến của bệnh, các biến chứng khi dùng thuốc.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Những người bệnh kích động phải cho nằm buồng riêng, chỉ trang bị những thứ thật cần thiết như giường chiếu, chăn màn, hệ thống điện phải ở trên cao để phòng người bệnh tự sát, tiêm thuốc kịp thời, chăm sóc ăn uống đầy đủ.
- Những người bệnh ở mức độ trung bình thì cho nằm phòng chung, không cho mang các thứ nguy hiểm vào trong phòng bệnh, các dụng cụ sinh hoạt dùng bằng đồ nhựa.
- Theo dõi sát tình trạng bệnh nhân sau khi dùng thuốc.
- Những người bệnh không chịu ăn do hoang tưởng, ảo giác chi phối cần động viên cho người bệnh ăn, nếu không được phải đặt sonde dạ dày để bơm thức ăn, dùng tâm lý liệu pháp để người bệnh yên tâm chữa bệnh và thực hiện đầy đủ nội quy buồng bệnh, hướng dẫn người bệnh thực hiện tốt liệu pháp lao động, tái thích ứng xã hội, thường xuyên theo dõi sát người bệnh, phát hiện kịp thời những diễn biến của bệnh để báo cáo thầy thuốc xử lý kịp thời. Hướng dẫn người bệnh thực hiện tốt liệu pháp lao động.
- Những người bệnh có ý tưởng và hành vi tự sát cần phải thực hiện một số nội dung sau: loại bỏ các vật dùng có thể gây nguy hiểm, theo dõi sát, ngăn chặn kịp thời, thực hiện thuốc đầy đủ, nếu cần phải làm báo cáo để thầy thuốc cho sốc điện.

6.5. Đánh giá

Sau khi thực hiện việc chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần phải đánh giá kết quả thông qua một số biểu hiện sau:

Các triệu chứng giảm và hết, người bệnh tiếp xúc và sinh hoạt bình thường.

Chấp hành tốt nội quy bệnh phòng.

Có thể trở lại làm việc được, người bệnh ý thức rõ được bệnh của mình, tự giác dùng thuốc, thực hiện tốt các liệu pháp điều trị.

Không có biến chứng và tai biến trong điều trị.

Không có những hành động nguy hiểm cho xã hội, có thể trở về sinh hoạt và lao động cùng gia đình và cộng đồng dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc và sự theo dõi của người thân.

BÀI 6

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các bệnh tâm thần thường gặp và hoàn cảnh nơi bệnh nhân tâm thần sinh sống.*
- 2. Trình bày được cách quản lý bệnh nhân tâm thần thường gặp.*

NỘI DUNG

I. SỰ PHÂN BỐ VÙNG DÂN CƯ VÀ CÁC BỆNH TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

1.1. Vùng dân cư và y tế cộng đồng

- Phân chia các vùng dân cư thường căn cứ vào các đặc điểm địa lý (miền núi, đồng bằng, ven biển, hải đảo...) hoặc theo các khu vực hành chính (tỉnh, thành, quận, huyện, xã, phường...).

- Một quần thể dân cư cùng chung sống trong một vùng (hoặc thành thị, hoặc nông thôn) có chính quyền các cấp quản lý đó chính là cộng đồng. Mọi thành viên trong cộng đồng đều có quyền lợi được chăm sóc sức khỏe.

- Y tế cộng đồng đề cập đến vấn đề sức khỏe của một quần thể, tình trạng sức khỏe của con người, dịch vụ vệ sinh môi trường, dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng trên thực tế đó là chiến lược dự phòng vì tính hiệu quả, chủ động, tích cực và kinh tế nhất của nó.

1.2. Các bệnh tâm thần thường gặp và chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng

- Các bệnh tâm thần chủ yếu thường gặp là bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh, chậm phát triển tâm thần. Ngoài ra, vấn đề tâm thần xã hội như nghiện rượu, nghiện ma túy, rối loạn hành vi ở thanh, thiếu niên...cũng là một vấn đề rất quan tâm của Ngành tâm thần.

- Các bệnh nhân tâm thần phần lớn là mạn tính, cần coi họ như những người bệnh khác, có thể chữa khỏi được hoặc ổn định. Vấn đề quản lý điều trị và phục hồi chức năng tâm lý xã hội tại cộng đồng có tầm quan trọng đặc biệt đối với bệnh nhân tâm thần.

- Mạng lưới ngành tâm thần có từ trung ương đến địa phương.

Ở trung ương, Viện sức khỏe tâm thần và Bệnh viện Tâm thần trung ương chỉ đạo công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ở địa phương, bên cạnh Bệnh viện Tâm thần có các Trạm tâm thần chỉ đạo trực tiếp công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

Mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần đến tận xã, phường và đến từng gia đình người bệnh.

II. TÌM HIỂU HOÀN CẢNH NƠI BỆNH NHÂN TÂM THẦN SINH SỐNG

- Những nước đang phát triển như nước ta, nền kinh tế đang có nhiều khó khăn, cơ sở vật chất còn thiếu thốn nhiều, nhìn chung chưa đáp ứng được yêu cầu nâng cao chất lượng chữa bệnh và phòng bệnh tích cực.

- Trong nhân dân vấn đề tâm lý xã hội như nghiện rượu, nghiện ma túy, rối loạn hành vi ở thanh niên, thiếu niên có xu hướng ngày càng tăng nên công tác quản lý và điều trị còn gặp nhiều khó khăn.

- Sự mặc cảm đối với bệnh nhân tâm thần trong nhân dân vẫn còn phổ biến. Cần phải được tuyên truyền, giáo dục cho mọi người hiểu biết đúng đắn về bệnh tâm thần và có trách nhiệm quản lý, giúp đỡ bệnh nhân tâm thần tái hoà nhập vào cộng đồng.

- Các hủ tục mê tín dị đoan cũng làm cản trở công tác phòng chống bệnh tâm thần. Vì vậy, cần phải tuyên truyền rộng rãi công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.

- Hoàn cảnh của bệnh nhân tâm thần nhìn chung về kinh tế còn nhiều khó khăn vì phải chữa bệnh lâu dài, mặt khác tình trạng tâm lý trong gia đình không ổn định. Gia đình, cộng đồng và toàn xã hội cần phải có trách nhiệm hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.

III. PHƯƠNG HƯỚNG QUẢN LÝ VÀ HCAMW SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

- Xây dựng và củng cố mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần từ trung ương đến các địa phương.

- Đào tạo cán bộ, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh tâm thần.

- Tuyên truyền giáo dục và sức khỏe tâm thần cho mọi thành viên trong cộng đồng hiểu biết đúng đắn hơn về các bệnh tâm thần, biết cách chăm sóc, nuôi dưỡng và cho bệnh nhân tâm thần uống thuốc tại nhà.

- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân và cán bộ y tế cơ sở biết cách hướng dẫn bệnh nhân vui chơi, hoạt động, lao động tái thích ứng, phát hiện kịp thời những nguy cơ gây ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần để báo cáo cho thầy thuốc xử trí kịp thời.

Các trạm tâm thần cơ sở tổ chức khám định kỳ một tháng một lần cho bệnh nhân tâm thần, có hồ sơ theo dõi quản lý bệnh nhân tâm thần chi tiết, đầy đủ và khoa học.

Vận động chính quyền các cấp, các tổ chức nhân đạo giải quyết việc làm thích hợp cho bệnh nhân tâm thần, tổ chức cho bệnh nhân tâm thần vui chơi, giải trí, tái hoà nhập vào cộng đồng.

Điều trị tích cực cho những bệnh nhân tâm thần cấp tính ở các bệnh viện tâm thần, sau đó cho họ trở về với gia đình. Khi bệnh nhân ra viện cần có những biện pháp cụ thể

để điều trị, quản lý và phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng, nơi họ trở về sinh sống.

PHẦN III

ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN NHIỄM

BÀI 1

DỊCH TẢ VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh dịch tả.
2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh tả.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Dịch tả là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do *Vibrio cholerae*, gây tiêu chảy dẫn đến mất nước và điện giải nặng. Bệnh nguy hiểm đối với trẻ em và người già, có thể phát thành dịch lớn khi điều kiện vệ sinh môi trường kém.

II. MÀM BỆNH

- *Vibrio cholerae* là một loại vi khuẩn ngắn, hình hơi cong như dấu phẩy, Gram (âm), di động nhanh nhờ có một roi, tìm thấy trong phân bệnh nhân và người mang mầm bệnh. Vi khuẩn không tạo bào tử nhưng có khả năng tồn tại trong nước, thức ăn khoảng 1 tuần, chúng bị hủy diệt nhanh bởi nhiệt độ cao $>55^{\circ}\text{C}$ và các chất tẩy khuẩn.

- Ngoài typ cổ điển, còn có typ Eltor cũng gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt hay typ cổ điển và Eltor dựa trên khả năng gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt hay typ cổ điển và Eltor còn dựa vào khả năng gây sung huyết và tính chất nhạy cảm với kháng sinh, có ý nghĩa trong nghiên cứu dịch tễ học của bệnh dịch tả.

III. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh thải vi khuẩn qua phân, chất nôn, người bệnh thường sạch vi khuẩn sau 1 tuần.

- Người lành mang vi khuẩn thải vi khuẩn qua phân trong thời gian rất dài.

3.2. Đường truyền nhiễm

- Bệnh lây qua đường tiêu hóa chủ yếu qua ăn uống: Vi khuẩn tồn tại khá lâu ở môi trường bên ngoài, nhiễm vào nước và các thực phẩm như cá, tôm, cua, sò, ốc, từ đó vi khuẩn xâm nhập vào người khi họ ăn các thức ăn nấu chưa kỹ.

- Cách lây truyền trực tiếp từ người bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi nhân bệnh, người khâm niệm tử thi... tuy hiếm nhưng vẫn có thể xảy ra.

3.3. Tính cảm thụ

- Dịch tả thường xảy ra ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường kém, ý thức vệ sinh của người dân chưa tốt.
- Bệnh thường xảy ra vào mùa nắng.
- Tất cả mọi người đều có thể mắc bệnh nhưng trẻ em thường mắc bệnh nhiều hơn.

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập vi khuẩn phát triển ở ruột non và tiết ra nội độc tố. Nội độc tố gắn vào tế bào niêm mạc, kích hoạt adenyl cyclase dẫn đến sự gia tăng AMP vòng. Nước từ tế bào niêm mạc sẽ xuất tiết vào lòng ruột non, gây ra hiện tượng tiêu chảy ồ ạt. Bệnh nhân bị mất nước đáng kể, cần phải can thiệp nhanh chóng nếu không sẽ bị hạ thể tích huyết tương, rối loạn điện giải, toan máu, trụy tim mạch, suy thận và tử vong. Typ E tiết ra hemolysin làm tiêu huyết.

V. TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh: từ 6 giờ đến 5 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát: vài giờ.

- Bệnh nhân đột ngột đầy bụng, sôi bụng.
- Tiêu chảy một vài lần, không sốt.

5.3. Thời kỳ toàn phát: thường có 5 triệu chứng.

5.3.1. Tiêu chảy xối xả

Phân toàn nước, đục lờ lờ như nước vo gạo, đi rất nhiều lần 20 - 50 lần/ngày, mùi tanh nồng đặc biệt.

5.3.2. Nôn mửa

Nôn vọt dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau nôn ra toàn nước lỏng, tuy thế bệnh nhân không đau bụng.

5.3.3. Tình trạng tiền shock hoặc shock

Thân thể lạnh, tay chân lạnh, huyết áp hạ.

5.3.4. Chuột rút: Các cơ bắp co rút, đau do giảm calci.

5.3.5. Tiểu ít hoặc vô niệu

Bệnh nhân có các dấu hiệu mất nước: Mặt hốc hác, lơ lơ, mắt trũng sâu, da nhăn nheo, các hố trên xương đòn, xương ức...lõm vào, tiếng nói thều thào, tim đập yếu, mạch nhanh, thân nhiệt dưới 37°C.

5.4. Thời kỳ phục hồi

Bệnh diễn biến 1 - 3 ngày rồi giảm, nếu bệnh nhân được bù nước và điện giải thì gian phục hồi sẽ nhanh hơn.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tễ

6.2. Lâm sàng

Tiêu chảy dữ dội, mất nước, tính chất của phân, không tốt, không đau bụng.

6.3. Xét nghiệm

- Soi phân dưới kính hiển vi nền đen: Thấy vi khuẩn tả chuyển động nhanh.
- Cây phân: Cho kết quả sau 24 giờ.
- Xét nghiệm đánh giá những biến đổi sinh học.
- Tình trạng cô đặc máu: Số lượng hồng cầu, bạch cầu tăng, dung tích hồng cầu tăng, tỷ trọng huyết tương tăng.
- Rối loạn điện giải: Cl^- tăng ít, K^+ giảm, dự trữ kiềm giảm.
- Suy thận: Creatinin máu tăng.

VII. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly bệnh nhân.
- Bồi hoàn nước, điện giải sớm và đầy đủ, theo dõi chặt chẽ.
- Kháng sinh trị liệu.

7.2. Điều trị

7.2.1. Bồi hoàn nước - điện giải bù qua 2 giai đoạn

- Giai đoạn 1: (6-8 giờ) khi mới nhập viện, bù nước và điện giải để bệnh nhân khỏi bị kiệt nước, kiệt muối.
- Giai đoạn 2: (8 giờ tiếp theo) bù nước, điện giải mất trong quá trình điều trị.
- Bệnh nhân được bù đầy đủ khi triệu chứng mất nước giảm và ion đồ trở lại bình thường.
- Dung dịch dùng là:
 - + NaCl 9%... (2 thể tích).
 - + NaHCO_3 14% ... (1 thể tích) (dd Alkalect).
- Hoặc ringer lactat.
- Glucose chỉ dùng ở trẻ em sau khi đã bù đủ muối.
- Nên bổ sung K^+ , Ca^{++} (không cần lắm).
- Khi tạm ổn: tình trạng mất nước cho dùng oresol uống.

7.2.2. Kháng sinh

- Tetracyclin: 500mg/6 giờ x 8 - 12 lần/liều.
- Trẻ em: 10mg/kg/6 giờ x 8 lần/liều.
- Có thể thay thế bằng ampicilin, cotrimoxazol.

7.2.3. Điều trị triệu chứng - dinh dưỡng

- Các triệu chứng sẽ giảm khi bồi hoàn nước - điện giải đúng.

- Chế độ ăn: Người lớn nghỉ ăn 1 ngày. Trẻ em không nghỉ ăn, nhưng cho thức ăn lỏng, thức ăn dễ tiêu hoặc bú mẹ.

- Không dùng thuốc cầm tiêu chảy vì không cầm được và có thể gây hại.

VIII. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường, giải quyết vấn đề ô nhiễm phân.

- Vệ sinh thực phẩm.

- Kiểm soát chặt chẽ các nguồn nước cung cấp, hệ thống phân phối nước, nước thải...

Các biện pháp khi có dịch:

- Giáo dục sức khỏe, tuyên truyền, vận động người dân tham gia chống dịch.

- Xử lý phân và chất thải.

- Ăn chín, uống chín.

- Hạn chế đi lại, giao lưu hàng hóa.

IX. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp: Quan sát da, móng chân, móng tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết, nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp thông khí, cho thở oxy.

Đầu chi lạnh tím do nhiệt độ thấp. Bệnh nhân mất nước nhiều và nhanh làm giảm thể tích tuần hoàn đột ngột gây khó thở rồi thở nhanh.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.	
- Huyết áp.	
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/lần, 30 phút/lần.	- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt là dấu hiệu tiền sốc.
- Tình trạng mất nước. Đánh giá mức độ mất nước: + Dấu véo da (+). + Khát nước (+). - Số lượng nước tiểu ít hay vô niệu. - Ở trẻ em: Xem có nước mắt không. - Môi lưỡi khô. - Mắt trũng.	- Tùy tình trạng bệnh nhân để bù đủ dịch và điện giải kịp thời. - Nếu có suy thận.

9.1.3. Tình trạng đi tiêu

- Số lần đi tiêu, tính chất phân.	- Tiêu chảy xối xả 6-8 giờ đầu có thể mất đến 20 lít nước.
-----------------------------------	--

- Xem bệnh án. - Chẩn đoán độ mất nước, chỉ định thuốc, xét nghiệm. Các yêu cầu theo dõi khác.	- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm.
---	---

9.1.4. Tình trạng chung

- Tri giác: Tỉnh, lơ đãng, lơ mơ, vật vã, bứt rứt, có co giật không. - Lấy nhiệt độ. - Đo nước tiểu/24 giờ. - Nôn sau tiêu chảy nhiều.	- Có thể bị chuột rút do toan huyết.
---	--

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn.

9.2.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước

9.2.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

9.2.6. Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho thở oxy. - Theo dõi nhịp thở. - Dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái.	- Nếu bệnh nhân thở nhanh.
---	--

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ. - Nhanh chóng chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngay. Truyền bằng kim to và cho nhiều đường truyền một loạt, cho chảy nhanh. - Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/lần, 1 giờ/lần.	- Dự trữ đủ số dịch truyền để nhanh chóng bù đủ lượng nước mất. - Chọn tĩnh mạch lớn và gần trung tâm. - Theo dõi đáp ứng và theo dõi phù phổi cấp, kiểm tra vận tốc thường xuyên. - Tùy tình trạng bệnh nhân và chỉ định của bác sĩ.
---	--

9.3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước

- Đánh giá mức độ mất nước. - Theo dõi lượng nước xuất nhập/24 giờ. - Bù đủ nước	- Để bù đủ lượng nước mất. - Để đánh giá chức năng thận. Ngoài dịch truyền nếu không nên cho uống oresol.
--	--

9.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác, kịp thời

- Thuốc, truyền dịch hoặc cho uống oresol. - Các xét nghiệm. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn phát hiện trụy mạch.	- Lấy mẫu phân đúng quy cách để biết tiến triển bệnh: bằng soi phân tươi. Cấy phân 15 phút/1 giờ đầu, 1 giờ/7 giờ sau. Từ 3 giờ - 6 giờ khi tương đối ổn định.
--	--

9.3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp bệnh nhân đại tiểu tiện tại chỗ. Cần có 2 xô chứa dung dịch sát khuẩn để chứa phân và chất nôn riêng.

- Lau rửa, thay quần áo thường xuyên để tạo cảm giác dễ chịu cho bệnh nhân.

- Chú ý vùng mông sạch sẽ, khô.
- Dinh dưỡng: chủ yếu là truyền dịch.
- Người lớn: Ngày đầu nhịn ăn, cho uống Oresol.
- Ngày sau: Ăn nhẹ, lỏng, dễ tiêu.
- Trẻ em: Cho bú mẹ

9.3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.	- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho nhân viên và thân nhân của bệnh nhân tại khoa.	- Để tránh lây lan.
- Khi xuất viện hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân phương pháp dự phòng. - Vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại nhà. Rửa tay trước khi ăn.	

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Sau khi truyền đủ lượng dịch và điện giải bệnh nhân tươi tỉnh lại ngay, da ấm, mạch, huyết áp ổn định, hết dấu hiệu mất nước.	- Diễn biến rất nhanh chóng từ vài giờ đến vài ngày. Mạch chậm, đều rõ, huyết áp gia tăng, thân nhiệt trở lại bình thường.
- Người đi tiêu, đi tiểu nhiều, hết khát nước. - Nôn mửa ngừng dần sau các giờ đầu, chuột rút biến mất.	

BÀI 2

LÝ THỰC KHUẨN VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh lý trực khuẩn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lý trực khuẩn.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn Shighella gây ra, biểu hiện bệnh lý có thể từ tiêu chảy nhẹ cho đến hội chứng lý nặng với đau quặn bụng, mệt, sốt và các dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

II. MÀM BỆNH

Shighella là trực khuẩn Gram (-) không di động. Dựa vào đặc điểm kháng nguyên O (kháng nguyên thân) và một số đặc điểm sinh hóa, người ta chia ra bốn nhóm:

Nhóm A: Shighella Dysenteriae.

Nhóm B: Shighella Flexneri.

Nhóm C: Shighella Boydii.

Nhóm D: Shighella sonnei.

Nhóm A có Shighella Dysenteriae 1 hay gây dịch và bệnh cảnh nặng hơn các nhóm khác.

Các Shighella thuộc loại hiếu khí tùy nghi, mọc dễ dàng trên các môi trường thường quy như EMB, Mac, conkey, SS... Chúng nhạy cảm với các dung dịch sát khuẩn.

III. DỊCH TỄ

Khác với các vi khuẩn khác, chỉ cần một lượng nhỏ (10 - 100 vi khuẩn), Shighella cũng đủ gây bệnh. Vì thế, bệnh rất dễ lây từ người này sang người khác, nhất là ở những vùng tập thể đông đúc (nhà trẻ, trường học, nhà giam...). Bệnh thường xảy ra trên phạm vi toàn thế giới, đặc biệt phổ biến ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm kém.

3.1. Nguồn bệnh

Người bệnh là nguồn quan trọng, họ thải vi khuẩn trong suốt thời gian bệnh và cả trong thời gian hồi phục (6 tuần).

3.2. Đường lây truyền: Bệnh lây qua đường tiêu hóa, qua đồ ăn thức uống.

Quan trọng nhất là tay bẩn do tiếp xúc với phân bệnh nhân hoặc các dụng cụ, thực phẩm, nước uống... đã bị ô nhiễm Shighella. Ruồi nhặng cũng có thể truyền Shighella.

3.3. Khó cảm nhiễm

Các tập thể đông đúc, điều kiện vệ sinh kém, xử lý phân không tốt. Trẻ em và người lớn tuổi dễ nhiễm, khi mắc bệnh thì thường nặng hơn những người khác.

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, Shighella dễ dàng vượt qua hàng rào acid của dạ dày, qua ruột non và tăng sinh trong niêm mạc ruột già, gây phản ứng viêm cấp tính. Lớp tế bào thượng bì chứa vi khuẩn sẽ bị hủy hoại, tróc da, tạo nên các ổ loét nông trên nền niêm mạc viêm lan tỏa. Lúc đầu, tổn thương ở đoạn cuối ruột già và trực tràng, sau đó lan dần khắp các đoạn ruột. Tiêu chảy xuất hiện do rối loạn hấp thu nước - điện giải.

Ruột bị viêm loét có thể đưa đến xuất huyết.

Shighell Dysenteriae có 1 ngoại độc tố tác động lên ruột gây tiêu chảy và lên hệ thần kinh trẻ em.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

12 - 70 giờ, không có triệu chứng.

5.2. Thời kỳ khởi phát

1 - 3 ngày.

- Đột ngột, với các triệu chứng không đặc hiệu.

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39 – 40°C, ớn lạnh, đau cơ, mệt mỏi, buồn nôn, biếng ăn.

- Triệu chứng tiêu hóa: Đi tiêu phân lỏng hoặc nước vàng, đau quặn bụng, có khi mất nước (trẻ em, người già).

5.3. Thời kỳ toàn phát

Bệnh cảnh lý đầy đủ với:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39°C, ớn lạnh, mệt mỏi, biếng ăn.

- Hội chứng lý:

+ Đau quặn bụng từng cơn, dọc theo khung ruột già, mỗi lần đau lại kích thích đi ngoài, đi xong hết đau.

+ Mót rặn, ngày càng tăng, đau thót vùng ruột già, ở người già, suy kiệt có thể dẫn đến sa trực tràng.

+ Phân có dịch nhầy lẫn máu 10 - 40 lần/ngày, lượng phân ngày càng ít đi.

- Tổng trạng: Suy sụp nhanh, mệt nhọc, lơ đờ, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng nâu.

- Trẻ em 1 - 4 tuổi thường có sốt cao kèm theo co giật, có biểu hiện thần kinh như li bì, lơ mơ, đau đầu, cổ cứng.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tễ học

6.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn nặng.
- Hội chứng lỵ.

6.3. Xét nghiệm phân

- Soi tươi sau khi nhuộm xanh methylen.
- Cấy phân trên thạch máu, desoxycholat, thạch SS... và phân lập được Shighella.

VII. ĐIỀU TRỊ

7.1. Bồi hoàn nước, điện giải

Uống sớm oresol, truyền dịch khi mất nước và điện giải nặng.

7.2. Kháng sinh

- Ampicillin 50 - 100mg/kg/24 giờ (trẻ em) hoặc 2g/ngày/người lớn.
- Cotrimoxazol 480mg viên/10kg cân nặng, chia làm 2 lần.

7.3. Điều trị triệu chứng

- Các thuốc giảm đau, giảm nhu động ruột như paregoric, atropin ... không nên dùng vì làm triệu chứng xấu đi, kéo dài thời gian thải vi khuẩn.
- Có thể dùng thuốc an thần nhẹ.
- Ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu, cho uống nước hoặc Oresol theo yêu cầu.

VIII. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống và vệ sinh nước, rửa tay trước khi ăn và khi chế biến thực phẩm.
- Xử lý phân.
- Cách ly bệnh nhân, sát khuẩn chất thải.

IX. CHĂM SÓC

Chung cho lỵ trực khuẩn và lỵ amip.

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp

Quan sát da, móng tay, móng chân, đếm nhịp thở. Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.

- Đặc biệt đối với thể nặng cấp tính: Sốc do mất nước và điện giải trong thời kỳ khởi phát, do mất máu nặng, do nhiễm khuẩn huyết.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.	- Trong khi đi tiêu máu ồ ạt.
- Huyết áp.	- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ (nhịp tim nhanh) dẫn đến suy tuần hoàn.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.	- Tổn thương cơ tim: Tai biến emetin có nhịp tim nhanh cho ngừng thuốc.

9.1.3. Tình trạng tri giác

- Tỉnh, lơ mơ, hôn mê.	- Nhiễm độc thần kinh thường xảy ra ở trẻ em, người già trong thể nặng.
------------------------	---

9.1.4. Tình trạng đi tiêu

- Số lần, số lượng phân.	- Đi tiêu ồ ạt. Rối loạn nước - điện giải, suy tuần hoàn dẫn đến tử vong.
- Tính chất phân. - Số lượng máu mất ở thể nặng.	

9.1.5. Tình trạng chung

- Lấy nhiệt độ. - Đo nước tiêu/24 giờ - Lượng nước xuất nhập/24 giờ. - Theo dõi các biến chứng.	
- Xem bệnh án để biết: + Chẩn đoán. + Chỉ định thuốc. + Xét nghiệm. + Các yêu cầu theo dõi khác. + Dinh dưỡng.	- Có kế hoạch theo dõi thích hợp, để thực hiện kịp thời chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

9.2.1. Bảo đảm thông khí

9.2.2. Theo dõi tuần hoàn

9.2.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước

9.2.4. Thực hiện các y lệnh

9.2.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

9.2.6. Giáo dục sức khỏe

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho thở oxy. - Theo dõi nhịp thở. - Dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái.	- Nếu bệnh nhân thở nhanh.
---	----------------------------

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo các bác sĩ.	
- Chuẩn bị truyền dịch đường tĩnh mạch, theo dõi tốc độ truyền. Nhẹ cho uống Oresol.	- Chọn tĩnh mạch lớn, ít di động.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.	- Đặc biệt có phản ứng phụ với emetin.
- Theo dõi cơn đau ngực thường xuyên.	

9.3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước, mất máu nặng và các biến chứng:

- Đánh giá mất nước ở mức độ nào. - Đánh giá mất máu nhiều hay ít.	- Bù đủ nước và chất điện giải.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập trong 24 giờ.	
- Dấu hiệu đau bụng ngoại khoa do thủng ruột gây viêm phúc mạc. - Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram (-).	

9.3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời:

- Thuốc:	
----------	--

+ Kháng sinh: Amphotericin, Cotrimoxazol đắng khó uống hay gây nôn nên uống sau bữa ăn. + Emetin: Có độc tính cao nên phải chính xác về liều lượng: 1mg/1kg/ngày. (Phải tiêm bắp sâu, hiện nay dùng ít). - Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi tại giường.	
- Xét nghiệm: + Soi phân tươi. + Cấy phân	- Lấy phân đúng quy cách.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Cho bệnh nhân nằm tại giường có lỗ để giúp đại, tiểu tiện tại chỗ.
- Bệnh nhân nặng cần được tắm rửa thay quần áo ngày nhiều lần. Giữ rất sạch vùng hậu môn và xương cụt.
- Lau mát nếu có nhiệt độ cao trong lỵ trực khuẩn.
- Bệnh nhân có biến chứng sa trực tràng cần ngâm rửa nước ấm sau khi đi tiêu.
- Nuôi dưỡng: Khuyến khích ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, uống nhiều nước cháo, trà loãng, súp, kiêng sữa, mỡ. Đặc biệt trẻ em cho ăn uống đầy đủ và bồi dưỡng, ăn nhiều lần để tránh suy dinh dưỡng.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.	- Bằng thái độ dịu dàng làm cho bệnh nhân yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho nhân viên và thân nhân bệnh nhân tại khoa.	- Để tránh lây lan.
- Khi xuất viện, hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân phương pháp dự phòng: ăn chín, uống chín, rửa tay trước khi ăn...	

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Thở tiêu chảy nhẹ hoặc không có triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ỉ, đi tiêu phân loãng 1 - 2 tuần thì hết.

- Thở mạn tính: Bệnh nhân đi tiêu máu lẫn nhày kéo dài gây mất nhiều đạm, rối loạn nước, điện giải kéo dài nên hết tiêu chảy phải cho ăn uống đầy đủ để nâng cao thể trạng.

BÀI 3

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH Lỵ AMIP

MỤC TIÊU

1. Kể được 3 hình thái của ký sinh trùng amip.
2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của bệnh lỵ amip.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh lỵ amip.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh lỵ amip là bệnh nhiễm khuẩn đường ruột do ký sinh trùng amip gây nên, bệnh cấp tính có khuynh hướng chuyển thành mãn tính.

II. MÀM BỆNH

Do ký sinh trùng đường ruột *Entamoeba histolitica* gây nên.

III. DỊCH TỄ

- Nguồn bệnh: Người bệnh.
- Đường lây bệnh: Đường tiêu hóa.

IV. BỆNH SINH

Kiểu amip là yếu tố truyền bệnh chủ yếu. Bệnh xảy ra khi người nuốt phải kén (theo thức ăn bị nhiễm kén). Khi vào cơ thể kén theo thức ăn xuống ruột, vỏ kén bị phá hủy bởi men Trypsine. Amip ra khỏi kén chuyển xuống đại tràng sống và sinh sản ở đó. Khi gặp điều kiện thuận lợi, amip chuyển sang dạng hoạt động (ăn hồng cầu).

Nếu amip vào máu có thể gây bệnh ở gan (áp xe gan), phổi, não....

V. LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 1 - 13 tuần. Thời kỳ này không có biểu hiện lâm sàng.

5.2. Thời kỳ phát bệnh.

- Sốt nhẹ hoặc không sốt.
- Toàn trạng ít thay đổi.
- Hội chứng lỵ:
 - + Đau bụng quặn.
 - + Mót rặn.

+ Đi ngoài phân có máu, mũi nhầy. Số lần đi ít, có thể 1 - 2 lần/ngày. Cũng có khi 5 - 10 lần/ngày.

5.3. Tiến triển

- Nếu được điều trị đúng, bệnh khỏi.
- Cũng có trường hợp bệnh diễn biến nặng lên hoặc trở thành mãn tính.
- Lý amip mãn tính.
- Người bệnh thường xuyên rối loạn tiêu hóa.
- Đau bụng, thỉnh thoảng có cơn đau dọc theo đại tràng.
- Đi ngoài có lúc ra máu, mũi nhầy.
- Ăn uống kém.
- Có thể có biến chứng áp xe gan do amip.

VI. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Xét nghiệm: Soi phân tìm ký sinh trùng amip.

VII. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc:

- + Điều trị sớm, đúng cách, đủ liều.
- + Điều trị theo triệu chứng, biến chứng.

VIII. PHÒNG BỆNH

Xem bài lý trực khuẩn.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÝ AMIP

Xem bài lý trực khuẩn.

BÀI 4

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM NÃO NHẬT BẢN B

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân và đường lây của bệnh.*
2. *Kể được triệu chứng lâm sàng và xử trí, phòng bệnh.*
3. *Trình bày được cách chăm sóc bệnh nhân Viêm não Nhật bản B.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. **Khái niệm**

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây truyền theo đường máu, do vi rút gây ra với đặc điểm lâm sàng là sốt cao, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân, viêm não tuỷ nặng và tỷ lệ tử vong cao.

1.2. **Mầm bệnh**

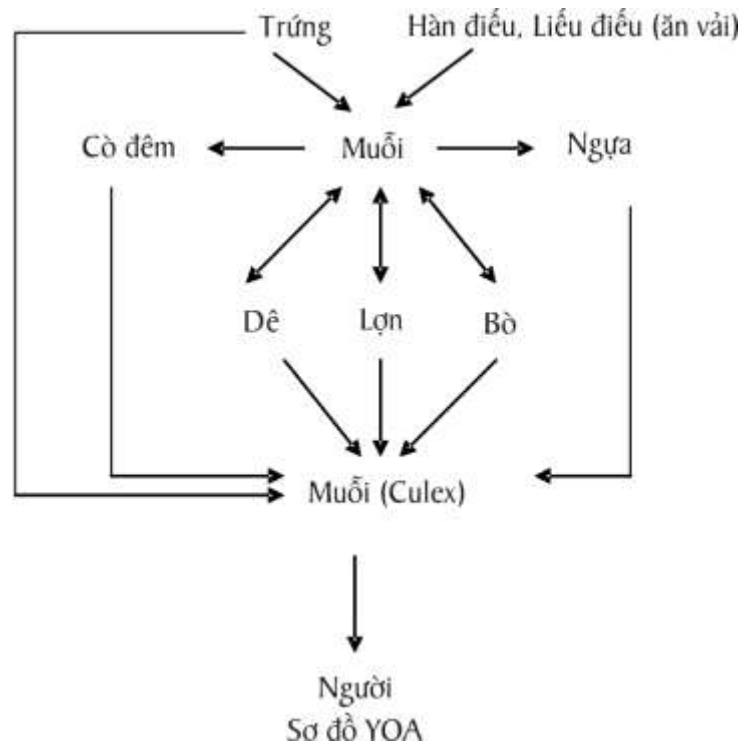
Ở trạng thái đông lạnh vi rút tồn tại được vài năm nhưng không thích hợp với nhiệt độ cao: Bị bất hoạt ở 56⁰C trong 30 phút, ở 70⁰C trong 10 phút, ở 100⁰C trong 2 phút

Một số động vật có mẫn cảm với vi rút viêm não Nhật Bản là: khỉ, chuột, muỗi và nhiều loài chim.

1.3. **Đường lây:**

Lây qua đường máu, do muỗi Culex truyền. Đây là loại muỗi sinh sản mạnh vào mùa hè, hoạt động mạnh vào lúc chập tối, có mật độ cao ở vùng đồng bằng và trung du.

Đường lây được mô tả theo sơ đồ sau:



1.4. *Khởi cảm thụ*

- Thường gặp ở trẻ dưới 10 tuổi.
- Tạo thành dịch lớn vào mùa hè.
- Để lại di chứng nặng nề ở não.
- Tạo miễn dịch bền vững.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. *Thời kỳ ủ bệnh*: 1- 4 ngày

2.2. *Thời kỳ khởi phát* : 1-3 ngày

- Sốt: có thể sốt cao hoặc sốt nhẹ, thậm chí người lớn có thể không sốt.
- Nôn, ỉa chảy.
- Có thể biểu hiện như cảm cúm.
- Thần kinh: Quấy khóc, nhức đầu, thay đổi tính tình.

2.3. *Thời kỳ toàn phát*

- Rối loạn ý thức: li bì, lơ mơ, bán mê, hôn mê.
- Rối loạn thân nhiệt: Thường sốt cao.
- Rối loạn vận động:
 - + Tăng trương lực cơ.
 - + Liệt.
 - + Co giật.
 - + Có thể có hội chứng màng não.
- Rối loạn cơ tròn.

- Rối loạn hô hấp.
- Rối loạn tuần hoàn.

III. BIẾN CHỨNG

- Liệt các dây thần kinh.
- Suy hô hấp do phù não nặng.
- Điếc hoặc giảm thính lực nặng nề.
- Não úr nước.
- Chậm phát triển vận động, chậm phát triển trí tuệ.
- Động kinh.

IV. XỬ TRÍ, PHÒNG BỆNH

- Tiêm vacxin viêm não nhật bản B.
- Cách li bệnh nhân, phát hiện bệnh sớm.
- Vệ sinh môi trường diệt muỗi, nằm màn.
- Chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa sớm.
- Điều trị:
 - + Chống co giật là quan trọng nhất.
 - + Điều trị triệu chứng.

V. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định:

- Tình trạng chung:
 - + Đo nhiệt độ.
 - + Tri giác: có rối loạn tri giác, có co giật không?
 - + Đánh giá mức độ hôn mê.
 - + Đánh giá mức độ mất nước.
- Tình trạng hô hấp.
- Tình trạng tuần hoàn.
- Tình trạng dinh dưỡng: xem bệnh nhân có nuốt được không hay ăn qua sonde.
- Tình trạng kích thích màng não, hội chứng màng não.

5.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- * Đảm bảo thông khí chống suy hô hấp:
 - Đặt bệnh nhân nằm ngửa đầu nghiêng một bên.
 - Hút đờm dãi nếu có hiện tượng tăng tiết đờm dãi.
 - Theo dõi nhịp thở, màu sắc da, môi, đầu chi, nếu có hiện tượng thiếu oxy cho thở oxy.
 - Chuẩn bị dụng cụ, thuốc giúp bác sĩ đặt nội khí quản.

- Bóp bóng ambu nếu có cơn ngừng thở.
- * Theo dõi tuần hoàn:
 - Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ.
 - Chuẩn bị truyền dịch.
 - Có thể chuẩn bị bộ Catheter tĩnh mạch trung tâm và trợ giúp bác sĩ tiến hành kỹ thuật.
- * Trợ giúp bác sĩ chọc dịch não tủy:
 - Chuẩn bị bệnh nhân.
 - Chuẩn bị dụng cụ.
 - Theo dõi sau khi chọc.
 - Xét nghiệm.
- * Thực hiện y lệnh chính xác kịp thời:
 - Thuốc.
 - Xét nghiệm.
- * Thực hiện chế độ dinh dưỡng vệ sinh:
 - Bệnh nhân tỉnh: Ăn thức ăn dễ tiêu giàu dinh dưỡng, đủ năng lượng.
 - Đảm bảo cho trẻ bú mẹ.
 - Hôn mê không ăn được: cho ăn qua sonde, truyền tĩnh mạch.
 - Vệ sinh răng miệng, da.
 - Chống loét.
- * Giáo dục sức khỏe:
 - Phát hiện sớm, cách ly bệnh nhân.
 - Điều trị tốt các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp.
 - Tiêm vacxin phòng bệnh đặc hiệu cho trẻ trên 1 tuổi.

5.3. Đánh giá

Đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Tình trạng hô hấp bình thường.
- Mạch huyết áp ổn định và dần dần trở thành bình thường.
- Bệnh nhân tỉnh dần hoặc chỉ mơ, mắt chưa tỉnh hẳn.
- Không sốt.
- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn, hội chứng màng não dấu hiệu kích thích màng não giảm dần và hết hẳn.
- Dấu hiệu sinh tồn được theo dõi theo chỉ định của bác sĩ.

BÀI 5

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO MỦ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm màng não mủ.*
2. *Trình bày được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm màng não mủ.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Viêm màng não mủ là hiện tượng viêm nhiễm của màng não với sự gia tăng của bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy do các vi khuẩn sinh mủ gây ra.

1.2. Nguyên nhân

- Các vi khuẩn có thể gặp đó là: Não mô cầu, Hemophilus influenzae, phế cầu, E. coli, tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, Salmonella...

- Có thể viêm màng não tiên phát cũng có thể viêm màng não thứ phát sau: áp xe não, nhiễm khuẩn huyết, viêm tai, viêm xoang...

1.3. Nguồn bệnh

Là người bệnh và người lành mang vi khuẩn.

1.4. Đường lây

Lây theo đường hô hấp nếu nguyên nhân là não mô cầu.

II. TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG

- Hội chứng nhiễm trùng:

- + Thường khởi phát đột ngột, dữ dội với sốt cao liên tục, có thể rét run.
- + Thường kèm theo viêm long đường hô hấp trên: viêm tai, viêm mũi họng.

- Hội chứng màng não (+) bao gồm:

+ Tam chứng màng não:

- Đau đầu dữ dội.
- Nôn vọt.
- Rối loạn tiêu hoá: tiêu chảy ở trẻ em, táo bón ở người lớn.

+ Sợ ánh sáng: nằm tư thế cò súng, mặt quay vào góc tối.

+ Cổ cứng.

+ Vạch màng não (+).

+ Kernig (+).

- Các triệu chứng thần kinh:
 - + Co giật.
 - + Rối loạn tri giác: lơ mơ, li bì, kèm theo các cơn hốt hoảng vật vã, có thể hôn mê.
 - + Liệt khu trú: liệt mặt, liệt mắt, liệt chi.
 - + Có thể có rối loạn cảm giác.
- Ngoài ra còn có thể có các triệu chứng khác:
 - + Trẻ nhỏ: bỏ bú, kém ăn, thóp phồng.
 - + Các ban nốt xuất huyết hình sao ở ngực.

III. XÉT NGHIỆM

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Chọc dò dịch não tủy:
 - + Dịch não tủy đục, có thể trắng như nước vo gạo.
 - + Áp lực tăng.
 - + Tế bào tăng: $100-1000$ tế bào/mm³ > 80% bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Đường giảm.
 - + Protein tăng khoảng 1-2g/lít.
- Cây dịch não tủy để phân lập vi khuẩn gây bệnh.
- Ngoài xét nghiệm trên có thể cấy mủ tai, cấy dịch họng, mủ da để tìm vi khuẩn gây bệnh.

IV. BIẾN CHỨNG

- Liệt các dây thần kinh sọ não.
- Suy hô hấp do phù não nặng.
- Trụy tim mạch, sốc nhiễm khuẩn dễ tử vong.
- Điếc hoặc giảm thính lực nặng nề.
- Não ứ nước.
- Chậm phát triển vận động, chậm phát triển trí tuệ.
- Động kinh.

V. HƯỚNG XỬ TRÍ

- Dùng kháng sinh sớm ngay sau khi có chẩn đoán, dựa vào kháng sinh đồ. Chọn kháng sinh dễ qua màng não. Dùng đủ liều, đủ thời gian.
- Kháng sinh: Penicilin 200.000-400.000đv/kg/24giờ.
Cephalosporin 100-150mg/kg/24giờ.
- Điều trị hỗ trợ:
 - + Chống phù não bằng Manitol 20% truyền tĩnh mạch.
 - + Chống co giật bằng Diazepam, Phenobarbital.

- + Truyền dịch để giải độc và điều chỉnh rối loạn điện giải.
- + Chống suy hô hấp bằng thở oxy, hút đờm dãi.

VI. PHÒNG BỆNH

- Cách li bệnh nhân.
- Tìm người mang vi khuẩn: cách li tạm thời những người sốt, viêm họng trong vụ dịch.
- Vệ sinh môi trường.
- Kháng sinh dự phòng.
- Vacxin.

VII. CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

- Tình trạng chung:
 - + Tri giác: có rối loạn tri giác, có co giật không? có đau đầu không?
 - + Đo nhiệt độ.
 - + Đánh giá mức độ hôn mê.
 - + Đánh giá mức độ mất nước.
- Tình trạng hô hấp: Đếm nhịp thở, có suy hô hấp không.
- Tình trạng tuần hoàn: Đo huyết áp, đếm mạch.
- Có hội chứng màng não không: cứng gáy? vạch màng não?
- Có liệt khu trú không?
- Tình trạng dinh dưỡng: xem bệnh nhân có nuốt được không hay ăn qua sonde.

7.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.2.1. Đảm bảo thông khí chống suy hô hấp

- Để bệnh nhân nằm ngửa đầu nghiêng một bên.
- Hút đờm dãi nếu có hiện tượng tăng tiết đờm dãi.
- Theo dõi nhịp thở, da môi, đầu chi, nếu có hiện tượng thiếu oxy cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc giúp bác sĩ đặt nội khí quản.
- Bóp bóng ambu nếu có cơn ngừng thở.

7.2.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Chuẩn bị truyền dịch.
- Có thể chuẩn bị bộ Catheter tĩnh mạch trung ương và trợ giúp bác sĩ tiến hành kỹ thuật.

7.2.3. Trợ giúp bác sĩ chọc dịch não tủy

- Chuẩn bị bệnh nhân.

- Chuẩn bị dụng cụ.
- Theo dõi sau khi chọc.
- Lấy dịch làm xét nghiệm.

7.2.4. *Thực hiện y lệnh chính xác kịp thời*

- Thuốc: Kháng sinh, hạ sốt, giảm đau, an thần chống co giật, dịch truyền.
- Chế độ theo dõi sát sao liên tục 30 phút/lần.
- Xét nghiệm.

7.2.5. *Thực hiện chế độ dinh dưỡng vệ sinh*

- Bệnh nhân tỉnh: Ăn thức ăn dễ tiêu giàu dinh dưỡng, đủ năng lượng.
- Đảm bảo cho trẻ bú mẹ.
- Hôn mê không ăn được cho ăn qua sonde, truyền tĩnh mạch.
- Vệ sinh răng miệng da.
- Chống loét bằng cách lăn trở, xoa bóp cho bệnh nhân 2 giờ/1 lần.

7.2.6. *Giáo dục sức khỏe*

- Phát hiện sớm cách ly bệnh nhân.
- Điều trị tốt các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp và các nhiễm khuẩn lân cận.
- Tiêm vaccin phòng bệnh.

7.3. **Đánh giá**

Đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Tình trạng hô hấp bình thường.
- Mạch huyết áp ổn định và dần dần trở lại bình thường.
- Bệnh nhân tỉnh dần.
- Không sốt.
- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn, hội chứng màng não, dấu hiệu kích thích màng não giảm dần và hết hẳn.
- Hạn chế được các biến chứng và di chứng.

BÀI 6

VIÊM GAN VIRUS VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh viêm gan virus.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm gan virus*

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm do nhiều loại virus gây nên với hai biểu hiện chính là hoại tử và viêm nhiễm ở gan. Hiện nay ngoài 2 loại virus cổ điển là virus viêm gan A (gây nên viêm gan nhiễm khuẩn), và virus viêm gan B (gây viêm gan huyết thanh) còn có các virus C, D và E; năm loại virus này có cấu tạo vi thể khác nhau nhưng lại gây bệnh cảnh lâm sàng tương tự nhau.

II. MÀM BỆNH

- Virus A (HAV) là một ARN virus không có vỏ bọc.
- Virus B (HBV) là một virus có vỏ bọc, có một phần ARN đôi.
- Virus C (HCV) là virus có vỏ bọc và là một trong số virus không A, không B (NANB virus).
- Virus viêm gan A dễ mất hoạt tính trong nước sôi và bị diệt bởi các chất.
- Virus viêm gan B có thể đề kháng ở 100⁰C trong 10 phút. Cấu tạo hoàn chỉnh là các hạt dace, hình cầu gồm có 3 loại kháng nguyên:
 - + Kháng nguyên bề mặt: HBsAg (còn gọi là kháng nguyên Australia).
 - + Kháng nguyên lõi: HBcAg.
 - + Kháng nguyên E: HBeAg.

HBsAg có trong máu, có sớm và trong suốt thời gian bị bệnh. HBsAg tồn tại suốt đời.

HBcAg kích thích cơ thể bệnh nhân sinh kháng thể kháng nó: HBcAb, kháng thể này có mặt rất sớm, tồn lưu suốt đời.

HBeAg chứng tỏ bệnh còn đang phát triển dai dẳng. Khi bệnh ngừng phát triển HBeAg biến mất, chỉ còn kháng thể Hbe (BHeAb).

III. DỊCH TỄ

1. Viêm gan A

Đường lây quan trọng là đường tiêu hóa, virus viêm gan A theo phân người bệnh ra ngoài nhiễm vào nước, thức ăn. Bệnh phát triển ở những nơi có điều kiện sống thấp kém, thiếu vệ sinh, nước bị ô nhiễm phân.

2. Viêm gan B

Nguồn bệnh là người bệnh và người mang virus B; HBsAg được tìm thấy trong máu và các dịch sinh học (nước bọt, nước mắt, tinh dịch, sữa mẹ, nước tiểu...). Bệnh lây truyền qua các đường sau.

- Máu: Truyền máu, các thủ thuật y khoa không đảm bảo vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm....).

- Qua đường tình dục.

- Sữa mẹ.

Bệnh phát triển ở các nhóm có nguy cơ và các nơi có điều kiện sống thấp kém, tập quán sống thiếu vệ sinh.

3. Viêm gan C

Gặp ở những người được truyền máu (viêm gan không A không B).

4. Viêm gan D

- Virus viêm gan D cần virus viêm gan B để phát triển nên luôn luôn người ta thấy nó trong huyết thanh bệnh nhân có HBsAg.

- Viêm gan D gặp ở những người chích ma túy, truyền máu nhiều lần....

5. Viêm gan E

Xảy ra thành những vụ dịch viêm gan không A, không B có liên quan đến nguồn nước bị ô nhiễm. Bệnh phổ biến ở những nước đang phát triển.

IV. BỆNH SINH

Đây là vấn đề y học còn đang tìm hiểu. Có lẽ virus tăng sinh ở ruột và chuyển lên gan qua đường máu, virus có xâm nhập tế bào gan, nhưng cơ chế gây tổn thương thì chưa rõ. Hình ảnh viêm gan do các loại virus đều giống nhau. IgM xuất hiện sớm, 1 - 3 tuần sau khi có IgM và kháng thể này bảo vệ bệnh nhân suốt đời.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Ủ bệnh

- Thay đổi tùy loại virus:

- + Viêm gan A: 15 - 45 ngày.

- + Viêm gan B: 30 - 180 ngày.

- + Viêm gan C: 15 - 150 ngày.

- + Viêm gan E: 15 - 60 ngày.

- + Viêm gan D: Luôn luôn liên kết với viêm gan A nên thời gian ủ bệnh xem như tương tự.

2. Khởi phát (thời kỳ trước vàng da) 3 - 5 ngày

2.1. Hội chứng nhiễm

- Sốt 38 - 38⁰5, khoảng 2 - 3 ngày.
- Mệt mỏi, uể oải.

2.2. Hội chứng đau

- Đau nhức đầu, cổ, thái dương, có thể có dấu hiệu màng não, cổ cứng và biến đổi dịch não tủy.
- Đau khớp: hết đau khi vàng da xuất hiện.

2.3. Hội chứng tiêu hóa

- Chán ăn: là dấu hiệu quan trọng.
- Nôn, đắng miệng, bụng chướng.
- Đau hạ sườn phải, cảm giác căng, nước tiểu ít, nước tiểu sẫm màu.

2.4. Ít gặp: Ngứa, có ban đỏ, sung hạch.

3. Toàn phát

- Thời kỳ vàng da từ 2 - 3 tuần.
- Các triệu chứng cơ năng giảm đi.
- Vàng da xuất hiện, chỉ trong một hai ngày, da và niêm mạc bị nhuộm vàng sẫm.
- Ngứa không kéo dài.
- Gan to: Đau tức tăng lên khi gõ, ấn vào, có thể gặp lách to.
- Phân bạc màu.
- Nước tiểu sẫm màu, ít.

4. Hồi phục (sau vàng da 10 ngày)

- Triệu chứng tiêu hóa giảm nhanh.
 - Triệu chứng vàng da giảm chậm hơn. Sau 6 tháng hoàn toàn bình phục.
- Diễn biến:
- Đa số tốt, diễn biến sau 1 tháng, không di chứng.
 - Một số trường hợp đưa đến thể nặng.
 - Suy gan, rối loạn đông máu - xuất huyết.
 - Hôn mê gan do suy gan cấp.
 - Vàng da kéo dài - viêm gan mạn tính đưa đến tử vong.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

1. Dịch tễ học (+)

2. Lâm sàng

- Trước vàng da: mệt mỏi, uể oải, chán ăn....
- Vàng da, gan to.

3. Xét nghiệm

3.1. Chức năng gan

- Bilirubin huyết thanh tăng từ 2 ? 2,5 mg%
- Transaminase tăng cao từ cuối thời kỳ ủ bệnh.
- Phosphatase kiềm tăng ít.
- Thời gian prothombin thường không thay đổi, kéo dài trong các thể nặng.
- Stercobilinogen trong phân âm tính trong giai đoạn toàn phát, dương tính trong giai đoạn hồi phục.

3.2. Đặc hiệu

- Tìm virus trong phân.
- Tìm kháng thể trong máu.

VII. ĐIỀU TRỊ

- Chưa có thuốc đặc trị, tất cả mọi biện pháp điều trị chỉ nhằm giải quyết triệu chứng, nâng cao thể trạng và tránh các biến chứng.
- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng đầy đủ (nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ).
- Tránh những thuốc có hại cho gan.
- Theo dõi các dấu hiệu suy gan.

VIII. DỰ PHÒNG

- Kiểm tra kỹ khâu cho máu, tiệt trùng y cụ.
- Cho bệnh nhân nằm phòng riêng, chú ý khi tiếp xúc với các dịch sinh học của họ.
- Tiêm vaccin cho người có nguy cơ nhiễm cao.
- Vệ sinh dinh dưỡng.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Giáo dục sức khỏe.

IX. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ VIÊM GAN VIRUS

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.	
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp thông khí, cho thở oxy.	- Trường hợp viêm gan nặng diễn tiến tới cấp gây suy hô hấp.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch. - Huyết áp.	- Viêm gan nặng tới cấp gây suy tuần hoàn trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa.
------------------------	---

- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.	- Theo dõi biến chứng cơ tim.
--	-------------------------------

1.3. Tình trạng vàng da

- Thời kỳ tiền vàng da:	Tùy từng loại viêm gan:
+ Triệu chứng nhiễm trùng. + Triệu chứng tiêu hóa. + Triệu chứng suy nhược. - Thời kỳ vàng da: + Các triệu chứng trên giảm dần nhưng vàng da tăng lên. + Gan to.	- Viêm gan A. - Viêm gan B. - Viêm gan C. - Viêm gan D. - Viêm gan E. - Đánh giá mức độ vàng da và sự tổn thương của gan.
+ Trẻ am gan to hơn và có thể có lách to.	

1.4. Tình trạng chung

- Nhiệt độ (sốt nhẹ). - Nước tiểu sẫm màu, lượng nước tiểu/24 giờ. - Ý thức vận động: có biểu hiện tiền hôn mê gan không?	- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- Dấu hiệu xuất huyết da, niêm mạc. - Xét nghiệm.	
- Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng không.	- Nếu bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí. - Theo dõi tuần hoàn. - Theo dõi các biến chứng. - Chăm sóc hệ thống cơ quan. - Nuôi dưỡng. - Giáo dục sức khỏe.	
--	--

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.	- Đề phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Cho thở oxy.	- Tùy tình trạng từng bệnh nhân.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết.	

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân.
- Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch, thuốc nâng huyết áp, (nếu cần để thực hiện y lệnh của bác sĩ).
- Bệnh nhân tỉnh cho uống oresol, uống càng nhiều càng tốt.
- Theo dõi sát mạch, huyết 30 phút/lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

3.3. Theo dõi biến chứng

- Viêm gan tối cấp. - Viêm gan mạn tính. - Các biến chứng khác. - Viêm cơ tim. - Viêm tụy. - Viêm tủy cắt ngang. - Liệt dây thần kinh ngoại biên. - Theo dõi mức độ vàng da, màu sắc phân, nước tiểu và lượng nước tiểu 24 giờ.	- Theo dõi màu sắc da, nốt xuất huyết trên da. - Theo dõi giấc ngủ.
---	---

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác đầy đủ

- Thuốc: lợi gan, mật.
- Các xét nghiệm máu:
 - + Transaminase.
 - + Bilirubin.
 - + Thời gian Prothrombin cho đến khi khỏi bệnh có HBsAg (+) kiểm tra định kỳ 1 - 2 tháng cho đến khi (-).
- + Xét nghiệm nước tiểu.

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan

- Chăm sóc bệnh nhân chán ăn, có nôn nhiều: Vệ sinh răng miệng. - Chăm sóc bệnh nhân có ngứa phải vệ sinh da: Tắm nước ấm, giữ cho da không loét. - Cho nằm phòng riêng, có phòng vệ sinh riêng. Dụng cụ tiêm chích nên dùng đồ nhựa và bỏ đi sau mỗi lần tiêm. - Tẩy uế các chất bài tiết: Nước tiểu, phân, đờm	
- Nuôi dưỡng: + Hạn chế khẩu phần dinh dưỡng không cần thiết trong viêm gan virus cấp.	- Sáng cho ăn nhiều, chiều cho ăn ít.

+ Giai đoạn có triệu chứng cho ăn nhiều lần, mỗi lần một ít.	
+ Ăn nhiều đạm nhiều đường, ít mỡ.	- Vì gan bị tổn thương.
+ Cần ăn trái cây tươi để cung cấp vitamin liều cao và đủ năng lượng như chuối. + Kiêng rượu 6 tháng.	
+ Viêm gan tối cấp có phù sử dụng thuốc lợi tiểu phải chú ý bổ sung kali, tốt nhất là sử dụng lợi tiểu giữ kali. Bệnh nhân nặng không ăn uống được phải nuôi dưỡng bằng dịch truyền ưu trương, đặc biệt các bệnh nhân bị nôn nhiều mất nước hoặc bệnh nhân hôn mê phải cho ăn qua thông dạ dày.	- Vì rối loạn điện giải dễ đưa đến hôn mê gan.
- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.	- Bằng thái độ dịu dàng để bệnh nhân an tâm điều trị.
- Thức ăn uống còn thừa phải đổ đi. - Các đồ dùng cá nhân phải được tiệt trùng trước khi dùng lại. - Thuốc có chuyển hóa ở gan không được sử dụng như: Thuốc ngừa thai, erythromycin, tetracyclin, an thần.	
- Dẫn thân nhân theo dõi bệnh nhân có dấu hiệu nặng: Phù nhanh, rối loạn nhịp độ giấc ngủ hoặc ngủ gà, lơ mơ tới hôn mê, hơi thở bệnh nhân có mùi aceton, phải báo cáo bác sĩ ngay.	- Giai đoạn tiền hôn mê gan còn có thể điều trị được, để bệnh nhân rơi vào hôn mê gan rất khó hi vọng.
- Xuất viện cho làm việc nhẹ đến khi xét nghiệm máu trở về bình thường.	

4. Đánh giá

- Ăn ngủ được nhưng mệt mỏi kéo dài.
- Vàng da giảm nhiều.
- Bệnh nhân không được điều trị tích cực và không khám lại theo lời dặn bác sĩ, các triệu chứng lâm sàng vẫn tồn tại, có rối loạn về sinh học sẽ dễ thành viêm gan mạn tính.

BÀI 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh thủy đậu.*
- 2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh thủy đậu.*

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

- Thủy đậu là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus thủy đậu gây nên.
- Trẻ em thường mắc bệnh.
- Cần phát hiện bệnh sớm.

II. MÀM BỆNH

Virus thủy đậu có sức đề kháng yếu và chết nhanh ở bên ngoài cơ thể, có ái tính với da và niêm mạc và hệ thống thần kinh. Virus thủy đậu xâm nhập vào cơ thể bằng đường hô hấp trên, chúng sinh sản ở đó và gây bệnh.

III. ĐƯỜNG LÂY

Bệnh lây theo đường hô hấp và qua không khí.

IV. DỊCH TỄ HỌC

- Virus thủy đậu xâm nhập vào cơ thể ở đường hô hấp trên, sinh sản ở đó rồi vào máu. Virus theo đường máu đến cư trú ở da và niêm mạc làm phát sinh những nốt mọng nước nhỏ như hạt đậu. Có trường hợp virus làm tổn thương màng não tủy.
- Nguồn truyền nhiễm duy nhất là người bệnh.
- Thời gian lây ngắn, người bệnh chỉ lây cho những người xung quanh trong khoảng 1 tuần.
- Tất cả trẻ em đều có thể bị nhiễm bệnh.
- Thủy đậu thường thấy ở trẻ em 2 - 7 tuổi, trên 15 tuổi ít mắc.
- Sau khi mắc bệnh, người bệnh có miễn dịch bền vững.

V. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 1 - 2 tuần, không có biểu hiện lâm sàng.

1.2. Thời kỳ khởi phát

- Người bệnh sốt nhẹ, quấy khóc, mệt mỏi, ho.

1.3. Thời kỳ toàn phát

- Sốt: Người bệnh sốt nhẹ 38 - 39⁰C, các nốt thủy đậu mọc ở sau tai, dưới chân tóc, lưng, bụng, các chi. Lúc đầu là nốt đỏ, về sau chuyển thành nốt mọng nước, 3 - 4 ngày sau các nốt se dần và bong vảy. Cứ 2 - 3 ngày lại có một đợt các nốt mới mọc trên cùng một vùng da, vì mọc thành nhiều đợt liên tiếp nên trên cùng một vùng da các nốt đậu không cùng một lứa tuổi, rất hiếm những trường hợp mụn mủ, xuất huyết.

- Giai đoạn mọc ban, bệnh nhân có thể ngứa, gãi dễ gây bội nhiễm.

1.4. Thời kỳ lui bệnh

- Các nốt thủy đậu bong vảy dần và khỏi. Khi khỏi thường không để lại sẹo.

- Trường hợp thủy đậu bội nhiễm có thể để lại sẹo mông.

1.5. Biến chứng

- Các biến chứng do bội nhiễm: Viêm da có mủ, viêm tai giữa, viêm miệng, viêm phế quản, viêm phổi.

- Viêm não sau thủy đậu.

- Các biến chứng do vị trí của nốt thủy đậu: ở giác mạc gây giảm thị lực, ở thanh quản gây ho, viêm thanh quản, khó thở thanh quản.

VI. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Các biểu hiện lâm sàng: Sốt - người bệnh sốt nhẹ 38 - 39⁰C, các nốt thủy đậu mọc ở sau tai, dưới chân tóc, lưng, bụng, các chi. Lúc đầu là nốt đỏ, về sau chuyển thành nốt mọng nước, vì mọc thành nhiều đợt liên tiếp nên trên cùng một vùng da các nốt đậu không cùng một lứa tuổi.

- Dịch tễ: Có tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu.

2. Điều trị

- Thuốc: Bôi ngoài da bằng dung dịch Xanh metylen.

- Vệ sinh da hàng ngày.

- Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.

VII. PHÒNG BỆNH

- Cách ly người bệnh sớm.

- Trong trường hợp bội nhiễm cần cách ly tại bệnh viện.

- Tiêm vaccin phòng bệnh.

VIII. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

1.3. Tình trạng phỏng nước

Đặc biệt là thời kỳ toàn phát.

- Đầu tiên mọc nốt phỏng sau tai, dưới chân tóc, lan đến các vùng da khác trên cơ thể. Các nốt phỏng nước nhỏ như hạt đậu.
- 24 giờ kế tiếp nốt phỏng lan ra các vùng da khác toàn thân.
- Xen kẽ có những chỗ da lành.
- 2 - 3 ngày sau lại có một đợt các nốt thủy đậu không cùng một lứa tuổi.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ: Sốt nhẹ.
- Ngứa: Trẻ dụi mắt, gãi làm lan các nốt phỏng ra nơi khác.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.

Có kế hoạch chăm sóc thích hợp, để thực hiện kịp thời chính xác đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- + Yêu cầu dinh dưỡng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Cho thở oxy, nếu có khó thở.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lắng mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần tùy theo y lệnh.

3.3. Theo dõi, ngừa biến chứng

- Viêm phổi.
- Viêm tai giữa.
- Viêm thanh quản.
- Viêm não tủy.
- Viêm giác mạc mắt.

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

Chính xác, kịp thời

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi các biến chứng.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Cho người bệnh nghỉ ngơi: Trẻ thường quấy khóc, bứt rứt vì ngứa nhiều.
- Vệ sinh răng, miệng, da, mắt: Súc miệng, chà răng, rửa tay sạch, dùng kháng sinh nhỏ mắt, tắm rửa sạch để tránh những trường hợp nhiễm trùng lở loét.
- Nuôi dưỡng:
 - + Không nên kiêng cử thái quá, dùng thức ăn có nhiều đạm, dễ tiêu để tăng cường mức độ dinh dưỡng, đặc biệt là vitamin A nên cho uống thêm để tránh khô mắt.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân.
- Tránh tiếp xúc trẻ bị thủy đậu.
- Cách ly trẻ bị bệnh tại bệnh viện.
- Tiêm vaccin phòng bệnh thủy đậu.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

- Thông thường các nốt thủy đậu bay theo trình tự xuất hiện, không để lại sẹo trên mặt da.
- Người bệnh ăn uống khá hơn, tổng trạng hồi phục dần.

BÀI 8

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN QUAI BỊ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đại cương, triệu chứng lâm sàng và phòng bệnh quai bị.
2. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân quai bị.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, do virus gây ra, bệnh thường lành tính với tổn thương chính là viêm tuyến nước bọt.

1.2. Dịch tễ

Quai bị xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, nhiều nhất là vào mùa đông. Khoảng 30% trẻ em mang virus mà không có triệu chứng.

- Nguồn nhiễm: Trẻ bị bệnh, lây nhiều nhất là 6 ngày trước và 2 đến 3 tuần sau khi sung tuyến nước bọt.
- Đường lây: Theo đường hô hấp.
- Khởi cảm thụ:
 - + Trẻ em 4 - 16 tuổi hay bị bệnh nhất.
 - + Bệnh xảy ra quanh năm.
 - + Sau khi nhiễm, người bệnh có miễn dịch suốt đời.

1.3. Bệnh sinh

Virus xâm nhập đường hô hấp trên, sau đó theo đường máu đến tuyến nước bọt, tinh hoàn, buồng trứng, tụy tạng và trong một số trường hợp lên cả màng não.

Virus cũng có thể từ niêm mạc đi ngược ống Stensen (Stenon) để lên tuyến mang tai.

2. Lâm sàng

2.1. Ủ bệnh: 18 - 21 ngày.

2.2. Khởi phát: 24 - 48 giờ.

Xảy ra đột ngột với các triệu chứng: sốt nhẹ, đau cổ họng, chán ăn, mệt mỏi, đau tai, nhai khó và đau, ấn vùng tuyến mang tai đau.

2.3. Toàn phát

* Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39°C, mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn, khó chịu, đau mang tai khi nhai.

* Viêm tuyến mang tai:

- 24 - 36 giờ đầu: Viêm một bên, sau đó lan sang bên kia, sưng nhiều nhất sau 1 tuần. Tuyến sưng to ở vùng trước tai, lan xuống hàm, da hơi đỏ nhưng không nóng, ấn vào có cảm giác đàn hồi.

- Khám họng: Lỗ ống Stenon viêm đỏ.

- Vùng hạch trước tai và góc hàm cũng to và đau.

2.4. Hồi phục

Sau 1 tuần tuyến nhỏ dần và bớt đau.

3. Biến chứng

3.1. Viêm tinh hoàn

- Thường gặp ở thanh niên, sau tuổi dậy thì, xuất hiện vào ngày 7 - 10 sau khi viêm tuyến mang tai, đa số ở một bên.

- Triệu chứng báo hiệu: Sốt cao, ớn lạnh, đau bụng, nhức đầu sau đó bìu và tinh hoàn sưng to, nóng đỏ, đau.

- Bệnh khởi sau 8 - 10 ngày, khoảng 0,5% số người viêm tinh hoàn bị teo tinh hoàn, nhưng chỉ có một số rất ít bị vô sinh.

3.2. Viêm màng não

- Thường gặp ở trẻ em, xuất hiện vào ngày 3 - 10 sau khi viêm tuyến mang tai.

- Sốt cao, có đủ các triệu chứng của hội chứng màng não, nhưng cũng có khi giống viêm tuỷ cấp, sốt bán liệt.

- Dịch não tủy: Tế bào tăng nhẹ.

3.3. Biến chứng khác: ít gặp hơn.

- Viêm tụy cấp.

- Viêm buồng trứng.

- Viêm cơ tim.

- Viêm tuyến giáp.

4. Chẩn đoán: Dựa vào các yếu tố sau:

- Dịch tễ học: Chưa mắc bệnh lần nào, có tiếp xúc với bệnh nhân quai bị.

- Lâm sàng: Hội chứng nhiễm trùng, viêm đau tuyến mang tai.

- Xét nghiệm:

+ Phân lập virus trong nước bọt, dịch não tủy, dịch cổ họng.

+ Tìm kháng thể bằng các phương pháp huyết thanh học.

+ Định lượng amylase máu: Tăng

5. Điều trị và dự phòng

Không có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị triệu chứng.

* Điều trị:

- Nghỉ ngơi (nhất là khi bệnh nhân ở tuổi dậy thì).
- Đắp ấm vùng tuyến mang tai.
- Hạ sốt, giảm đau bằng Paracetamol.
- Cách ly bệnh nhân.
- Chế độ ăn lỏng, dễ nuốt.
- Khi có viêm tinh hoàn: Dùng Corticoid, mặc quần lót nâng tinh hoàn.
- * Phòng bệnh: Vaccin có khả năng bảo vệ cao, trong thời gian ít nhất 10 năm.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

* Tình trạng hô hấp:

- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Nếu có suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.

* Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch - huyết áp: Theo dõi mạch - huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

* Tình trạng viêm tuyến nước bọt:

- Sốt: theo dõi nhiệt độ.
- Đau góc hàm, sau đó tuyến mang tai to dần và đau nhức.
- Tuyến mang tai lớn dần từ 1 - 3 ngày, sưng 1 tuần thì từ từ nhỏ lại.
- Da vùng tuyến đỏ, không nóng.
- Khó nuốt.

* Tình trạng chung:

- Đo nhiệt độ.
- Theo dõi nước tiểu/24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.

6.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

* Bảo đảm thông khí:

- Có suy hô hấp cho thở oxy.

- Theo dõi nhịp thở.
- * Theo dõi tuần hoàn:
 - + Mạch.
 - + Huyết áp.
 - + Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
 - + Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch, thuốc nâng huyết áp (khi cần) để thực hiện chỉ định của bác sĩ.
 - + Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.
- * Theo dõi các biến chứng:

Có thể gây tổn thương ngoài tuyến nước bọt:

 - Tổn thương thần kinh:
 - + Viêm màng não.
 - + Viêm não.
 - + Tổn thương thần kinh sọ não.
 - Viêm tinh hoàn, mào tinh.
 - Viêm tụy cấp.
 - Biểu hiện ở các cơ quan khác:
 - + Quai bị trong thai nghén.
 - + Viêm buồng trứng.
 - + Viêm cơ tim.
 - + Viêm tuyến giáp.
- * Thực hiện y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời:
 - Thuốc.
 - Các xét nghiệm.
 - Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- * Chăm sóc hệ thống cơ quan:
 - Nằm nghỉ.
 - Lau mát nếu có sốt cao.
 - Đắp ấm vùng tuyến mang tai để giảm đau.
 - Mặc quần lót nâng tinh hoàn, giảm căng và đau nhức.
 - Săn sóc răng miệng: Tránh bội nhiễm và giúp bệnh nhân ăn ngon miệng.
 - Tắm hàng ngày.
 - Săn sóc mắt.
 - Dinh dưỡng:
 - + Cho ăn thức ăn dễ nuốt.

+ Tránh thức ăn lạnh, nóng, chua quá làm cho bệnh nhân khó chịu.

+ Thức ăn dễ tiêu và giàu năng lượng.

* Giáo dục sức khỏe:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân bệnh nhân.

- Khi chưa bị bệnh tránh tiếp xúc với bệnh nhân.

- Cách ly bệnh nhân tại bệnh viện.

- Tiêm phòng:

+ Tiêm phòng bằng vaccin sống giảm độc lực, có hiệu quả 90% - 98% các trường hợp tiếp xúc. Không tiêm chủng cho phụ nữ có thai, bệnh nhân bị dị ứng, đang sốt hay bệnh ung thư, bệnh về máu, đang dùng thuốc giảm miễn dịch, chất phóng xạ trị liệu.

+ Globulin miễn dịch chuyên biệt đối với quai bị: Tiêm bắp 10 - 20 ml trong 2 -3 ngày sau khi tiếp xúc bệnh nhân. Chỉ phòng viêm tinh hoàn nhưng không ngăn chặn được viêm tuyến mang tai.

6.3. Đánh giá quá trình chăm sóc

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

Sau 1 tuần, tuyến mang tai nhỏ dần, bớt đau, các triệu chứng đau, khó nuốt giảm dần và từ từ khỏi bệnh.

BÀI 9

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SỞI

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân và đường lây của bệnh.*
2. *Kể được triệu chứng lâm sàng và biến chứng của bệnh.*
3. *Trình bày được cách phòng và điều trị bệnh.*

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM

Bệnh sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây theo đường hô hấp, do virus sởi gây ra. Bệnh có đặc điểm lâm sàng là sốt và phát ban có chu kỳ.

II. DỊCH TỄ

2.1. Nguyên nhân

- Do virus sởi gây nên, thuộc họ Paramyxoviridae.
- Virus hình cầu.
- Sức chịu đựng yếu, dễ bị diệt bởi các thuốc khử trùng thông thường, ánh sáng mặt trời. Nhiệt độ 56°C virus bị diệt trong 30 phút.
- Kháng thể xuất hiện từ ngày thứ 2-3 sau khi mọc ban và tồn tại lâu dài, tạo miễn dịch bền vững.

2.2. Nguồn bệnh

- Là bệnh nhân sởi, bệnh có thể lây từ 2-4 ngày trước khi phát bệnh cho tới ngày thứ 5-6 từ khi mọc ban.

2.3. Đường lây

- Lây trực tiếp theo đường hô hấp khi bệnh nhân ho, hắt hơi, nói chuyện...
- Khả năng lây rất cao có thể trở thành dịch lớn.

2.4. Sức thụ bệnh

- Mọi lứa tuổi đều có thể mắc nhưng tỷ lệ mắc cao ở lứa tuổi từ 2- 6 tuổi (lây truyền mạnh ở các nhà trẻ, mẫu giáo...). Trẻ dưới 6 tháng ít mắc vì có miễn dịch của mẹ.
- Bệnh thường phát vào mùa đông xuân.
- Miễn dịch bền vững sau khi mắc bệnh nên rất hiếm người bị mắc lại lần 2.
- Là bệnh gây suy giảm miễn dịch nên bệnh nhân dễ mắc thêm bệnh khác.
- Là bệnh nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng nên ngày nay tỷ lệ mắc bệnh và tử vong giảm nhiều.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1 Thời kỳ ủ bệnh: từ 8 -11 ngày không có triệu chứng gì.

3.2 Thời kỳ khởi phát: 3-4 ngày

* Hội chứng nhiễm trùng:

Sốt cao 39 – 40°C, mệt mỏi, chán ăn.

* Hội chứng viêm long đường hô hấp:

- Hắt hơi.

- Sổ mũi.

- Đau rát họng, ho khan.

- Kết mạc mắt đỏ.

- Hạt Koplick: Hạt đốm trắng nổi lên ở niêm mạc má, tương ứng với răng hàm trên số 5 -6.

3.3 Thời kỳ toàn phát (thời kỳ mọc ban)

- Bắt đầu mọc ban thì sốt tăng dần, có thể co giật.

- Khi ban mọc hết thì nhiệt độ giảm dần.

- Ban mọc ngày thứ 4 – 6.

* Đặc điểm của ban:

- Mọc theo trình tự từ trên xuống dưới.

- Ban dát sần, ban nhỏ hơi nổi gờ lên mặt da.

- Màu hồng hoặc đỏ tía.

- Tròn hoặc hình bầu dục đứng riêng rẽ hoặc kết hợp với nhau thành vầng, giữa các ban là khoảng da lành.

- Ban bay khi mọc xong và cũng theo trình tự như khi mọc.

- Khi bay để lại vết thâm trên da như vết vằn da hổ.

3. 4 Thời kỳ lui bệnh (thời kỳ bay ban)

Trở lại sức sau đó ăn ngủ được.

IV. BIẾN CHỨNG

4.1. Viêm phổi

- Hoặc do chính virus sởi, hoặc do bội nhiễm phế cầu, liên cầu, tụ cầu vàng *Haemophilus Influenzae*...

- Bệnh nhân vẫn tiếp tục sốt sau khi phát ban, ho, phổi có ran.

4.2. Viêm tai giữa

Xảy ra trong thời kỳ phát ban hay hồi phục. Bệnh nhân sốt cao, tai chảy mủ vàng, nếu can thiệp trễ màng nhĩ có thể bị thủng.

4.3. Viêm thanh quản

Có thể xuất hiện sớm trong thời kỳ viêm long hoặc muộn hơn trong thời kỳ hồi phục. Bệnh nhân bị phù nề thanh quản, khàn tiếng, khó thở.

4.4. Viêm não tuỷ

Hiếm gặp nhưng biến chứng trầm trọng vì có thể dẫn đến tử vong.

4.5. Một số biến chứng khác

- Cam tẩu mã.
- Hoại tử môi, miệng, má.
- Loét giác mạc do thiếu vitamin A.
- Suy dinh dưỡng do kiêng ăn không đúng cách.

V. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

5.1 Điều trị

- Không có thuốc điều trị đặc hiệu.
- Điều trị triệu chứng:
 - + Hạ sốt an thần.
 - + Thuốc giảm ho, long đờm: Tecpin codein.
 - + Chống dị ứng, ngứa: Dimedron.
 - + Kháng sinh chỉ dùng khi có bội nhiễm.
 - + Sát trùng mũi họng: nhỏ mắt nhỏ mũi.
 - + Chế độ ăn uống tốt.

5.2 Phòng bệnh

- + Tiêm Vacxin cho trẻ 9-11 tháng tuổi.
- + Cách ly bệnh nhân.
- + Vệ sinh môi trường sống.

VI. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH SỞI

6.1. Nhận định

6.1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần thông khí cho thở oxy.

6.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

6.1.3. Tình trạng phát ban:

Đặc biệt là thời kỳ toàn phát.

- Trước khi phát ban có dấu hiệu Koplik.
- Đầu tiên ban mọc sau tai, sau lan dần ra hai bên má, cổ, ngực, họng và phần chi trên.

- 24 giờ sau ban lan ra sau lưng, hông và chi dưới.
- Sau 2 - 3 ngày ban lan toàn thân.
- Ban màu hồng nhạt, ấn vào mất đi.
- Xen kẽ là những chỗ da lành.

6.1.4. *Tình trạng chung:*

- Đo nhiệt độ.
- Viêm long:
 - + Ở mắt.
 - + Ở mũi.
 - + Ở đường hô hấp.
- Khám họng: tìm dấu Koplik.
- Theo dõi ý thức, vận động.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không.

6.2. **Lập kế hoạch chăm sóc**

6.2.1. *Bảo đảm thông khí*

6.2.2. *Theo dõi tuần hoàn*

6.2.3. *Theo dõi các biến chứng*

6.2.4. *Thực hiện các y lệnh*

6.2.5. *Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng*

6.2.6. *giáo dục sức khỏe*

6.3. **Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

6.3.1. *Bảo đảm thông khí*

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm nhớt.

6.3.2. *Theo dõi tuần hoàn:*

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dịch truyền qua đường tĩnh mạch, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

6.3.3. Theo dõi, ngừa biến chứng:

- Viêm phổi.
- Viêm tai giữa.
- Viêm thanh quản.
- Viêm não tuỷ.
- Cam tẩu mã.
- Viêm ruột kéo dài.
- Loét giác mạc mắt.
- Suy dinh dưỡng nặng.

6.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác, kịp thời:

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

6.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng:

- Lau mát nếu có sốt cao.
- Co giật: Giữ an toàn bệnh nhân, cho thuốc chống co giật theo chỉ định.
- Giữ ấm cho bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi: Trẻ thường quấy khóc, bứt rứt.
- Vệ sinh răng, miệng, da, mắt: Súc miệng chà răng, rửa tay sạch, dùng kháng sinh nhỏ mắt, tắm rửa sạch sẽ để tránh những trường hợp nhiễm khuẩn lở loét ở da, loét ép.
- Theo dõi đau nhức vùng tai, vùng xương chũm, có chảy nước mắt mũi không? Chăm sóc tai nếu có viêm tai giữa.
- Theo dõi phân và dấu hiệu mất nước nếu tiêu chảy kéo dài.
- Tẩy uế phân, nước tiểu.
- Nuôi dưỡng:
 - + Không nên kiêng cử thái quá, dùng thức ăn có nhiều đạm, dễ tiêu để tăng mức độ dinh dưỡng, đặc biệt là vitamin A; nên cho uống vitamin A để tránh cho trẻ bị mù mắt.
 - + Không cho ăn được phải nuôi bằng dịch truyền hoặc cho ăn qua thông dạ dày để bệnh nhân có đủ chất dinh dưỡng.

6.3.6. Giáo dục sức khoẻ:

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân.
- Tránh tiếp xúc với trẻ lên sỏi.
- Cách ly trẻ bệnh tại bệnh viện.

- Tiêm phòng sởi: khi trẻ 9 tháng tuổi. Vacxin sởi là virus sởi sống giảm độc lực. Cần chú ý đối với trẻ có bệnh cấp tính hoặc trẻ bị suy giảm miễn dịch. Hiện nay, vacxin sởi có thể phối hợp với các loại vacxin khác như sốt bại liệt, ho gà, uốn ván, bạch hầu; Hiệu lực các loại thuốc này không bị giảm đi.

BÀI 10

NHIỄM HIV/AIDS VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH AIDS

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được định nghĩa AIDS, đặc điểm về khả năng gây bệnh và sự tồn tại của HIV.*
- 2. Nêu được đường lây và cách phòng chống HIV/AIDS.*
- 3. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và cách chăm sóc bệnh nhân AIDS.*

NỘI DUNG

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 1995, HIV/AIDS được coi là một trong 4 nguy cơ tiêu diệt loài người hiện nay. HIV/AIDS là một đại dịch, là mối nguy hiểm không phải chỉ ở một quốc gia, một khu vực mà trên toàn cầu. Để làm giảm khả năng lây truyền của bệnh không phải chỉ có ngành y tế mà đòi hỏi sự tham gia của cả cộng đồng và của tất cả các tổ chức xã hội.

I. LỊCH SỬ PHÁT HIỆN BỆNH

- Năm 1981: ở Châu Phi phát hiện 6 bệnh nhân nam đồng tính luyến ái mắc bệnh viêm phổi do Pneumonia. Đây là một bệnh mà chỉ gặp ở những người có hệ thống miễn dịch suy giảm. Người ta đã phân lập được loại virus gây bệnh và đặt tên là LVA (Virus gây bệnh ở người đồng tính luyến ái).

- Năm 1983: Tại Mỹ phát hiện 3 bệnh nhân cũng mắc chứng bệnh viêm phổi như trên. Lúc này người ta phân lập được loại virus gây bệnh này chỉ gây bệnh cho người mà không gây bệnh cho súc vật, đồng thời thấy cấu trúc giống với LVA nên gọi là HIV₂ và LVA đổi thành HIV₁.

- Năm 1985, qua nghiên cứu thấy HIV₁ và HIV₂ đều có cấu trúc và khả năng gây bệnh như nhau nên gọi là HIV: Human Immuno Deficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người). Virus này gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người, hội chứng này gọi tắt là AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrom (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).

Có 3 giả thuyết được đưa ra về sự xuất hiện HIV, đó là:

- Được tạo ra trong phòng thí nghiệm.
- Do sự biến đổi bất thường của các virus.
- Là loại virus có trong khỉ ở Châu Phi. Do một bộ tộc sinh sống ở đó có phong tục lấy máu khỉ truyền cho người nên bị nhiễm HIV. Do nhu cầu giao lưu, du lịch nên làm lây lan HIV/AIDS như ngày nay.

II. ĐỊNH NGHĨA AIDS

Là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người do HIV gây nên, làm cho cơ thể mất sức đề kháng và sẽ tử vong do bệnh AIDS hoặc do mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

III. TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS HIỆN NAY Ở VIỆT NAM

- Thời gian phát hiện trường hợp đầu tiên tại Việt Nam là vào tháng 12 năm 1990 tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Tới nay cả 64/64 tỉnh, thành đều có người nhiễm HIV, chuyển sang AIDS và chết do AIDS.

- Theo số liệu thống kê vào thời điểm 30/1/2007:

+ Số người nhiễm HIV được phát hiện là 118.524 người.

+ Số người chuyển sang AIDS là 20.673 người.

+ Số người chết do AIDS là 12.309 người.

- Nơi có người nhiễm HIV/AIDS cao (theo trình tự từ cao đến thấp):

+ Tính theo số mắc tuyệt đối: Hồ Chí Minh - Quảng Ninh- Hà Nội- Hải Phòng.

+ Tính theo tỷ lệ/100.000 dân: Quảng Ninh, Hải Phòng, Hồ Chí Minh.

So với số người được phát hiện nhiễm HIV/AIDS thì số chưa được phát hiện chiếm tỷ lệ cao gấp nhiều lần.

IV. ĐẶC ĐIỂM VỀ KHẢ NĂNG GÂY BỆNH VÀ SỰ TỒN TẠI CỦA HIV

- HIV khi vào cơ thể người sẽ tấn công tế bào lympho T (T4) làm cho hệ thống miễn dịch của cơ thể giảm nhanh chóng.

- Khả năng gây bệnh của HIV phụ thuộc vào:

+ Ngưỡng HIV.

+ Tổn thương da và niêm mạc kèm theo

- Sự tồn tại của HIV:

+ Trong cơ thể người, HIV tồn tại ở:

. Tinh dịch, dịch tiết âm đạo.

. Máu và sản phẩm của máu.

. Nước bọt, nước mắt, nước não tủy, nước tiểu.

. Sữa mẹ.

+ Ngoài cơ thể người, HIV dễ chết, dễ bị bất hoạt nhanh bởi các tác nhân lý hoá nhưng tia cực tím không diệt được:

. Nước Javen: Chết trong vòng 1 phút.

. Còn 70⁰: Chết trong vòng 1 phút.

. Formaldehyt 0,1%: Chết trong vòng 30-60 phút.

. Nước 56⁰C: Chết trong vòng 30 phút.

. Nước 100⁰C: Chết trong vòng 1 phút.

. Giọt máu khô ngoài ánh nắng: Chết trong vòng 5-7 ngày.

V. ĐƯỜNG LÂY: Có 3 đường lây

*** Lây qua đường tình dục:**

Nguy cơ cao ở các nhóm tình dục đồng giới nam, người có bệnh truyền virus qua đường sinh dục khác (STD). Khả năng truyền từ nữ sang nam cũng khác. Tính chung trên thế giới thì: Tình dục khác giới 71%, tình dục đồng giới 15%.

Nguy cơ cao đối với các đối tượng:

- + Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV/AIDS.
- + Quan hệ tình dục với gái mại dâm.
- + Quan hệ tình dục đồng tính luyến ái.
- + Quan hệ tình dục không lành mạnh, an toàn: Quan hệ tình dục trước hôn nhân, quan hệ tình dục với nhiều người, không dùng bao cao su khi quan hệ tình dục.
- + Mắc các bệnh hoa liễu.

*** Lây qua đường máu:**

- Truyền máu không kiểm soát HIV và các chế phẩm của máu tính chung trên thế giới chiếm 5-10%.

- Lây qua tiêm chích ma túy trong cộng đồng người nghiện ma túy rất cao và nó liên quan với số lần tiêm chích trong 1 tháng, sử dụng dụng cụ tiêm chích cho nhiều người, dùng lại và dùng chung kim tiêm và tiền sử chích trước đó.

- Nguy cơ cao đối với các đối tượng:

- + Do tiêm chích ma túy: Đây là đối tượng có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS cao nhất hiện nay.
- + Do dùng chung bơm kim tiêm với người nhiễm HIV/AIDS.
- + Do truyền máu và sử dụng các sản phẩm của máu có chứa HIV.
- + Do sử dụng dụng cụ y tế không vô khuẩn: Trong làm các kỹ thuật chăm sóc người bệnh, làm thẩm mỹ...
- + Do dùng chung các đồ dùng như dao cạo râu, bàn chải đánh răng, đi dép...(những vật dụng có thể gây chảy máu và dính máu) với người nhiễm HIV.

*** Lây từ mẹ sang con:**

Người mẹ nhiễm HIV/AIDS có khoảng 20-25% làm lây truyền sang cho con. Khả năng lây truyền sang con có thể xảy ra ở:

- + Trong thời kỳ bào thai.
- + Trong quá trình sinh đẻ.
- + Qua sữa mẹ.

** Không có bằng chứng về khả năng lây truyền của HIV/AIDS qua nước mắt, nước bọt, tiếp xúc bình thường, côn trùng đốt. Do đó, HIV/AIDS không lây khi: Ăn uống chung, bắt tay, gọi điện thoại, ôm hôn xã giao, tắm chung bể bơi, muỗi đốt.*

VI. CÁCH PHÒNG CHỐNG

** Phòng chống lây qua đường tình dục:*

- Giáo dục tình dục lành mạnh, thủy chung một vợ một chồng.
- Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục.
- Không quan hệ tình dục bừa bãi, với gái mại dâm.
- Không quan hệ tình dục đồng tính luyến ái.
- Không quan hệ tình dục trước hôn nhân.

** Phòng chống lây qua đường máu:*

- Chỉ truyền máu, phẫu thuật khi thật cần thiết.
- Kiểm tra HIV ở các mẫu máu, sản phẩm máu.
- Không tiêm chích ma túy.
- Không dùng chung bơm kim tiêm.
- Nên dùng bơm kim tiêm một lần.
- Đảm bảo vô khuẩn dụng cụ y tế.
- Không nên dùng chung các đồ dùng cá nhân gây chảy máu và dính máu với người nhiễm HIV.

** Phòng chống lây từ mẹ sang con:*

Phụ nữ nhiễm HIV không nên kết hôn, không nên có thai, sinh con và cho con bú.

** Phòng chống lây nhiễm HIV trong nhân viên y tế:*

- Rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân, nếu da bị tổn thương hoặc viêm da xuất tiết thì không trực tiếp sờ sóc bệnh nhân.
- Đeo găng tay khi tiếp xúc với bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
- Kim tiêm, dao mổ nhỏ và những thiết bị sắc nhọn khác phải được cầm cẩn thận để tránh làm bị thương.
- Mặc quần áo, tạp dề bảo vệ khi làm các phẫu thuật, thủ thuật và phải thay đổi sau mỗi lần dùng.
- Dùng kính bảo vệ mặt, khẩu trang.
- Tránh hồi sức miệng mà thay bằng các phương tiện hồi sức khác.
- Chú ý khi tiếp xúc với tử thi người nhiễm HIV/AIDS.

VII. LÂM SÀNG

7.1. Giai đoạn nhiễm

HIV là một trong năm Retrovirus gây bệnh ở người. Virus HIV thuộc nhóm Leutivirus gồm những virus gây bệnh kinh điển từ từ với giai đoạn tiềm tàng không triệu

200

chứng kéo dài. AIDS là giai đoạn cuối cùng của một quá trình xói mòn hệ thống miễn dịch kéo dài do HIV gây ra. Đa số những người nhiễm HIV hiện nay chưa có AIDS. Tỷ lệ phát triển với AIDS ở những người nhiễm HIV dao động từ 4-10% là 1 năm. Một số đông sẽ có các triệu chứng lâm sàng trong vòng 10 đến 15 năm sau khi có phản ứng huyết thanh dương tính.

- Nhiễm HIV ban đầu thường không có triệu chứng.
- Có thể có: sốt, đau bụng, phát ban, buồn ngủ, ho, đau cơ, vã mồ hôi, rối loạn tiêu hoá, dễ nhầm với cảm cúm.
- Xét nghiệm:
 - + Kháng nguyên P₂₄ trong máu (giai đoạn sớm)
 - + Kháng thể HIV (+): sau vài tuần.

7.2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng: 2 đến 8 năm hoặc lâu hơn.

7.3. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng

7.3.1. Giai đoạn lâm sàng 1: Bệnh hạch dai dẳng toàn thân:

Hạch biểu hiện ngoài 2 bên bẹn còn có ở 2 vị trí khác nữa, đường kính hạch trên 1cm.

Dấu hiệu kèm theo là sốt, sút cân, ra mồ hôi đêm, bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường.

7.3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: Thời kỳ đầu (nhẹ)

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.
- Các biểu hiện nhẹ ngoài da và niêm mạc (viêm da tuyến bã, ngứa, nấm vùng, chốc mép, loét miệng tái diễn).
- Zona trong vòng năm cuối.
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn (như viêm xoang).

7.3.3. Giai đoạn lâm sàng 3: Thời kỳ trung gian (vừa phải)

- Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể.
- ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân trên 1 tháng.
- Nhiễm Candida ở miệng (tưa).
- Bạch sản dạng lông ở miệng.
- Lao phổi trong năm cuối.
- Các nhiễm khuẩn nặng (như viêm phổi, viêm cơ mủ. Thường ở giai đoạn này bệnh nhân nằm 50% thời gian trong ngày ở những tháng cuối).

7.3.4. Giai đoạn lâm sàng 4: Thời kỳ muộn (nặng, thực chất là ngang với AIDS).

- Hội chứng gầy mòn HIV: Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể cộng với hoặc ỉa chảy không rõ nguyên nhân kéo dài trên 1 tháng hoặc mệt mỏi kéo dài và sốt kéo dài không rõ căn nguyên.

- Viêm phổi do Pneumocystic carinii.
- Bệnh do Toxoplasma ở não.
- Bệnh do Cytomegalovirus ở ngoài gan, lách hoặc các hạch lympho.
- Nhiễm herpes simplex virus ở da, niêm mạc trên 1 tháng hoặc ở nội tạng.
- Bệnh lý não trắng đa ổ tiến triển.
- Nhiễm Candida thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi.
- Nhiễm Mycobacteria không điển hình toàn thân.
- Nhiễm trùng huyết do salmonella không phải thương hàn.
- Lao ngoài phổi.
- Các u lympho.
- Sarcoma Kaposi.

- Bệnh lý não do HIV: Rối loạn chức năng nhận biết hoặc rối loạn chức năng vận động (làm ảnh hưởng tới hoạt động hàng ngày, tiến triển hàng tuần tới hàng tháng mà không có một bệnh tật hoặc trạng thái nào ngoài HIV đang diễn ra có thể giải thích được).

VIII. CÁC XÉT NGHIỆM

8.1. Tìm kháng thể với HIV bằng các xét nghiệm

- ELISA (thăm dò miễn dịch men).
- Ngưng kết Latex.
- Kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp.
- Thăm dò miễn dịch hạt nhân.

8.2. Các xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng nguyên P24

8.3. Nuôi cấy HIV

8.4. Phản ứng chuỗi polymerase khuếch đại gen (PCR).

Hiện chưa sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Ngoài các xét nghiệm trên tùy tình trạng lâm sàng của từng bệnh nhân mà có thêm các xét nghiệm bổ sung khẳng định các bệnh chỉ điểm hoặc nhiễm trùng cơ hội; ví dụ tìm P. Carinii trong đờm, Cryptococcus neoformance trong dịch não tủy...

8.5. Xét nghiệm về miễn dịch

Đếm tế bào CD₄: bình thường là 450-1280TB/mm³

CD₈: Bình thường là 258-800TB/mm³

Tỷ lệ CD₄/CD₈: Bình thường là 1,4-2,2.

IX. ĐIỀU TRỊ

9.1. Điều trị trực tiếp trên HIV

Zidomin: 200mg x 6 lần/ngày.

Hoặc Didanoime 0,5mg/kg/ngày.

9.2. Điều trị phục hồi miễn dịch

- Dùng các cytokine.
- Dùng chất kích thích sinh trưởng bạch cầu hạt và đại thực bào (GM-CSF).

9.3. Điều trị nhiễm trùng cơ hội

- Viêm phổi do P. Carinii: Bactrim hoặc Pentamidin.
- Nấm Candida ở miệng: Nystatin.
- Nấm Cryptococcus: Amphotericin B + Flucytocin.
- Cytomegalovirus: Dùng Ganciclovir hoặc Foscarnet...

9.4. Điều trị sớm bằng thuốc ức chế HIV phát triển

Ở người có huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính, tuy không có triệu chứng mà $CD_4 < 200/mm^3$, dùng Zidrudin 600mg/ngày.

X. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV/AIDS

Chủ yếu là công tác tư vấn đối với người nhiễm HIV/AIDS, cán bộ y tế phải biết mình ở vị trí sẵn sóc nên phải tôn trọng phẩm cách cá nhân và có thái độ đúng mức giữa nhân viên y tế và người bệnh.

Y tế phải hiểu là có nhiều người tham gia sẵn sóc và hỗ trợ bệnh nhân (như gia đình, bạn bè, tổ chức tôn giáo, câu lạc bộ...) để giúp bệnh nhân duy trì cuộc sống của họ trong cộng đồng.

10.1. Nhận định

* Hỏi bệnh:

- Khai thác tiền sử tiếp xúc với người nhiễm HIV và khả năng lây truyền bệnh.
- Khai thác các dấu hiệu lâm sàng: sốt, mệt mỏi, gầy sút cân, ỉa chảy, các nhiễm trùng cơ hội kèm theo như: viêm da, viêm phổi...

* Quan sát:

- Đánh giá chung toàn thân, tình trạng tri giác, hô hấp, tuần hoàn: cân nặng, đếm mạch, đo huyết áp, lấy nhiệt độ...
- Quan sát tình trạng nhiễm trùng ngoài da, Zona thần kinh, các nhiễm trùng cơ hội, các bệnh lý kèm theo, sờ hạch toàn thân.
- Xem các kết quả xét nghiệm: xét nghiệm chẩn đoán bệnh, xét nghiệm máu, kết quả chụp Xquang...

10.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân

Triệu chứng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS rất đa dạng, chủ yếu là các nhiễm trùng cơ hội vì vậy chăm sóc bệnh nhân phải dựa vào tình trạng thực tế của bệnh nhân, nhân viên y tế tránh kỳ thị phân biệt đối xử với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

10.2.1. Chăm sóc các triệu chứng bệnh

* Ỉa chảy:

- Nếu có bệnh ngoài da quanh hậu môn: Sau mỗi lần đi ngoài rửa hậu môn bằng nước ấm, xà phòng, bôi thuốc.

- Khuyến khích ăn lỏng, bồi phụ nước và điện giải.

- Cứ 2 giờ cho ăn lượng thức ăn ít chất thô.

- Sử dụng thuốc chống ỉa chảy theo đơn.

- * Buồn nôn và nôn:

- Nếu nôn thì không được ăn trong 2 giờ đầu, sau đó ăn lỏng.

- Vệ sinh răng miệng, tránh nhiễm trùng.

- Sử dụng thuốc chống nôn theo đơn trước bữa ăn 30 phút.

- Nếu nôn kéo dài gây rối loạn toan - kiềm thì bù dịch bằng Oresol.

- * Sốt:

- Kẹp nhiệt độ 4 giờ 1 lần.

- Dùng thuốc hạ sốt theo đơn.

- Khuyến khích uống các chất dịch nếu hấp thu được.

- Tắm cho bệnh nhân bằng nước ấm, chườm lạnh bằng túi nước đá.

- * Khó thở:

- Đánh giá tình trạng hô hấp cứ 2 giờ 1 lần: ho, tím tái, nhịp thở.

- Giúp cải thiện hô hấp: nằm đầu cao, thở ôxy nếu cần.

- * Rối loạn ý thức:

- Đánh giá tình trạng tinh thần cơ bản.

- Tránh làm cho bệnh nhân phật ý vì có thể làm cho họ lo lắng.

- Sử dụng các biện pháp để phục hồi trí nhớ như: sử dụng các vật dụng gia đình, lịch...

- * Mệt mỏi:

- Khuyến khích nghỉ ngơi đều đặn xen kẽ với hoạt động.

- Giúp bệnh nhân vệ sinh, vận động, ăn uống và trợ giúp tinh thần.

- * Các tổn thương ngoài da:

- Thay đổi tư thế 2 giờ/lần.

- Thăm khô, để hở thương tổn.

- Vệ sinh răng miệng 3 lần 1 ngày.

10.2.2. Chăm sóc cơ bản

- Chế độ nghỉ ngơi.

- Chế độ dinh dưỡng: tăng cường dinh dưỡng, nên chia nhiều bữa nhỏ, ăn thức ăn dễ tiêu đặc biệt với những bệnh nhân có tiêu chảy kéo dài.

- Chế độ vệ sinh: Vệ sinh thân thể, răng miệng tránh nhiễm trùng cơ hội, các chất thải của bệnh nhân như phân, nước tiểu, đờm... phải được hướng dẫn thải đúng vị trí quy định tránh lây nhiễm bệnh.

10.2.3. Thực hiện y lệnh

- Thuốc: chống nhiễm khuẩn, tăng cường miễn dịch, ức chế vi rút..
- Xét nghiệm.

10.2.4. Theo dõi tiến triển bệnh

- Tình trạng nhiễm trùng, ỉa chảy, cân nặng.
- Tình trạng toàn thân: tri giác, tuần hoàn, hô hấp, tiêu hoá...
- Các bệnh lý kèm theo.

10.2.5. Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách chăm sóc bệnh nhân về chế độ dinh dưỡng, vệ sinh.
- Hướng dẫn cách phòng lây nhiễm cho gia đình và cộng đồng.

10.3. Đánh giá

Đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân giảm dần các triệu chứng bệnh.
- Thể trạng tốt lên.
- Hạn chế mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.
- Bệnh nhân và gia đình biết cách chăm sóc bệnh nhân, biết cách phòng lây nhiễm bệnh.

BÀI 11

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẠI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh đại.
2. Trình bày được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đại khi lên cơn.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Bệnh đại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do Rhabdovirus từ động vật có máu nóng truyền sang người, gây tổn thương thần kinh và chắc chắn gây tử vong khi phát bệnh.

1.2. Mầm bệnh

- Virus đại rất nhỏ, có một chuỗi ARN, hình trụ, một đầu phẳng, đầu dạng nón, virus có thể ký sinh ở nhiều loại ký chủ, gặp ở tất cả các động vật hữu nhũ, có tính hướng thần kinh, người ta gặp nó trong mô thần kinh và nước bọt của các động vật bị đại.

- Virus phân lập từ các động vật mắc bệnh đại được gọi là virus đường phố", có thời gian ủ bệnh dài và độc lực cao. Virus đại 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 vaccin đại.

- Virus đại bị bất hoạt bởi ánh sáng mặt trời, tia cực tím, tia X, sự khô ráo, nhiệt độ 56°C trong 1 giờ, hầu hết các dung môi hữu cơ, chất tẩy rửa, chất oxy hoá và xà phòng đặc 20%.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh thiên nhiên:

Các thú hoang như chồn, gấu trúc (Raccoons), dơi truyền virus khi chúng cắn người. Dơi có thể truyền virus trong khi nó vẫn khỏe mạnh, những thú khác truyền khi đã bị viêm não. Ngoài chó mèo, bệnh đại còn có thể lây truyền từ những động vật nuôi như là: ngựa, bò, cừu, heo. Loài thỏ và gặm nhấm lại không truyền bệnh đại.

- Đường truyền nhiễm:

+ Qua vết cắn, vết cào xước ở da, niêm mạc.

+ Trong những trường hợp hiếm, virus đại có thể lây qua đường hô hấp khi người ta vào hang động có dơi trú ẩn.

- Bệnh đại trên thế giới:

Bệnh đại vẫn còn gặp trên thế giới.

Tại các nước châu Phi, châu á, 90% số trường hợp đại là do chó, mèo cắn.

1.4. Bệnh sinh

- Virus đại tăng sinh tại vết cắn, rồi theo dây thần kinh cảm giác tiến dần về tuỷ sống và hệ thần kinh trung ương. Nó lại tăng sinh ở hệ thần kinh rồi theo các dây thần kinh đến tuyến nước bọt và các cơ quan khác. Từ tuyến nước bọt xâm nhập vào vết cắn. Không có giai đoạn virus vào máu.

- Hệ thần kinh trung ương, virus gây viêm não và làm mất myelin, chết tế bào thần kinh, những tế bào thần kinh có virus chứa một thể vùi acid gọi là thể Negri, thể này có nhiều ở sừng Ammon, vỏ não, cuống não, tế bào Purkinje của tiểu não và là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh đại.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Bệnh đại ở động vật

Virus có ở động vật nhiều ngày trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

Chó bị bệnh đại, có thời gian ủ bệnh 3 -12 tuần, có khi đến 14 tháng. Trong thể hung dữ, chó thay đổi tính nết, bạ đâu cắn đó, sủa như rú, mồm chảy nước dãi, chết trong cơn điên cuồng.

Trong thể bại liệt, các cơ hàm dưới, chân sau, chân trước bị liệt, chó không sủa, chết trong yên lặng.

Chó thường chết sau 3 đến 7 ngày từ khi phát bệnh.

2.2. Bệnh đại ở người

2.2.1. Ủ bệnh: 20 đến 60 ngày, có thể chỉ 4 ngày, có khi đến nhiều năm. Vết cắn càng gần vùng mặt thì thời kỳ ủ bệnh càng ngắn.

2.2.2. Khởi phát

Triệu chứng phức tạp, không rõ rệt:

- Vết cắn: Có cảm giác ngứa, như kiến bò, đau.
- Tính tình thay đổi: Buồn bã hoặc dễ bị kích động.
- ít gặp: Ho, ớn lạnh, nôn mửa, tiêu chảy, tiểu khó.

2.2.3. Toàn phát: có hai thể.

2.2.3.1. Thể hung dữ:

- Kích thích hành tuỷ: Nhịp thở hỗn hển, dồn dập; sợ nước, sợ gió (co thắt họng, thực quản khi uống nước), không nuốt thức ăn được.

- Kích thích toàn bộ thần kinh: ảo giác, dễ bị kích động, xuất tinh liên tục, tăng tiết nước bọt (nhổ liên tục), giận dữ với xung quanh, tử vong do suy tim hay liệt dần.

- Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo cho đến khi chết.

2.2.3.2. Thể bại liệt:

- Thường gặp ở người chích ngừa vaccin sau khi bị thú đại cắn.

- Dị cảm ngay vết cắn, đau chi bị cắn, đau cột sống.
- Liệt tiến triển, lan toả lên các chi và cơ khác, mất phản xạ gân - cơ.
- Bệnh nhân bí tiểu tiện, liệt cơ lưỡi gây sặc, liệt cơ hô hấp. Tử vong sau 20 - 30 ngày.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Dịch tễ học: Bị chó dại cắn mà không tiêm phòng dại.

3.2. Lâm sàng: Sợ nước, sợ gió, liệt.

3.3. Xét nghiệm: Có thể Negri ở não.

IV. ĐIỀU TRỊ - DỰ PHÒNG

4.1. Thời kỳ ủ bệnh

- Rửa sạch vết thương bằng xà phòng, đốt vết thương khi có nguy cơ dại.
- Theo dõi con chó ít nhất là 15 ngày, nếu chó chết hoặc mất tích phải tiêm vaccin Fuezalida.

+ 6 mũi đầu cách nhau 1 ngày.

+ 3 mũi sau cách nhau khoảng 1 - 2 tháng.

- Nghỉ ngơi, bỏ rượu, ngủ sớm.

4.2. Với bệnh nhân lên cơn: Cho an thần

4.3. Biện pháp chung

Quản lý và chích ngừa cho chó:

- Cầm thả chó rông ngoài đường.
- Chích ngừa cho chó trên 3 tháng tuổi.
- Gia súc bị chó dại cắn phải giết chết.
- Với gia súc cắn người.

+ Nhốt, theo dõi 10 ngày. Nếu thấy triệu chứng dại, cắt đầu gia súc đó gửi lên viện Pasteur xét nghiệm.

+ Nếu gia súc đã bị đập chết: Cắt đầu gửi lên viện Pasteur xét nghiệm.

V. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ DẠI LÊN CƠN

5.1. Nhận định

5.1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Đánh giá tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp thông khí, cho thở oxy (nếu được).

5.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch.
- Huyết áp.

Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần. Bệnh nhân thường hạ huyết áp khi dừng lên cơn, loạn nhịp tim đe dọa tử vong.

5.1.3. Tình trạng sợ nước:

- Do tình trạng co thắt cơ hô hấp có thể kết hợp với cơn co thắt thanh quản xảy ra trong một cơn hốt hoảng tăng kích thích.
- Có thể thành cơn co giật toàn thân kèm theo ngừng tim, ngừng thở.
- Ngoài ra còn sợ gió, sợ ánh sáng.

5.1.4. Tình trạng chung:

- Thể hung dữ:
 - Lúc lên cơn đại, bệnh nhân vùng vẫy cắn xé, rú lên như chó sủa, thở dồn dập, đứt hơi.
 - Đo nhiệt độ: Sốt cao trên 40°C.
 - Tăng tiết nước bọt.
 - Khó nuốt.
 - Khạc nhô lung tung.
 - Sùi bọt mép.
 - Có thể tử vong lúc lên cơn, giữa 2 cơn bệnh nhân tỉnh táo.
- Ở thể liệt
 - Dị cảm nơi vết cắn.
 - Đau chi bị cắn, liệt tiến triển lan lên trên sau đó bí tiểu, liệt cơ vùng cổ, mặt, lưỡi, liệt các cơ hô hấp.
 - Xem bệnh nhân để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.

5.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi tiến triển của bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho bệnh nhân thở oxy:

Vì bệnh nhân lên cơn đại vùng vẫy, cắn xé không nằm yên lại có cơn co thắt hoặc do tình trạng co giật toàn thân cũng như do liệt cơ hô hấp, liệt hành tủy ở thể đại bại liệt cho nên bệnh nhân ngạt thở, thiếu oxy.

5.3.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp bệnh nhân, báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi dấu hiệu trên để phát hiện ngừng tim, ngừng thở đột ngột.

5.3.3. Theo dõi tiến triển bệnh

- Bệnh nhân lên cơn đại ở thể hung dữ sẽ chết sau 2 - 4 ngày. Còn ở thể bại liệt có thể kéo dài đến 20 ngày. Do đó cần theo dõi sát số lần lên cơn, tính chất cơn.
- Theo dõi chất bài tiết.

5.3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Thuốc: An thần, để không chế bệnh nhân thể hung dữ.
- Xét nghiệm: Phân lập virus đại ở tuần lễ đầu.

5.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan:

- Cách ly tuyệt đối.
- Cho nằm phòng yên tĩnh, phòng tối, tránh gió lùa, tránh nghe tiếng nước chảy, tiếng động quá mức.
- Hướng dẫn bệnh nhân nhỏ nước bọt vào ống nhỏ cá nhân có chứa dung dịch sát trùng.
- Chăm sóc vết cắn hàng ngày như mọi vết thương.
- Nhân viên y tế cần mang găng tay và khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân. Nếu có vết xước ngoài da không được chăm sóc.

5.3.6. Giáo dục sức khỏe:

- Khi bệnh nhân vào viện phải tiếp xúc hết sức tế nhị và giải thích cho thân nhân của bệnh nhân biết đây là bệnh không chữa được.
- Hướng dẫn phòng bệnh khi bị động vật nghi bị đại cắn.
- + Xử trí vết cắn: Rửa nước xà phòng 20% và xịt nước nhiều lần, để hở vết cắn.
- + Cần đi chích ngừa vaccin đại.

BÀI 12

BỆNH CÚM VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh cúm.*
2. *Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân cúm.*

NỘI DUNG

I. 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. Nên phân biệt bệnh cúm với một tình trạng cảm lạnh thông thường (Common cold) do nhiễm lạnh (tắm, đi mưa..) và nhiễm một số virus khác.

II. MÀM BỆNH

Virus gây bệnh cúm thuộc họ Orthomyxovirus hình cầu, có 3 nhóm A, B và C, giống nhau về tính chất sinh học (gây nhiễm ở phổi gà, ngưng kết hồng cầu invitro, có ái tính với tế bào thượng bì hô hấp của động vật hữu nhũ...) nhưng khác nhau về tính chất kháng nguyên, không có hiện tượng miễn dịch chéo.

III. DỊCH TỄ

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh và người lành mang virus là nguồn nhiễm duy nhất. Virus có mặt trong các hạt chất tiết đường hô hấp khi người bệnh hắt hơi, ho... Virus có mặt rất sớm, đạt số cao nhất sau 48 giờ, sau đó giảm nhanh.

3.2. Đường truyền nhiễm

Đường hô hấp, virus bám lên tế bào thượng bì phế quản.

3.3. Dịch cúm

- Xảy ra nhiều vào mùa đông – xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.
- Virus A gây các vụ dịch nhỏ, dịch lưu hành địa phương hay đại dịch toàn thế giới, trong khi đó các virus B và C chỉ gây bệnh lẻ tẻ hoặc thành các dịch nhỏ trong trường học, trại lính...
- Thường dịch cúm kéo dài 15 ngày đến 1 tháng.

IV. BỆNH SINH

- Virus bám trên tế bào thượng bì hô hấp để tăng trưởng và gây hoại tử tế bào. Mức độ nặng, nhẹ của bệnh tùy thuộc vào số lượng virus nhiễm.

- Miễn dịch với virus xuất hiện nhanh nhưng không bền vững, chỉ miễn dịch được 1 - 2 năm.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

24 - 48 giờ, có trường hợp 3 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát

- Sốt cao đột ngột 39 - 40°C kèm ớn lạnh hoặc lạnh run.
- Mệt mỏi, cảm giác kiệt sức.
- Nhức đầu, đau mình.
- Ho khan.

5.3. Thời kỳ toàn phát

5.3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39 – 40°C liên tục.
- Mặt đỏ bừng.
- Biếng ăn, lưỡi trắng.
- Tiêu ít.
- Mệt lả.
- Chảy máu cam: Nếu có thì là dấu chứng quan trọng.

5.3.2. Hội chứng đau:

- Nhức đầu dữ dội và liên tục gia tăng 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, chi dưới.
- Bệnh nhân cảm thấy nóng, đau vùng trên xương ức (do tổn thương thượng bì khí quản).

5.3.3. Hội chứng hô hấp: xuất hiện sớm từ những ngày đầu.

- 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: Ho, khó thở, khạc đờm.

5.3.4. Các rối loạn tiêu hóa và thần kinh

Ít gặp, có thể tiêu chảy, có dấu màng não, liệt nhẹ.

5.4. Lui bệnh

Sau 2 đến 5 ngày sốt giảm. Ho và đau ngực giảm chậm hơn.

VI. BIẾN CHỨNG

6.1. Bội nhiễm

Gặp ở người già, suy dinh dưỡng:

- Viêm xoang trán, viêm tai giữa, viêm thanh quản, viêm xương chũm...
- Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi.
- Viêm màng não mủ.
- Nhiễm trùng huyết.

6.2. Tim mạch

- Viêm cơ tim.
- Viêm ngoài màng tim.

6.3. Thần kinh

- Viêm não.
- Viêm tủy cắt ngang.

6.4. Viêm cơ

VII. CHẨN ĐOÁN

7.1. Dịch tế học

7.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Hội chứng hô hấp.

7.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu bình thường hoặc hơi tăng, khi tăng trên 15.000/mm³ phải đề phòng bội nhiễm.
- Phân lập virus từ phết họng.
- Phản ứng huyết thanh (ức chế ngưng kết hồng cầu cố định bổ thể, ELISA): Làm 2 lần cách nhau 10 – 14 ngày, hiệu giá kháng thể tăng gấp 4 lần có giá trị chuẩn đoán.

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ ngơi.
- Giảm đau, hạ nhiệt bằng acetaminophen, salicylat.
- Kháng histamin.
- Giảm ho.
- Cung cấp nước và điện giải.
- Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Gần đây, có Amantadin là thuốc đặc trị, có hiệu quả với virus Influenzae A.

IX. DỰ PHÒNG

- Phát hiện và cách ly bệnh nhân.

- Tránh tiếp xúc, tránh tụ tập đông người.
- Vệ sinh hàng ngày.
- Tăng sức đề kháng cơ thể.
- Chung người bằng vaccin chế tạo từ virus Influenzae A và B.
- Uống ngừa bằng Amantadin.

X. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH CÚM

10.1. Nhận định

10.1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết, biên độ thở.
- Bệnh cúm nặng: Cúm ác tính hoặc cúm ngạt. Bệnh nhân khó thở tăng nhanh, tím tái và ho ra máu liên tục.

10.1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Tình trạng suy tim?

10.1.3. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Hội chứng hô hấp.
- Theo dõi ý thức.
- Theo dõi vận động.
- Đo nước tiểu 24 giờ.
- Thu thập thông tin liên quan qua hồ sơ bệnh án: giấy chuyển viện, kết quả cận lâm sàng, bệnh án...

10.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Đảm bảo tuần hoàn.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu, ý thức...
- Theo dõi phát hiện các biến chứng: suy hô hấp cấp, suy tim, suy thận, suy gan...
- Thực hiện các y lệnh.
- Chăm sóc chung: vệ sinh, dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

10.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

10.3.1. Đảm bảo thông khí

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi.
- Cho thở oxy, thông khí nhân tạo (nếu cần).
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu chi.

10.3.2. *Đảm bảo tuần hoàn*

- Lấy mạch, huyết áp ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo ngay bác sĩ.
- Truyền dịch, dùng thuốc nâng huyết áp theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi mạch huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần (tùy trường hợp).

10.3.3. *Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác, kịp thời:*

- Thuốc.
- Xét nghiệm.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu, ý thức...

10.3.4. *Theo dõi các biến chứng*

- Biến chứng bội nhiễm: Tai, mũi, họng, phổi, màng phổi, viêm màng não mủ, nhiễm trùng huyết.
- Biến chứng tim mạch.
- Biến chứng thần kinh, viêm cơ...

10.3.5. *Chăm sóc chung*

- Vệ sinh:
 - + Giữ ấm cho bệnh nhân.
 - + Lau mát nếu có sốt cao.
 - + Súc miệng nước muối sinh lý hàng ngày.
 - + Vệ sinh mắt, mũi.
 - + Vệ sinh da: tắm với nước ấm.
 - + Cách ly bệnh nhân để phòng tránh lây lan.
 - + Xử lý chất thải.
- Dinh dưỡng:
 - + Sốt cao cho thức ăn lỏng, dễ tiêu.
 - + Thức ăn có nhiều vitamin C để nâng cao sức đề kháng.
 - + Nặng cho qua đường thông dạ dày và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

10.3.6. *Giáo dục sức khỏe:*

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Hạn chế sinh hoạt, tụ họp đông người trong thời gian dịch bộc phát.

- Khử trùng mũi họng bằng nước muối.
- Tránh để bị nhiễm lạnh, lao động quá sức.
- Chủng ngừa bằng vaccin.

10.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

- Sốt giảm (sốt kéo dài từ 2-5 ngày rồi giảm đột ngột). Bệnh nhân vã mồ hôi nhiều, tiểu nhiều, các dấu hiệu đau nhức, viêm họng đỡ dần rồi hết hẳn sau 7-10 ngày (cảm thông thường).
- Bệnh nhân hết mệt mỏi, ăn ngon và ngủ được.
- Trong quá trình điều trị không xảy ra biến chứng.
- Bệnh nhân yên tâm, hiểu về bệnh, phối hợp tốt với cán bộ y tế trong điều trị, chăm sóc và phòng bệnh.

BÀI 13

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và dự phòng bệnh sốt xuất huyết.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân sốt xuất huyết.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra, bệnh có đặc điểm là xuất huyết và trụy tim mạch, bệnh nhân nếu không được điều trị kịp thời và đúng mực dễ đi đến tử vong.

II. MÀM BỆNH

Virus Dengue thuộc nhóm Arbovirus, truyền qua vết đốt của muỗi. Có 4 typ gây bệnh cho người, có miễn dịch chéo. Virus Dengue rất mong manh, không sống được ở nhiệt độ bình thường; nhưng lại tồn tại khá lâu trong trạng thái đông lạnh hay đông khô. Virus cũng bị bất hoạt nhanh chóng bởi desoxycholat, các dung môi hữu cơ, các chất tẩy...

III. DỊCH TỄ

Sốt xuất huyết Dengue đang là vấn đề hàng đầu ở các nước Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Ngoài ra, theo ghi nhận của Tổ chức Y tế Thế giới thì một số nước châu Mỹ, châu Phi nhiệt đới, một số nước ôn đới Bắc Mỹ, Địa Trung Hải, Ấn Độ, Srilanka, một số đảo ở vịnh Caribe cũng có nguy cơ sốt xuất huyết.

3.1. Nguồn nhiễm

Người bệnh là nguồn nhiễm, trong suốt thời gian bệnh có virus trong máu. Phần lớn bệnh nhân là trẻ em. Nhưng trẻ đã nhiễm virus một lần nếu nhiễm lần nữa thì dễ bị rơi vào tình trạng shock.

3.2. Trung gian truyền nhiễm

Muỗi Aedes Aegypti cái đi hút máu bệnh nhân là có thể truyền bệnh ngay. Loại muỗi này sống quanh nhà, đẻ trứng ở những nguồn nước sạch, hút máu người vào ban ngày. Chỉ số muỗi Bretau hoặc chỉ số nhà có bọ gây thường được dùng để theo dõi sự phát triển của sốt xuất huyết Dengue.

Vào mùa mưa, muỗi phát triển nhiều, các trường hợp bệnh cũng tăng.

3.3. Ở Việt Nam

Cứ mỗi 3-5 năm, sốt xuất huyết Dengue lại phát thành dịch lớn vào khoảng tháng 6 đến tháng 10, mùa mưa. Bệnh thường xảy ra ở nơi đông dân cư, vệ sinh môi trường kém, trẻ bị bệnh thường trong lứa tuổi 2-9, các trẻ bị bệnh, khỏe mạnh lại có khuynh hướng diễn tiến nặng, dễ rơi vào tình trạng shock.

IV. BỆNH SINH

Bệnh nhân nhiễm 1 trong 4 typ Dengue sau khi hồi phục, cơ thể sẽ tạo kháng thể chống typ đó. Nếu bệnh nhân bị nhiễm một typ Dengue khác, sự gia tăng ào ạt kháng thể theo kiểu nhắc lại xảy ra, kháng thể phản ứng chéo với typ Dengue lần này tạo ra phức hợp kháng nguyên – kháng thể. Hệ thống bổ thể được hoạt hóa làm tổn thương tính thấm của vách huyết quản và gây giảm tiểu cầu. Do đó, shock và xuất huyết xảy ra.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. thời gian ủ bệnh: 5-7 ngày, sau đó xuất hiện các hội chứng.

5.2. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt cao liên tục 39-40⁰C, không kèm lạnh run, kéo dài 2-4 giờ.
- Rối loạn tiêu hóa.
- Bỏ ăn, nôn ói, đau bụng, táo bón.
- Gan to.
- Ban có ngứa (ít gặp).

5.3. Hội chứng đau

- Đau mình mẩy, đau khớp, đau sau hốc mắt, đau tăng khi đi lại.
- Trẻ mệt, quấy khóc vật vã.

5.4. Hội chứng tim mạch

Xuất hiện từ ngày 2-6 của bệnh.

- Mạch nhanh, tăng theo nhiệt độ.
- Huyết áp giảm nhẹ sau đó phục hồi.
- Tiểu ít.

Trong một số trường hợp, shock xuất hiện (ngày 3-6 của bệnh). Các dấu hiệu báo động (tiền shock):

- Bút rút, hốt hoảng, li bì hơn, nhiệt độ hạ nhanh.
- Đau bụng tăng, nhất là ở hạ sườn phải, nôn nhiều.
- Tay chân lạnh, tím tái quanh môi.
- Tiểu ít mặc dù uống nhiều nước, bụng chướng.
- Da nổi bông.

Khi shock xuất hiện:

- Huyết áp hạ, kẹt huyết áp.

- Mạch nhanh, yếu, không bắt được.
- Mệt lả, da tím lạnh, lơ mơ.

Shock thường ngắn (24 giờ) nếu điều trị đúng, qua được.

5.5. Hội chứng xuất huyết

- Có thể xảy ra trong giai đoạn sốt hay hết sốt.
- Xuất huyết nhẹ (Lacet (+), chấm xuất huyết).
- Có các dạng xuất huyết khác nhau: Chảy máu cam, chảy máu chân răng, nôn hay đi cầu ra máu.

- Dưới da: Chấm xuất huyết ở mặt trước cẳng chân, mặt trong cánh tay, lòng bàn tay, bàn chân.

Giai đoạn nguy hiểm từ 3 – 6 ngày dễ xảy ra shock. Sau 7 ngày bệnh từ từ hồi phục.

Phân loại:

SXH độ I: Sốt, đau nhức, mạch - huyết áp bình thường. Lacet (+).

SXH độ II: Độ I kèm theo xuất huyết nhẹ.

SXH độ III: Trụy mạch, xuất huyết vừa, tiền shock.

SXH độ IV: Shock thực sự.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tễ học

Mùa dịch, tuổi.

6.2. Lâm sàng

- Sốt.
- Xuất huyết, tối thiểu là Lacet (+).
- Trụy mạch: Giá lạnh, huyết áp hạ.

6.3. Xét nghiệm

- Tiểu cầu giảm.
- Protid máu: 5,5g%.
- Huyết thanh chẩn đoán dương tính.

Phải có ít nhất 2 tiêu chuẩn lâm sàng và 2 tiêu chuẩn xét nghiệm.

VII. ĐIỀU TRỊ

Cần phân loại sốt xuất huyết để có các biện pháp xử trí thích hợp.

7.1. Sốt xuất huyết độ I

- Hạ sốt bằng paracetamol 30-50mg/kg/ngày.
- Oresol, uống nước chanh, cam.

- Theo dõi sát.

7.2. Sốt xuất huyết độ II

- Như độ I: thêm 100ml nước/kg/ngày.
- Theo dõi: Nếu có sự suy sụp tuần hoàn, tiền shock, truyền dịch ngay.
- Dung dịch lactat Ringer, Alkelact, 100ml/kg/24 giờ.
- Theo dõi chuyển độ: 30 phút 1 lần.

7.3. Sốt xuất huyết độ III và IV

- Điều trị chống shock bằng truyền dung dịch điện giải, dung dịch cao phân tử, máu, plasma (Dextran).

- Theo dõi mạch, huyết áp, hematocrit để đánh giá tình trạng bệnh.
- Chống toan.
- Trợ tim mạch, thuốc vận mạch (Dopamin).
- Thở oxy, chống xuất huyết tiêu hóa.

Chú ý lượng dịch truyền đủ mà không quá tải.

VIII. DỰ PHÒNG

- Theo dõi các trường hợp có sốt.
- Theo dõi và diệt *Aedes Aegypti*:
 - + Diệt bọ gậy.
 - + Diệt muỗi trưởng thành.
 - + Đánh giá chỉ số Bretau, chỉ số nhà có bọ gậy.

IX. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Tình trạng tăng tiết.
- Nếu bệnh nhân suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp thông khí, cho thở oxy.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn:

- Mạch – huyết áp. Cần theo dõi mạch, huyết áp 15phút/1 lần, 30 phút/1 lần, 1giờ/1 lần, 3giờ/1 lần.

9.1.3. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ, có khuynh hướng giảm, giai đoạn hạ sốt có thể rơi vào shock.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt dễ dẫn đến tình trạng shock, trụy mạch.
- Theo dõi xuất huyết: nhiều dạng khác nhau:

- + Xảy ra tự nhiên, sau thủ thuật.
- + Xuất huyết dưới da.
- + Xuất huyết não, màng não.
- Giai đoạn hạ nhiệt từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5, thường bị shock.
- + Mạch nhanh yếu, thường không bắt được.
- + Huyết áp thấp, kẹt.
- + Chi lạnh, kèm tím đầu chi.
- Theo dõi nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi tri giác: li bì, vật vã, lơ mơ, co giật.
- Xem bệnh án để biết:
- + Chẩn đoán.
- + Chỉ định thuốc.
- + Xét nghiệm.
- + Các yêu cầu theo dõi khác.
- + Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho bệnh nhân ăn đường miệng không.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi xuất huyết.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.3.1. Bảo đảm thông khí:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Đặt canuyn Mayo.
- Bóp bóngambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm nhớt.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, báo cáo ngay cho bác sĩ.

- Chuẩn bị ngay dịch truyền, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Bệnh nhân tỉnh cho uống Oresol, uống càng nhiều càng tốt.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/1 lần, 30 phút/1 lần, 3 giờ/1 lần.

9.3.3. Theo dõi xuất huyết

- Dấu hiệu dây thắt (+).

- Vết bầm tím, chảy máu nơi chích.

- Nốt tử ban hay có ở mặt trước cẳng tay, chân, gan bàn chân, gan bàn tay.

- Theo dõi dấu hiệu xuất huyết nội tạng, đau bụng, bụng chướng nôn ra máu, phân đen.

9.3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời

- Thuốc.

- + Không được dùng aspirin để hạ sốt.

- Xét nghiệm:

- + Lấy máu để theo dõi hồng cầu, tiểu cầu, máu chảy máu đông.

- + Làm phản ứng huyết thanh chẩn đoán.

- + Thử dung tích hồng cầu để theo dõi diễn biến bệnh.

- Theo dõi các chất bài tiết: Chất nôn, nước tiểu, lượng máu mất...

- Theo dõi lượng nước tiểu trong 1 giờ và 24 giờ.

- Theo dõi tình trạng tri giác:

- + Sốt xuất huyết không shock: chưa có các rối loạn tri giác.

- + Sốt xuất huyết có shock: Đánh giá diễn tiến của bệnh; bệnh nhân có shock, hôn mê là tiên lượng nặng.

- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn.

- Gây xuất huyết và toan huyết.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi trong phòng thoáng, hạn chế vận động để đảm bảo an toàn.

- Lau mát nếu có sốt.

- Co giật: giữ an toàn, cho thuốc an thần.

- Hạn chế thủ thuật gây chảy máu.

- Chọc dò thoát dịch: nếu có tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng lượng lớn để giải quyết tạm thời tình trạng suy hô hấp.

- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu báo động: Bút rút hoặc đờ đẫn, đau bụng cấp, lạnh tay chân, da đỏ ửng, tiểu ít.

- Vệ sinh răng miệng, mắt, tai.

- Vệ sinh da và ngừa loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết
- Nuôi dưỡng: uống sữa, ăn súp, nước trái cây, coca...; Cho ăn nhiều bữa, mỗi lần một ít để nâng cao thể trạng.
- Nặng: Nuôi bằng dịch truyền và cho ăn thông qua dạ dày.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi bệnh nhân mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và thân nhân của bệnh nhân.
- Cách ly trẻ tại bệnh viện.
- Các dấu hiệu cần theo dõi để báo cáo bác sĩ, để được xử trí ngay trong giai đoạn đầu để đề phòng shock.
- Hướng dẫn phòng bệnh ngay trong mùa mưa. Cho trẻ ngủ mùng (đặc biệt là ngủ trưa), diệt muỗi, diệt bọ gậy.
- Xuất viện vẫn phải theo dõi trẻ, có dấu hiệu bất thường phải cho nhập viện ngay.

9.4. Đánh giá T

- Được đánh giá chăm sóc tốt nếu: Nhiệt độ giảm, bớt nhức đầu, ăn uống được, tiểu nhiều, không có xuất huyết tiêu hóa. Phần lớn nhờ chẩn đoán sớm tình trạng shock và điều trị đúng mức.