

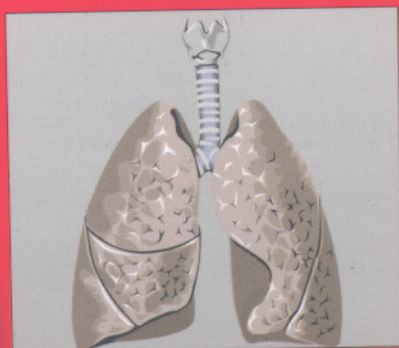


SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO HÀ NỘI

GIÁO TRÌNH

Điều dưỡng bệnh Truyền nhiễm

DÙNG TRONG CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC CHUYÊN NGHIỆP



NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI

SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO HÀ NỘI

BS. NGUYỄN THỊ NGÀ (*Chủ biên*)

GIÁO TRÌNH **ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM**

ĐỐI TƯỢNG: ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA

(*Dùng trong các trường THCN*)

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI - 2005

Mã số xuất bản: $\frac{373 - 373.7}{\text{HN} - 05}$ 68/512/05

Lời giới thiệu

Nước ta đang bước vào thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa nhằm đưa Việt Nam trở thành nước công nghiệp văn minh, hiện đại.

Trong sự nghiệp cách mạng to lớn đó, công tác đào tạo nhân lực luôn giữ vai trò quan trọng. Báo cáo Chính trị của Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam tại Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX đã chỉ rõ: “Phát triển giáo dục và đào tạo là một trong những động lực quan trọng thúc đẩy sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa, là điều kiện để phát triển nguồn lực con người - yếu tố cơ bản để phát triển xã hội, tăng trưởng kinh tế nhanh và bền vững”.

Quán triệt chủ trương, Nghị quyết của Đảng và Nhà nước và nhận thức đúng đắn về tầm quan trọng của chương trình, giáo trình đối với việc nâng cao chất lượng đào tạo, theo đề nghị của Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội, ngày 23/9/2003, Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội đã ra Quyết định số 5620/QĐ-UB cho phép Sở Giáo dục và Đào tạo thực hiện đề án biên soạn chương trình, giáo trình trong các trường Trung học chuyên nghiệp (THCN) Hà Nội. Quyết định này thể hiện sự quan tâm sâu sắc của Thành ủy, UBND thành phố trong việc nâng cao chất lượng đào tạo và phát triển nguồn nhân lực Thủ đô.

Trên cơ sở chương trình khung của Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành và những kinh nghiệm rút ra từ thực tế đào tạo, Sở Giáo dục và Đào tạo đã chỉ đạo các trường THCN tổ chức biên soạn chương trình, giáo trình một cách khoa học, hệ

thống và cập nhật những kiến thức thực tiễn phù hợp với đối tượng học sinh THCN Hà Nội.

Bộ giáo trình này là tài liệu giảng dạy và học tập trong các trường THCN ở Hà Nội, đồng thời là tài liệu tham khảo hữu ích cho các trường có đào tạo các ngành kỹ thuật - nghiệp vụ và đông đảo bạn đọc quan tâm đến vấn đề hướng nghiệp, dạy nghề.

Việc tổ chức biên soạn bộ chương trình, giáo trình này là một trong nhiều hoạt động thiết thực của ngành giáo dục và đào tạo Thủ đô để kỷ niệm “50 năm giải phóng Thủ đô”, “50 năm thành lập ngành” và hướng tới kỷ niệm “1000 năm Thăng Long - Hà Nội”.

Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội chân thành cảm ơn Thành ủy, UBND, các sở, ban, ngành của Thành phố, Vụ Giáo dục chuyên nghiệp Bộ Giáo dục và Đào tạo, các nhà khoa học, các chuyên gia đầu ngành, các giảng viên, các nhà quản lý, các nhà doanh nghiệp đã tạo điều kiện giúp đỡ, đóng góp ý kiến, tham gia Hội đồng phản biện, Hội đồng thẩm định và Hội đồng nghiệm thu các chương trình, giáo trình.

Đây là lần đầu tiên Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội tổ chức biên soạn chương trình, giáo trình. Dù đã hết sức cố gắng nhưng chắc chắn không tránh khỏi thiếu sót, bất cập. Chúng tôi mong nhận được những ý kiến đóng góp của bạn đọc để từng bước hoàn thiện bộ giáo trình trong các lần tái bản sau.

GIÁM ĐỐC SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

Lời nói đầu

Giao trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm do tập thể giáo viên bộ môn Y tế cộng đồng biên soạn bám sát mục tiêu, nội dung của chương trình khung, chương trình giáo dục ngành Điều dưỡng. Giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm có cập nhật những thông tin, kiến thức mới về lĩnh vực truyền nhiễm, có đổi mới phương pháp biên soạn, tạo tiền đề sự phạm để giáo viên và học sinh có thể áp dụng các phương pháp dạy - học hiệu quả.

Giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm bao gồm các bài học, mỗi bài học có 3 phần (mục tiêu học tập, những nội dung chính và phần tự lượng giá - đáp án). Giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm là tài liệu chính thức để sử dụng cho việc học tập và giảng dạy trong nhà trường.

Bộ môn Điều dưỡng Truyền nhiễm xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia đầu ngành, các thầy thuốc chuyên khoa đã tham gia đóng góp ý kiến với tác giả trong quá trình biên soạn giáo trình môn học này; xin trân trọng cảm ơn TS. Nguyễn Văn Sơn, TS. Nguyễn Mạnh Trường đã cho ý kiến phản biện cuốn giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm; xin trân trọng cảm ơn Hội đồng nghiệm thu chương trình, giáo trình các môn học trong các trường Trung học chuyên nghiệp thành phố Hà Nội đã đánh giá và xếp loại xuất sắc cho cuốn giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm.

Giáo trình môn học Điều dưỡng Truyền nhiễm chắc chắn còn có nhiều khiếm khuyết, chúng tôi rất mong nhận được những đóng góp ý kiến của các đồng nghiệp, các thầy cô giáo và học sinh nhà trường để giáo trình môn học ngày càng hoàn thiện hơn.

TM nhóm tác giả
BS. Nguyễn Thị Nga

Môn học

ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN NHIỄM

- Số tiết học : 45
- Xếp loại môn học : Môn thi
- Hệ số môn học : Hệ số 3
- Thời điểm thực hiện môn học: Học kỳ II năm thứ nhất.

Mục tiêu môn học

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng một số bệnh truyền nhiễm thường gặp.
2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh truyền nhiễm.
3. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà của họ về phòng bệnh, chống lây lan, chữa bệnh tích cực.

Nội dung môn học

STT	TÊN BÀI HỌC	SỐ TIẾT LÝ THUYẾT	SỐ TIẾT THỰC HÀNH
1	Đại cương về bệnh truyền nhiễm	4	
2	Hội chứng nhiễm trùng và choáng nhiễm trùng	2	
3	Chăm sóc người bệnh thương hàn	2	
4	Chăm sóc người bệnh tả	2	
5	Chăm sóc người bệnh lỵ trực khuẩn, amip	2	
6	Chăm sóc người bệnh bạch hầu	2	
7	Chăm sóc người bệnh ho gà	2	
8	Chăm sóc người bệnh sốt xoắn khuẩn (leptospira)	1	

9	Chăm sóc người bệnh uốn ván	2	
10	Chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B	2	
11	Chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ	2	
12	Chăm sóc người bệnh viêm gan do virus	2	
13	Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết	2	
14	Chăm sóc người bệnh bại liệt	2	
15	Chăm sóc người bệnh thủy đậu	2	
16	Chăm sóc người bệnh cúm	2	
17	Chăm sóc người bệnh quai bị	2	
18	Chăm sóc người bệnh sởi	2	
19	Nhiễm HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh AIDS	4	
20	Chăm sóc người bệnh sốt rét	2	
21	Chăm sóc người bệnh dại	2	
22	Chăm sóc người bệnh ly trực trùng	2	
23	Chăm sóc người bệnh lao	2	
	Tổng số	45	

Hướng dẫn thực hiện môn học

Giảng dạy:

Thuyết trình, thực hiện phương pháp dạy - học tích cực.

Đánh giá:

- Kiểm tra thường xuyên: 2 điểm kiểm tra hệ số 1.
- Kiểm tra định kỳ: 2 điểm kiểm tra hệ số 2.
- Thi kết thúc môn học: Bài thi viết, sử dụng câu hỏi thi truyền thống cải tiến và câu hỏi thi trắc nghiệm.

Bài 1

ĐẠI CƯƠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa, các thời kỳ diễn biến lâm sàng, các nhóm bệnh truyền nhiễm theo đường lây truyền.
2. Trình bày được đặc điểm chăm sóc người bệnh truyền nhiễm, yêu cầu tổ chức và lễ lối làm việc.

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn có khả năng lây truyền từ người bệnh sang những người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp (qua nước, thức ăn, vật dùng, côn trùng...).

Nhiễm khuẩn không nhất thiết là có bệnh, tuy thế, những người lành mang mầm bệnh vẫn có nguy cơ lây truyền cho người khác khi gặp điều kiện thuận lợi.

II. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM

1. Diễn biến lâm sàng

Các yếu tố mầm bệnh - cơ địa - môi trường có ảnh hưởng nhất định đến diễn biến lâm sàng của một bệnh truyền nhiễm. Nhìn chung bệnh đi qua các thời kỳ sau:

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Tính từ lúc mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể cho đến lúc xuất hiện các triệu chứng đầu tiên. Đây là lúc mầm bệnh tăng số lượng để đạt được một ngưỡng nhất định đủ để gây bệnh. Thời gian ủ bệnh dài ngắn phụ thuộc vào căn nguyên gây bệnh và sức đề kháng của cơ thể người bệnh. Thông thường thời gian ủ bệnh trong khoảng 1 - 2 tuần.

1.2. Thời kỳ khởi phát

Được tính từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh. Thường là các dấu hiệu nhiễm khuẩn nhiễm độc toàn thân, ức chế hoặc hưng phấn vỏ não và rối loạn thần kinh thực vật; nhưng chưa có tổn thương đặc hiệu cho từng loại bệnh.

1.3. Thời kỳ toàn phát

Là thời kỳ nặng nhất, với đầy đủ các triệu chứng của bệnh. Nhiều bệnh tiến triển rất cấp tính, khó phân biệt rõ ràng giữa thời kỳ khởi phát và thời kỳ toàn phát. Ngoài hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng hơn còn có các triệu chứng đặc hiệu cho từng loại bệnh, ví dụ màng giả trong bạch hầu, vàng da trong viêm gan siêu vi trùng...

Đây cũng là thời kỳ hay xảy ra các biến chứng mà ta cần theo dõi sát để có chăm sóc, xử trí thích hợp.

1.4. Thời kỳ lui bệnh

Bệnh có thể lui từ từ hay đột ngột, sự phục hồi lâm sàng thường xuất hiện sớm hơn ở mô, có thể xảy ra bội nhiễm hoặc có bộc phát một bệnh tiềm ẩn từ trước do sự suy yếu của cơ thể.

1.5. Thời kỳ lại sức

Có thể có các mức độ khác nhau:

- + Khởi về lâm sàng, sạch mầm bệnh và không còn tổn thương thực thể.
- + Khởi về lâm sàng, sạch mầm bệnh nhưng còn tổn thương thực thể (ví dụ trong lý trực trùng vẫn còn các vết loét ở niêm mạc trực trùng).
- + Khởi về lâm sàng, không còn tổn thương thực thể, nhưng còn mang mầm bệnh. Ví dụ: Có người mang vi khuẩn thương hàn trong túi mật hàng năm sau khi lui bệnh.

2. Diễn biến dịch tễ

Bệnh truyền nhiễm thường dễ phát thành dịch với các đặc điểm:

- Khả năng lan truyền nhanh và số người mắc bệnh cao.
- Xảy ra cùng một lúc ở nhiều nơi.
- Người ta thường phân chia:
 - + Dịch tản phát, xảy ra lẻ tẻ. Ví dụ: dịch bại liệt.
 - + Dịch lưu hành địa phương. Ví dụ: dịch sốt rét.
 - + Dịch lớn (đại dịch). Ví dụ: dịch cúm, dịch tả, dịch hạch, dịch sốt xuất huyết...

2.1. Khởi cảm thụ

Khả năng nhiễm bệnh tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố:

- Sức miễn dịch của tập thể và cá nhân.
- Tuổi, giới tính, địa phương.
- Tình trạng sức khỏe.
- Các điều kiện sinh hoạt, nghề nghiệp, thuận lợi cho việc mắc bệnh.
- Dịch vụ y tế bảo vệ người trong cộng đồng (*vaccine*).
- Điều kiện kinh tế xã hội của cộng đồng.

2.2. Nguồn nhiễm

- Người bệnh và người lành mang trùng.
- Côn trùng trung gian (muỗi, ve, bọ chét, mò...).
- Môi trường và thực phẩm: Nước, thức ăn nhiễm khuẩn, rau sống...

2.3. Đường vào

- Mầm bệnh có thể vào cơ thể người qua đường da (sốt rét, sốt xuất huyết, sốt phát ban...).
- Tiêu hóa (dịch tả, lỵ...).
- Sinh dục (bệnh lây truyền qua đường sinh dục).
- Máu (viêm gan B, HIV/AIDS...).
- Hô hấp (sởi, bạch hầu, ho gà...).

2.4. Đường ra

Mầm bệnh có thể rời vật chủ bằng đường máu (sốt rét, dịch hạch, sốt xuất huyết...), phân (*Amip*, thương hàn...), dịch tiết âm đạo (các bệnh lây truyền qua đường sinh dục...).

Theo đường truyền nhiễm, người ta chia các bệnh truyền nhiễm ra 4 nhóm:

- Nhóm bệnh truyền theo đường hô hấp:
 - + Nếu mầm bệnh có khả năng lây nhiễm nặng thì số người bệnh mắc bệnh thường cao nhưng giảm nhanh, tập trung ở một vùng tiếp xúc.
 - + Thường xảy ra vào mùa lạnh khi sinh hoạt ngoài trời giảm không khí ứ đọng và khả năng đề kháng của niêm mạc đường hô hấp kém.
- Nhóm bệnh truyền nhiễm theo đường tiêu hóa:
 - + Thường là những vụ dịch lớn, số người mắc bệnh tăng rất nhanh.
 - + Thường có chung một nguồn cung cấp nước hay thức ăn, trong một tập thể dân cư nhỏ thường vào mùa nắng, nước thiếu, ruồi phát triển, thức ăn dễ hỏng.
 - + Sau cơn bùng phát, số người mắc bệnh giảm từ từ.

- Nhóm bệnh truyền theo đường máu:
- + Luôn tùy thuộc vào côn trùng trung gian truyền bệnh, theo chu kỳ phát triển và địa phương có côn trùng.
- + Thường có ở những người có cùng điều kiện sống và làm việc như nhau.
- + Điều kiện thuận lợi cho côn trùng trung gian cũng là điều kiện cho bệnh phát triển.
- + Chỉ xảy ra từng địa phương.
- Bệnh truyền theo đường da - niêm mạc:
- + Thường do tiếp xúc trực tiếp nên số người mắc bệnh lẻ tẻ.
- + Chỉ có người tiếp xúc mới mắc bệnh do đó khả năng truyền bệnh kém.

III. CHẨN ĐOÁN BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Việc chẩn đoán thường dựa vào các yếu tố sau:

1. Dịch tễ

- Nơi cư trú và làm việc đang có dịch hoặc có dịch lưu hành.
- Tiền sử bệnh.
- Thói quen sinh hoạt của người bệnh và gia đình.
- Súc vật mà người bệnh thường tiếp xúc.

2. Lâm sàng

Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc, các triệu chứng đặc trưng.

3. Xét nghiệm

3.1. Không đặc hiệu

Công thức máu, tỉ lệ bạch cầu, urê máu...

3.2. Đặc hiệu

Tìm mầm bệnh trong các bệnh phẩm (máu, dịch não tủy, nước tiểu...).

Tìm kháng thể trong máu.

4. Điều trị thăm dò

Đáp ứng với thuốc đặc trị cũng là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán.

VI. ĐẶC ĐIỂM CHĂM SÓC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

1. Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

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

- Khoa truyền nhiễm được xem là vùng có nguy cơ lây bệnh cao vì là nơi tập trung nhiều người mắc các bệnh truyền nhiễm.

- Khi có dịch, những trường hợp nghi ngờ vẫn phải cho nhập viện, theo dõi, xác định chẩn đoán và sau đó có thể cho xuất viện ngay vì bệnh truyền nhiễm phần lớn là cấp tính cần cấp cứu và khó tiên lượng trước.

- Tổ chức biên chế và khối lượng công tác phức tạp hơn các khoa khác, không được tập trung sinh hoạt và không cho người nhà nuôi người bệnh trong khu điều trị.

2. Yêu cầu về tổ chức và lễ lối làm việc

2.1. Về mặt điều trị

- Có cơ sở tiếp nhận, cách ly và hồi sức cấp cứu.

- Có điều kiện chẩn đoán, xét nghiệm vi sinh phối hợp với đội vệ sinh phòng dịch.

- Kiểm tra người bệnh sạch trùng trước khi cho xuất viện.

2.2. Về mặt tổ chức

- Xây theo hệ thống một chiều, phân biệt rõ ràng vùng bị nhiễm và vùng sạch.

- Có phương tiện ngăn cách các loại bệnh truyền nhiễm khác.

- Khoa truyền nhiễm cần có:

+ Phòng tiếp đón: Đón người, thay quần áo bệnh viện, làm hồ sơ bệnh án.

+ Phòng khám: Khám chẩn đoán bệnh.

+ Phòng lưu: Còn nghi ngờ chờ kết quả xét nghiệm - chẩn đoán.

+ Một số phòng bệnh.

+ Phòng cấp cứu.

+ Phòng chăm sóc ban đầu: Người lớn, trẻ em.

+ Một số phòng chuyên môn.

+ Phòng làm việc của bác sĩ, điều dưỡng.

+ Có hố tiêu, hố tiểu riêng tại khoa truyền nhiễm dành riêng cho người bệnh theo từng khu vực. Công nhân viên của khoa phải có chỗ thay quần áo, làm việc, hố tiêu, hố tiểu riêng và có phòng tắm sạch sẽ, thay quần áo trước khi về.

2.3. Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm

- Phòng bệnh, phòng dịch:

+ Cách ly người.

+ Ngăn ngừa sự lây chéo trong khoa và bệnh viện.

+ Không cho người bệnh xuất viện "non" nghĩa là còn mang mầm bệnh.

- + Không được mặc áo choàng ra khỏi bệnh viện.
- + Không mang vật dụng cá nhân vào khoa truyền nhiễm.
- + Mặc áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh.
- + Công nhân viên, khám sức khỏe định kỳ và tiêm chủng.
- Chế độ báo dịch:
 - + Kịp thời báo ngay khi có trường hợp nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm.
 - + Thủ tục báo từ khoa truyền nhiễm - y vụ - trạm vệ sinh phòng dịch.
 - + Có sổ báo dịch ghi họ tên, tuổi, giới, nghề nghiệp và địa chỉ người bệnh chính xác.
- Chế độ khử trùng tẩy uế:
 - + Đồ dùng sử dụng cho người bệnh phải được tiệt trùng bằng hóa chất, ánh sáng mặt trời từ 6 đến 12 giờ.
 - + Chất bài tiết phải được xử lý trước khi đổ vào cống kín. Phương tiện chuyên chở phải được tẩy uế.
 - + Rác, bông băng, mô chết được tập trung và đốt.
 - + Sau khi khám bệnh, nhân viên y tế phải ngâm tay với dung dịch sát trùng, sau đó rửa tay bằng bàn chải và xà phòng.
 - + Sàn nhà được lau chùi 2 lần/ngày với dung dịch sát trùng.
 - + Tường và tủ lau 1 lần/ tuần.
 - + Khử trùng phòng bằng tia cực tím hoặc xông hơi với Formol từ 12 đến 24 giờ và để trống từ 12 đến 24 giờ mới tiếp nhận người bệnh.
 - + Diệt ruồi muỗi, gián, bọ chét, chuột mỗi năm bằng cách phun hóa chất và quét vôi định kỳ.

3. Công tác chăm sóc người bệnh khoa truyền nhiễm

3.1. Tổ chức tiếp đón người bệnh và phân loại

- Thái độ tiếp đón niềm nở, khẩn trương, đi đôi với tác phong làm việc nhanh chóng.
- Thực hiện các chỉ định điều trị hướng dẫn kỹ lưỡng cách dùng thuốc, tốt nhất điều dưỡng phải cho người bệnh uống thuốc, các xét nghiệm khẩn làm ngay và lấy kết quả để bác sĩ cho y lệnh tiếp theo... Trong lúc chờ đợi phải gần gũi giải thích và theo dõi sát diễn biến bệnh để người bệnh và người nhà an tâm.
- Phân loại bệnh theo 4 đường lây:
 - + Lây qua đường tiêu hóa.
 - + Lây qua đường hô hấp.
 - + Lây qua đường máu.

+ Da, niêm mạc.

- Phân loại bệnh theo thể nặng, nhẹ hay có biến chứng.

- Phân loại bệnh theo trạng thái nghỉ ngơi.

3.2. Lập và hoàn chỉnh hồ sơ

- Phòng khám làm hồ sơ.

- Khoa phải bổ sung đầy đủ và phát hiện đúng bệnh để chuyển đúng chuyên khoa, tránh lây chéo.

3.3. Thông báo dịch

3.4. Lập kế hoạch chăm sóc

- Công tác chăm sóc cho từng loại bệnh.

- Thực hiện khẩn trương và đầy đủ các chỉ định điều trị.

3.5. Chăm sóc

- Tổng quát:

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

+ Thực hiện y lệnh và theo dõi các biến chứng.

+ Vệ sinh cá nhân. Chú ý: mắt, răng, miệng, tai và da.

+ Dinh dưỡng.

+ Tẩy uế các chất bài tiết và các đồ dùng cá nhân của người bệnh.

- Tinh thần:

+ Trấn an người bệnh và giải đáp thắc mắc với thái độ hòa nhã, vui vẻ.

- Giáo dục sức khỏe:

+ Tuyên truyền những kiến thức thông thường và cách phòng chống bệnh truyền nhiễm.

+ Tiêm phòng khi có dịch và sau khi xuất viện.

+ Đặc biệt khi tiếp xúc với bệnh hoặc đi vào vùng dịch phải uống hoặc chích thuốc phòng ngừa.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 19 bằng cách điền từ, cụm từ thích hợp vào các chỗ trống

1. Nêu năm thời kỳ diễn biến của bệnh truyền nhiễm:

A. Ủ bệnh.

B.

C.

D. Lui bệnh.

E.

2. Ba mức độ khỏi bệnh của thời kỳ lại sức trong bệnh truyền nhiễm là:

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

B.

C.

3. Hãy kể tên ba loại dịch bệnh truyền nhiễm?

A.

B.

C.

4. Phân loại bệnh truyền nhiễm theo bốn đường lây là:

A.

B.

C.

D. Đường da, niêm mạc.

5. Sáu yếu tố thuận lợi cho việc mắc bệnh và lan truyền bệnh truyền nhiễm là:

A. Sức miễn dịch của tập thể và cá nhân thấp.

B.

C.

D. Điều kiện sinh hoạt, nghề nghiệp thuận lợi cho bệnh phát triển.

E.

F. Điều kiện kinh tế - xã hội kém.

6. Bốn đặc điểm của khoa truyền nhiễm:

A. Là nơi phát hiện, cách ly và điều trị các bệnh truyền nhiễm.

B.

C.

D. Tổ chức biên chế và khối lượng công tác phức tạp hơn.

7. Ba yếu tố cần thiết đối với nơi tiếp nhận - điều trị người bệnh truyền nhiễm:

A.

B.

C. Kiểm tra người bệnh sạch trùng trước khi cho xuất viện.

8. Năm việc tổng quát cần làm khi chăm sóc người bệnh:

A. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

B. Thực hiện y lệnh và theo dõi các biến chứng.

C.

D.....

E. Tẩy uế các chất thải và đồ dùng của người bệnh.

9. Ba việc làm trong chế độ báo dịch.

A.....

B. Báo dịch từ khoa - y vụ - trạm vệ sinh phòng dịch.

C.....

10. Ba nội dung tuyên truyền giáo dục sức khỏe là:

A. Tuyên truyền những kiến thức thông thường về phòng, chống bệnh, truyền nhiễm.

B.....

C.....

11. Nêu bốn yếu tố cần thiết giúp cho việc chẩn đoán bệnh truyền nhiễm:

A.....

B.....

C. Lâm sàng.

D. Xét nghiệm.

12. Bốn yếu tố dịch tễ liên quan đến bệnh truyền nhiễm là:

A. Nơi ở, làm việc.

B. Tiền sử bệnh.

C.....

D.....

13. Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn có khả năng:.....(A).....từ.....(B)..... người khác.

14. Khi gặp điều kiện thuận lợi những người lành (A)..... vẫn dễ dàng.....(B)..... người khác.

15. Rác, bông băng, mô chết được (A) và(B).....

16. Trước và sau khi khám, làm thủ thuật, cán bộ y tế phải (A)(B)

17. Sàn nhà của buồng bệnh truyền nhiễm được lau chùi..... (A)..... lần trong một ngày với (B)

18. Tường nhà, tủ, đầu giường của buồng bệnh truyền nhiễm được lau chùi..... lần một tuần.

19. Khử trùng buồng bệnh truyền nhiễm bằng (A)..... hoặc (B), với formol từ 12 đến 24 giờ.

• Phân biệt đúng, sai các câu từ 20 đến 29 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
20.	Một người bị nhiễm khuẩn không nhất thiết phải có bệnh.		
21.	Người bệnh truyền nhiễm được cách ly và điều trị cho đến lúc khỏi hoàn toàn.		
22.	Thông báo dịch là một nhiệm vụ của mọi người		
23.	Các chất bài tiết của người bệnh phải được xử lý trước khi đổ.		
24.	Bệnh AIDS lây qua nói chuyện và hôn nhau.		
25.	Vệ sinh cá nhân có thể phòng được các bệnh lây nhiễm.		
26.	Những thói quen uống nước không đun sôi, ăn gỏi cá, gỏi cua dễ mắc bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa.		
27.	Trong thời kỳ ủ bệnh, mầm bệnh gây bệnh rất nặng cho người bệnh.		
28.	Thời kỳ khởi phát là thời kỳ đã có tổn thương đặc hiệu cho từng bệnh.		
29.	Các biến chứng thường xảy ra trong giai đoạn toàn phát của bệnh.		

• Bạn hãy xử lý tình huống sau:

30. BN Lâm 25 tuổi bị ốm đã 3 ngày. Sáng nay người bệnh đến khám bệnh vì sốt, ho, đau người, nước mũi chảy liên tục. Xung quanh nhà người bệnh cũng có nhiều người ốm như vậy.

- BN Lâm bị bệnh (A)
- Lây bằng đường (B)
- Nên(C) tại nhà.

Bài 2

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG VÀ CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa của hội chứng nhiễm trùng, choáng nhiễm trùng.
2. Kể được 3 nhóm nguyên nhân gây sốt.
3. Trình bày được cách xử trí khi người bệnh sốt.
4. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của choáng nhiễm trùng.

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng nhiễm trùng không phải là một bệnh, nó bao gồm nhiều triệu chứng: sốt, tình trạng nhiễm trùng... Hội chứng này gặp ở hầu hết các bệnh nhiễm khuẩn.

II. BIỂU HIỆN

1. Sốt

Sốt là một dấu hiệu thường gặp nhất. Sốt là biểu hiện tốt của cơ thể trước sự xâm nhập của vi khuẩn, virus... Nó làm tăng phản ứng nhiễm khuẩn của cơ thể. Ở trẻ nhỏ, sốt lại gây hậu quả xấu như gây co giật toàn thân, hôn mê, tổn thương thần kinh và để lại di chứng nặng, gây mất nước, giảm khả năng thải nhiệt, giảm khả năng đề kháng của cơ thể.

Để đánh giá người bệnh có sốt hay không, phải đo nhiệt độ ở nách.

Khi thấy: $T^0 = 36,5^0 - 37^0C \Rightarrow$ Không sốt

$T^0 \geq 37^0c \Rightarrow$ Có sốt

$T^0 = 37,5^0 - 38,9^0C \Rightarrow$ Sốt vừa

$T^0 \geq 39^0C \Rightarrow$ Sốt cao

1.1. Nguyên nhân gây sốt

- Sốt do nhiễm khuẩn: Viêm phổi, viêm tai mũi họng, viêm màng não, thương hàn, ly trực khuẩn...
- Sốt do nhiễm virus: Viêm não Nhật Bản B, sốt xuất huyết, viêm gan siêu vi, viêm phổi do virus...
- Sốt do nhiễm ký sinh trùng: Sốt rét...

1.2. Xử lý các trường hợp sốt

Cần làm ngay:

- Bỏ chăn, nới rộng quần áo người bệnh.
- Lau mát.
- Chườm mát.

Xử lý tiếp theo:

- Uống thêm nước, tốt nhất là ORS.
- Theo dõi nhiệt độ bằng đo nhiệt độ.
- Dùng thuốc theo y lệnh: Uống thuốc hạ nhiệt, người bệnh không uống được phải đặt ở hậu môn. Nếu người bệnh có tiền sử co giật cần dùng thêm thuốc an thần.

2. Tình trạng nhiễm trùng

- Quan sát người bệnh thấy: Mặt hốc hác, môi khô.
- Xem miệng: Lưỡi bẩn.
- Hơi thở: Có thể thấy hơi thở hôi.

III. CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

Choáng nhiễm khuẩn là một cấp cứu truyền nhiễm.

1. Định nghĩa

Choáng nhiễm khuẩn là choáng do nhiễm trùng nặng gây ra, biểu hiện là suy tuần hoàn cấp, gây ra thiếu oxy tổ chức do giảm tưới máu; xảy ra sau một cơn sốt cao, trong quá trình nhiễm trùng nặng.

2. Các vi khuẩn thường gây choáng nhiễm khuẩn

Chủ yếu là các vi khuẩn:

- Gram âm chiếm 2/3 các trường hợp: *Coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Proteus*.
- Cầu trùng Gram dương: Tụ cầu vàng, liên cầu.
- Trục khuẩn Gram dương kỵ khí: *Clostridium*, *Perfringens*.

3. Cơ chế bệnh sinh

***. Tác nhân gây choáng nhiễm khuẩn**

Hiện nay người ta đã biết là các vi khuẩn Gram âm khi bị phân huỷ, vỏ của tế bào vi khuẩn là nội độc tố có bản chất là Lipopolysaccharide (LPS), trong đó lipide A là tác nhân chủ yếu gây ra choáng nhiễm khuẩn.

Đối với các tụ cầu khuẩn Gram dương, đặc biệt là tụ cầu tác nhân gây choáng nhiễm khuẩn tế bào vi khuẩn và những men, độc tố do vi khuẩn tiết ra (độc tố ruột của tụ cầu, độc tố hồng ban của liên cầu...).

Khi tác nhân gây bệnh xâm nhập thì cơ thể huy động mọi khả năng để chống lại.

4. Lâm sàng

4.1. Dấu hiệu suy tuần hoàn cấp

- Trên da:

+ Lúc đầu là choáng nóng: Da khô, nóng, đầu chi ấm, màu sắc bình thường.

+ Sau đó chuyển sang choáng lạnh: Đầu chi, da lạnh do co mạch ngoại biên. Móng tay, mũi, tai tím lại. Trên da xuất hiện các mảng tím ở đầu gối và chi. Nặng nhất có thể hoại tử trên da.

+ Ấn vào da, màu sắc không phục hồi ngay (do trụy mạch) trước khi có mảng xám.

- Hạ huyết áp:

+ Xuất hiện chậm hơn vì giai đoạn đầu cơ thể có bù trừ.

+ Mạch nhỏ không đều, lúc nhanh lúc chậm. Tứ chi lạnh.

- Giảm khối lượng nước tiểu:

+ Nếu lượng nước tiểu < 40 ml/giờ, hoặc vô niệu là có suy thận cấp.

+ Sau xử lý nếu lượng nước tiểu đạt 30 - 50 ml/giờ là tốt.

4.2. Các dấu hiệu kèm theo

- Tình trạng choáng thường tiếp sau một cơn sốt cao rét run. Khi choáng xuất hiện nhiệt độ giảm, có khi tụt xuống thấp.

- Tình thần: Người bệnh tỉnh, chỉ vật vờ, lo lắng, thở nhanh. Nếu choáng kèm hôn mê thì phải tìm kỹ nguyên nhân khác vì choáng ít gây hôn mê, trừ khi choáng được xử trí quá muộn làm thiếu oxy tổ chức quá lâu.

- Đau cơ dữ dội lan toả, chuột rút thiếu oxy tổ chức: Nhiều khi nhầm với các bệnh ngoại khoa, uốn ván.

- Xuất huyết lan toả: Chấm xuất huyết, mảng xuất huyết.

- Chú ý giai đoạn đầu của choáng có thể huyết áp hơi tăng làm lạc hướng chẩn đoán.

5. Các xét nghiệm sinh học

- Công thức bạch cầu: Thường tăng bạch cầu đa nhân, tăng tỷ lệ đa nhân trung tính, có bạch cầu non.

- Cây máu: Vi khuẩn Gram âm kỵ khí.

Nếu âm tính cũng không loại trừ choáng nhiễm khuẩn.

- Máu cô đặc: Giảm khối lượng tuần hoàn.

+ *Hematocrite* tăng.

+ Đường máu tăng.

+ *Transaminase* tăng.

- Toan chuyển hoá.

+ Urê huyết tăng nhanh.

+ pH máu: Lúc đầu kiềm hô hấp do thở thải quá nhiều CO_2 . Sau do thiếu *oxygene* tổ chức gây toan chuyển hóa.

6. Các bệnh hay gây choáng và các điều kiện dễ gây xuất hiện choáng

6.1. Các bệnh hay gây choáng

- Nhiễm trùng tiết niệu, sỏi tiết niệu, thủ thuật soi đường tiết niệu.

- Nhiễm trùng tiêu hóa - gan mật, viêm đường mật do sỏi phẫu thuật túi mật đại tràng.

- Nhiễm trùng đường sinh dục: Phá thai, nạo thai, đẻ khó.

- Các bệnh nhiễm trùng tại bệnh viện: Các thủ thuật đặt nội khí quản, catheter tĩnh mạch, mở khí quản, thông đái...

- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân, bỏng, thương hàn, não mô cầu...

6.2. Điều kiện dễ xuất hiện choáng

- Vừa sảy thai, đẻ khó xong, vì có tụ máu, băng huyết rối loạn đông máu, dễ nhầm với choáng do mất máu.

- Sau mổ do giảm thể tích máu, hậu quả gây mê thiếu *oxygene* tổ chức, tắc mạch máu sau phẫu thuật, thường gặp ở phẫu thuật phổi.

7. Các bệnh nội khoa: Người bệnh liệt, mê, choáng

+ Theo nguyên tắc:

- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời.

- Hồi sức cấp cứu tích cực.

- Kháng sinh điều trị căn nguyên gây bệnh.

- Điều trị triệu chứng.
- + Nhiệm vụ của người điều dưỡng:
Thực hiện các y lệnh khẩn trương, chính xác.
Theo dõi diễn biến người bệnh và báo bác sĩ.
Ghi chép đầy đủ các thông tin vào hồ sơ bệnh án.

IV. CHĂM SÓC

1. Nhận định

Qua hỏi bệnh, quan sát, khám bệnh và đọc bệnh án để đánh giá toàn trạng người bệnh. Các nhận định quan trọng cần chú ý là:

1.1. Tình trạng hô hấp

Bệnh nhân có khó thở không?

1.2. Tình trạng tuần hoàn

Số đo mạch, huyết áp. Có dấu hiệu suy tuần hoàn không: Đo huyết áp, đếm mạch, quan sát màu sắc da...

1.3. Tình trạng toàn thân

- Người có tỉnh táo không?
- Vẻ mặt có bình thường không?
- Đo nhiệt độ: Có sốt không?

1.4. Người bệnh có các yếu tố thuận lợi cho choáng xuất hiện không?

- Có bị các bệnh hay gây choáng không?
- Trên ca bệnh có các điều kiện thuận lợi cho choáng xuất hiện như: Mất máu nhiều, sau mổ, truyền máu... không?

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Thực hiện các y lệnh.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan và nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy, tuyên truyền giáo dục sức khỏe.
- Ghi chép đầy đủ vào phiếu chăm sóc và các sổ sách theo quy định.

3. Thực hiện kế hoạch

- + Bảo đảm thông khí.

- + Theo dõi tuần hoàn:
 - Lấy mạch, huyết áp ngay cho người bệnh.
 - Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp theo y lệnh.
- + Theo dõi dấu hiệu tâm thần kinh:
 - Tình trạng ý thức của người bệnh.
 - Chú ý an toàn cho người bệnh: Để phòng ngã...
- + Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời.
- + Chăm sóc hệ thống cơ quan và nuôi dưỡng:
 - Cho người bệnh ăn đủ chất lượng và số lượng dinh dưỡng cần thiết. Tùy tình trạng người bệnh mà chọn đường cho ăn và dạng thức ăn cho phù hợp.
 - Chăm sóc da, răng miệng.
- + Giáo dục sức khỏe:
 - Bằng thái độ ân cần, động viên người bệnh và người nhà bệnh nhân an tâm điều trị, thực hiện tốt các chỉ định chuyên môn và chấp hành nội quy khoa phòng và bệnh viện.
 - Giáo dục ý thức, biện pháp sống vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:
 - + Có kế hoạch chăm sóc phù hợp với người bệnh.
 - + Thực hiện nhanh, chính xác, đầy đủ các kỹ thuật chăm sóc trong kế hoạch.
 - + Ghi chép đầy đủ hồ sơ bệnh án.
 - + Người bệnh hồi phục nhanh, không di chứng.

Tự lượng giá

- Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 6 bằng cách điền từ, cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Nêu 3 loại nguyên nhân gây sốt:

A.

B.

C. Do ký sinh trùng.

2. Nêu các biểu hiện toàn trạng thường gặp ở người bệnh có hội chứng nhiễm khuẩn:

A.

B.

C.

3. Kể 3 mức độ sốt trên người bệnh:

A.....

B.....

C.....

4. Kể 3 việc cần làm ngay khi người bệnh bị sốt:

A.....

B.....

C.....

5. Kể 3 việc làm tiếp theo khi người bệnh sốt cao:

A.....

B.....

C.....

6. Nêu 3 dấu hiệu suy tuần hoàn cấp?

A.....

B.....

C.....

• Phân biệt đúng sai các câu từ 7 đến 11 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
7.	Sốt là biểu hiện tốt của cơ thể trước sự xâm nhập của vi khuẩn, virus.		
8.	Trẻ em sốt cao có thể gây co giật toàn thân.		
9.	Để hạ sốt cho người bệnh, có thể đặt thuốc ở hậu môn.		
10.	Choáng nhiễm khuẩn là một tình trạng thường gặp ở viêm gan do virus.		
11.	Đa số trường hợp choáng nhiễm khuẩn có tụt huyết áp.		

• Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 12 đến 15 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời được chọn

12. Các bệnh hay gây choáng nhiễm khuẩn là:

A. Viêm bàng quang.

B. Lỵ trực trùng.

C. Nhiễm trùng sau đẻ khó.

D. Nhiễm trùng sau đặt catheter.

E. Thương hàn.

13. Choáng nhiễm khuẩn dễ xuất hiện khi:
- A. Vừa xảy thai.
 - B. Sau truyền dịch.
 - C. Viêm đài bể thận.
 - D. Tiêu chảy kéo dài.
 - E. Sốt xuất huyết.
14. Bệnh nào trong các bệnh sau đây có biểu hiện sốt kéo dài:
- A. Viêm gan virus.
 - B. Viêm não Nhật Bản B.
 - C. Lỵ trực khuẩn.
 - D. Lao phổi.
 - E. Viêm phổi.
15. Dấu hiệu kèm theo dấu hiệu suy tuần hoàn cấp:
- A. Cơ sốt cao, rét run.
 - B. Người bệnh tỉnh, hơi vật vã.
 - C. Đau cơ nhiều, lan toả.
 - D. Xuất huyết lan toả (chấm xuất huyết, mảng xuất huyết...).

Bài 3

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THƯƠNG HÀN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được một số đặc điểm căn nguyên và dịch tễ của bệnh thương hàn.
2. Mô tả được các triệu chứng của thời kỳ khởi phát và toàn phát của bệnh thương hàn.
3. Kể các biến chứng và cách dự phòng bệnh thương hàn.
4. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh thương hàn.

I. ĐỊNH NGHĨA

Thương hàn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân do *Salmonella typhi* hoặc *Salomonella paratyphi* A, B, C gây ra. Bệnh lây lan qua đường tiêu hóa, gây sốt kéo dài và nhiều biến chứng (đường tiêu hóa: thủng ruột).

II. MÂM BỆNH

Samonella gồm nhiều loại khác nhau. *Samonella* là những trực khuẩn Gram (-) di động được nhờ có roi (*flagella*) quanh mình. Chúng mọc dễ dàng trên các môi trường cấy thông thường như *Macconkey*, *EMB*, *Brilliant Gren*, *Agar*...

- *Samonella typhi* và *Salmonella paratyphi* A, B, C gây bệnh thương hàn.
- *Samonella typhi murium* gây nhiễm trùng huyết.

Salmonella có ba loại kháng nguyên:

- Kháng nguyên O: là kháng nguyên thân (*somatic*).
- Kháng nguyên H: là kháng nguyên roi (*flagella*).
- Kháng nguyên Vi: là kháng nguyên vỏ (*capsular*).

Dựa vào các kháng nguyên, người ta chia *Samonella* ra hơn 2200 type huyết thanh khác nhau. Trên thực tế các kháng nguyên này dùng để làm chẩn đoán huyết thanh học bệnh thương hàn.

III. DỊCH TỄ

Vì khuẩn theo phân, nước tiểu của người bệnh ra ngoài cảnh từ tuần thứ hai trở đi. Những người mang mầm bệnh là nguồn lây nguy hiểm, ít được để ý.

Vì khuẩn nhiễm vào nước, sữa, phomat, bơ, thịt, sò, hến... theo đường miệng xâm nhập sang người khác khi người này ăn các thức ăn hoặc uống nước uống không diệt trùng.

Bệnh phát triển mạnh vào mùa nắng ở những nơi có vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm kém.

IV. BỆNH SINH

Vì khuẩn xâm nhập qua đường miệng, một số bị huỷ diệt bởi dịch vị và những vi khuẩn bình thường sẵn có trong ruột. Số còn lại sống sót, phát triển ở cuối ruột non, xâm nhập các mảng *lympho*; mảng *peyer* rồi qua ống ngực vào máu đến các cơ quan. Tổn thương ở ruột thường là loét các nang *lympho*, xuất huyết, có khi thủng ruột. Nội độc tố gây ớn lạnh, sốt cao, rối loạn tri giác, giảm bạch cầu... Dần dần khi cơ thể người bệnh dung nạp tốt độc tố thì các triệu chứng lâm sàng của bệnh sẽ không còn dai dẳng nữa.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Khoảng 10 ngày.

2. Thời kỳ khởi phát

Khoảng 5 - 7 ngày.

- Nhức đầu, mệt mỏi, kém ăn, đau các chi.
- Đau bụng, buồn nôn, nôn mửa, táo bón.
- Sốt tăng từ từ, thường về chiều, tạo hình ảnh sốt bậc thang.

3. Thời kỳ toàn phát

Khoảng 7 - 10 ngày.

3.1. Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc

- Sốt tăng dần lên tới 39 - 40°C, sốt liên tục, từ tuần thứ hai tạo hình ảnh sốt cao nguyên, thường kèm theo ớn lạnh.
- Mạch nhiệt phân ly: Mạch tương đối chậm (trong 30 - 40% các trường hợp).

- Người bệnh suy nhược nhanh, hốc hác.
- Rối loạn tri giác: Lờ đờ, bất động có vẻ vô cảm, thờ ơ (*typhos*).

3.2. Rối loạn tiêu hóa

- Tiêu chảy 3 - 4 lần trong một ngày, phân vàng lỏng, lổn nhổn, xen kẽ táo bón.
- Bụng chướng, đau nhẹ, sờ thấy lạo xạo ở hố chậu phải, nghe có tiếng óc ách.
- Gan lách to, thường gặp ở trẻ em.
- Lưỡi bẩn, mất gai.

3.3. Hồng ban

- Xuất hiện ngày thứ 7 - 10 của bệnh, ở bụng, phần dưới ngực, màu hồng, biến mất khi đè tay. Hồng ban biến mất sau 1 - 2 ngày.

3.4. Các triệu chứng khác (ít gặp)

- Xuất huyết da - niêm mạc, rong kinh (với phụ nữ).
- Vàng mắt, vàng da.
- Cổ cứng, có dấu hiệu màng não.

4. Thời kỳ lui bệnh

Tuần lễ thứ 3 - 4.

- Sốt hạ dần, các triệu chứng thuyên giảm. Thời gian bình phục kéo dài.

VI. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng tiêu hóa

1.1. Xuất huyết

Thường xảy ra vào tuần lễ thứ 2 - 3, huyết áp giảm, nhiệt độ hạ đột ngột, mạch yếu, người bệnh lo lắng, vã mồ hôi... cần cấp cứu.

1.2. Thủng ruột

Thường vào tuần lễ thứ 2 - 3, ở đoạn cuối ruột non, có thể có biểu hiện sau:

- *Kiểu đột ngột dữ dội*: Phản ứng thành bụng, cơ cứng thành bụng, bạch cầu tăng, X-quang có liềm hơi.
- *Kiểu âm ỉ*: Xảy ra ở người bệnh suy kiệt, phản ứng thành bụng không rõ, đau âm ỉ ở hố chậu phải.

1.3. Viêm túi mật

Có thể cấp tính, hay mãn tính. Người bệnh có thể sốt hoặc không, da vàng, ấn đau ở hạ sườn phải.

1.4. Viêm gan

Có thể vàng da, có thể không; SGOT, SGPT tăng nhẹ.

1.5. Ít gặp

Viêm đại tràng, viêm phúc mạc, viêm ruột thừa.

2. Biến chứng tim mạch

2.1. Viêm cơ tim

Đau ngực, loạn nhịp tim, suy tim.

2.2. Viêm tắc tĩnh mạch, động mạch

Thường gặp ở cẳng chân.

3. Biến chứng thận

Viêm vi cầu thận: Protein niệu thoáng qua, thận nhiễm mỡ, suy thận.

4. Viêm màng não mủ, viêm xương... ít gặp

VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào:

1. Dịch tễ học

- Sống trong vùng dịch lưu hành. Điều kiện vệ sinh thực phẩm và vệ sinh môi trường kém.
- Có tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Sốt kéo dài.
- Rối loạn tiêu hóa.
- Tình trạng *typhos*.

3. Xét nghiệm

- Số lượng bạch cầu giảm.
- Cây máu: (+) cao trong tuần đầu (80 - 90%).
- Cây phân: (+) cao ở tuần thứ 2 - 3.
- Cây nước tiểu: (+) từ tuần thứ ba trở đi.
- Huyết thanh chẩn đoán: Phản ứng *Widal* (+) với kháng nguyên O và H cho biết bệnh đang tiến triển, (+) với kháng nguyên Vi trong trường hợp người lành mang mầm bệnh. Nên làm hai lần, lần đầu vào tuần thứ hai, lần sau vào

tuần thứ ba, hiệu giá kháng thể tăng 4 lần trở lên: Có ý nghĩa chẩn đoán. Với kháng nguyên O hiệu giá kháng thể trên 1/100 dù làm một lần vẫn có ý nghĩa chẩn đoán (trừ trường hợp người mới khỏi bệnh).

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

Tiếp tục dùng kháng sinh thêm 5 - 7 ngày sau khi người bệnh hạ sốt, dùng đúng liều.

- *Chloramphenicol* 30mg/kg/ngày.
- *Amoxicillin* - *Ampicillin* 50mg/kg/ngày.
- *Cotrimoxazole*: 48mg/kg/ngày.

(Trong trường hợp kháng thuốc có thể thay thế bằng:

- Với trẻ em < 15 tuổi và phụ nữ có thai:

Ceftiazon (*Rosephine*) 50 - 100mg/kg/24 giờ x 7 - 10 ngày.

- Với người lớn và trẻ em ≥ 15 tuổi:

Ciprofloxacin 20mg/kg/24 giờ x 5 - 7 ngày).

2. Săn sóc tổng quát

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Khẩu phần ăn nhẹ, mềm, dễ tiêu.
- Không dùng thuốc chống táo bón.
- Không dùng *Salicylate* (*Aspirin*) để hạ sốt.

IX. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm.
- Cách ly người bệnh tại bệnh viện.
- Điều trị người lành mang mầm bệnh.
- Tiêm phòng bằng vaccin: Hiện nay đang sử dụng loại kháng nguyên Vi của *S.typhi*, tiêm bắp, một liều duy nhất 25 μ g.

X. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

Nếu có suy hô hấp: Thông khí, cho thở khí oxy.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.

Theo dõi mạch, huyết áp 1 giờ/1 lần hay 3 giờ/1 lần: Tuỳ theo tình trạng từng người bệnh.

Theo dõi sát ở những người bệnh có biến chứng xuất huyết, trụy mạch, biến chứng tím mạch.

1.3. Tình trạng chung

- Sốt: Tăng dần và đạt đến mức cao liên tục 39 - 40°C, mạch - nhiệt phân ly.
- Dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc: Người bệnh li bì, mê sảng, mệt nhọc, hốc hác.
- Theo dõi triệu chứng tiêu hóa: Tiêu chảy xen lẫn táo bón, tình trạng bụng... để phát hiện biến chứng thủng ruột.
- Theo dõi phân: Có xuất huyết không.
- Xem bệnh án để biết:
- + Chỉ định thuốc.
- + Yêu cầu xét nghiệm: Chú ý lấy bệnh phẩm cấy trước khi dùng kháng sinh.
- Các yêu cầu theo dõi khác (chú ý biến chứng thủng ruột).
- Yêu cầu dinh dưỡng: Rất quan trọng, vì không dùng đúng chế độ ăn để đưa đến biến chứng thủng ruột. Có chế độ ăn mềm cho người bệnh.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi và phòng các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho người bệnh nằm đầu thẳng.
- Theo dõi nhịp thở. Nếu người bệnh có khó thở: Cho thở oxy.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay cho bác sĩ.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Tùy tình trạng người bệnh (mạch nhanh, huyết áp hạ).

3.3. Theo dõi và phòng biến chứng

- Quan sát tình trạng tri giác: Tỉnh, lơ mơ, mê sảng.

- Nếu táo bón: Không được thụt tháo và không được cho uống thuốc nhuận tràng.

- Quan sát phân: Số lượng, màu sắc (phân đen là có xuất huyết tiêu hóa).

- Nếu người bệnh đau bụng: Không dùng thuốc chống co thắt. Có thể đắp chườm ấm để đỡ đau.

- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

- Dùng thuốc:

+ *Cotrimoxazole, Bactrim.*

+ *Ampicilline, Amoxicillin.*

+ *Choramphenicol.*

+ *Nhóm Quinolon.*

- Các xét nghiệm: Huyết thanh chẩn đoán *Widal*, cấy máu...

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan

- Vệ sinh răng miệng.

- Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét (người bệnh thường nằm lâu).

- Sốt cao: Lau mát, không dùng hạ nhiệt.

- Nuôi dưỡng:

+ Nặng: Cho ăn qua đường miệng và đường tĩnh mạch với dung dịch ưu trương.

+ Nhẹ: Cho ăn lỏng rồi đặc dần, cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, nhiều năng lượng. Khi hết sốt mới cho ăn bình thường (người bệnh thương hàn cần ăn đủ calo, nhưng ít xơ).

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào, với thái độ dịu dàng, nhân viên y tế phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh phương pháp tiết trùng và xử lý chất thải của người bệnh như: Phân, nước tiểu, mủ máu.

- Cách ly người bệnh tại bệnh viện.

- Điều trị người lành mang trùng.
- Thực phẩm phải được nấu chín và tránh ruồi.

4. Đánh giá quá trình chăm sóc

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu việc chăm sóc đóng vai trò quan trọng trong sự hồi phục của người bệnh thương hàn.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 14, bằng cách điền từ và cụm từ vào khoảng trống

- Kể tên 2 loại vi khuẩn gây bệnh thương hàn:
 - A.
 - B.
- Ba biểu hiện lâm sàng sớm của bệnh thương hàn:
 - A. Nhức đầu, mệt mỏi.
 - B.
 - C.
- Bốn triệu chứng của bệnh thương hàn trong giai đoạn toàn phát:
 - A.
 - B.
 - C. Hồng ban.
 - D. Xuất huyết, vàng da, dấu hiệu màng não.
- Biến chứng của bệnh thương hàn thường gặp tại các cơ quan:
 - A.
 - B.
 - C. Biến chứng thận.
 - D. Viêm màng não mủ, viêm xương.
- Năm biến chứng về tiêu hóa của bệnh thương hàn:
 - A. Xuất huyết.
 - B.
 - C.
 - D. Viêm gan.
 - E. Viêm đại tràng.

6. Bốn triệu chứng chứng tỏ hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc của bệnh thương hàn là:

- A. Sốt tăng dần.
- B
- C
- D. Bệnh nhân suy nhược nhanh.

7. Bốn biểu hiện rối loạn tiêu hóa trong bệnh thương hàn:

- A
- B
- C. Gan lách to, thường gặp ở trẻ em.
- D. Lưỡi bẩn, mất gai.

8. Ba yếu tố quan trọng để chẩn đoán bệnh thương hàn:

- A. Lâm sàng.
- B
- C

9. Năm xét nghiệm dùng để xác định bệnh thương hàn:

- A
- B
- C
- D. Cây nước tiểu.
- E. Huyết thanh chẩn đoán.

10. Kể tên 4 nhóm kháng sinh thường dùng điều trị trong bệnh thương hàn:

- A. Chloramphenicol.
- B
- C
- D. Quinolon.

11. Bốn biện pháp dự phòng bệnh thương hàn:

- A. Vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm.
- B
- C
- D. Chủng ngừa bằng vaccin.

12. Vi khuẩn thương hàn theo (A) của người bệnh ra ngoại cảnh từ tuần thứ (B) trở đi.

- A
- B

13. Vi khuẩn thương hàn xâm nhập vào cơ thể và gây bệnh bằng đường (A)

14. Ba loại kháng nguyên của trực khuẩn thương hàn (A).....

• **Phân biệt đúng, sai các câu từ 15 đến 25, bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai**

		A	B
15.	Nên cho người bệnh thương hàn ăn thức ăn nhẹ, mềm, dễ tiêu.		
16.	Sử dụng kháng sinh điều trị bệnh thương hàn phải đúng liều nhẹ tăng dần.		
17.	Biểu hiện sốt nhẹ, kéo dài về chiều hay thấy ở người bệnh thương hàn.		
18.	Cho người bệnh thương hàn ăn thêm các loại rau, dưa để chống táo bón.		
19.	Bệnh thương hàn thường phát triển mạnh vào mùa hè		
20.	Các thuốc chống táo bón thường được dùng điều trị triệu chứng của bệnh thương hàn.		
21.	Bụng chướng là dấu hiệu tiêu hóa thường có ở người bệnh thương hàn.		
22.	Mạch nhiệt phân ly là dấu hiệu biểu hiện suy tuần hoàn trong bệnh thương hàn.		
23.	Khi người bệnh thương hàn sốt cao, nôn và ỉa chảy nên truyền NaCl 9‰.		
24.	Nên dùng các thuốc chống co thắt để giảm đau trong điều trị bệnh thương hàn.		
25.	Tình trạng typhos (ly bì) là biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc ở người bệnh thương hàn.		

• **Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 26 đến 28 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu trả lời được chọn**

26. Cấy máu tìm trực khuẩn thương hàn có giá trị nhất trong tuần lễ:

- A. Thứ nhất.
- B. Thứ hai.
- C. Thứ ba.
- D. Thứ hai trở đi.

E. Thứ hai và thứ ba.

27. Sốt cao liên tục là dấu hiệu của bệnh thương hàn thời kỳ:

A. Ủ bệnh.

B. Khởi phát.

C. Toàn phát.

D. Lui bệnh.

E. Cả B và C.

28. Khi người bệnh thương hàn đi ngoài phân đen, cần theo dõi các biến chứng:

A. Rối loạn tiêu hóa.

B. Xuất huyết tiêu hóa.

C. Thủng ruột.

D. Viêm cầu thận.

E. Chảy máu các nội tạng.

Bài 4

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh dịch tả.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tả.

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh tả là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do phẩy khuẩn tả (*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 triển thành dịch lớn khi điều kiện vệ sinh môi trường kém.

II. MẦM BỆNH

- *Vibrio cholerae* là một loại vi khuẩn ngắn, hình hơi cong như dấu phẩy, Gram (-), di động nhanh nhờ có một roi, thấy trong phân người bệnh và người mang mầm bệnh. Vi khuẩn không tạo bao tử nhưng có khả năng tồn tại trong nước, thức ăn khoảng một tuần, chúng bị huỷ diệt nhanh bởi nhiệt độ cao (hơn 55°C) và các chất tẩy khuẩn.

- Ngoài ra type cổ điển, còn có type *Eltor* được nhìn nhận gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt 2 type cổ điển và *Eltor* dựa trên khả năng gây dung 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

1. Nguồn bệnh

- Người bệnh thải vi khuẩn qua phân, chất nôn, thường sạch vi khuẩn sau một tuần.

- Người lành mang vi khuẩn thải vi khuẩn qua phân trong thời gian rất lâu.

2. Đường truyền nhiễm

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

- Cách lây truyền trực tiếp từ người bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi bệnh, người khám liệm tử thi... tuy hiếm nhưng vẫn có thể xảy ra.

3. Các yếu tố thuận lợi

- Dịch tả thường xảy ra ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường kém, thức vệ sinh của người dân chưa tốt.

- Bệnh thường xảy ra vào mùa nắng.

- Trẻ em thường mắc bệnh nhiều nhất.

IV. BỆNH SINH

- Sau khi xâm nhập vi khuẩn phát triển ở ruột non và sinh ra ngoại độc tố. Ngoại độc tố gắn vào bề mặt các tế bào niêm mạc ruột, 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 ổ ạt. Người bệnh bị mất nước đẳng trương, cần phải can thiệp nhanh, nếu không sẽ bị hạ thể tích huyết tương, rối loạn điện giải, toan máu, trụy tim mạch, suy thận và tử vong.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh: Từ 6 giờ đến 5 ngày

Không có triệu chứng gì. 5 ngày cũng là thời gian cách ly, giám sát dịch ở sân bay, biên giới, cảng thủy...

2. Thời kỳ khởi phát: vài giờ

- Người bệnh bị đột ngột đầy bụng, sôi bụng.

- Tiêu chảy một vài lần, không sốt.

3. Thời kỳ toàn phát

Thường có 5 triệu chứng:

3.1. Tiêu chảy xối xả

Phân nước, đục lơ lơ như nước vo gạo, 20 - 50 lần/ngày, mùi tanh nồng đặc biệt.

3.2. Nôn mửa

Nôn vọt dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau ra toàn nước trong, tuy thế người bệnh không đau bụng.

3.3. Tình trạng tiền choáng hoặc choáng

Thân thể lạnh, tay chân lạnh...

3.4. Chuột rút

Các bắp cơ rút, đau do giảm Ca^{++} .

3.5. Tiểu ít hoặc vô niệu

- Người bệnh có các dấu hiệu mất nước; Mắt 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 .

4. Thời kỳ phục hồi

VI. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh diễn tiến 1 -3 ngày rồi tự ngưng, nếu người bệnh được bù nước và điện giải thời gian phục hồi sẽ nhanh hơn.

- Dựa vào các yếu tố:

1. Dịch tễ

- Sống ở nơi có dịch lưu hành.
- Tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Tiêu chảy dữ dội, mất nước, tính chất của phân, không sốt, không đau bụng.

3. Xét nghiệm

- Soi phân dưới kính hiển vi nền đen: Thấy vi khuẩn tả chuyển động nhanh.
- Cấy 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

1. Nguyên tắc điều trị

- Bồi hoàn nước, điện giải sớm và đầy đủ, theo dõi chặt chẽ.
- Kháng sinh trị liệu.

2. Điều trị

2.1. Bồi hoàn nước, điện giải qua hai giai đoạn

- *Giai đoạn 1:* (trong 6 giờ đầu) khi mới nhập viện, bù nước và điện giải để người bệnh khỏi bị kiệt nước, kiệt muối.

- *Giai đoạn 2:* (8 giờ tiếp theo) bù nước, điện giải bị mất khi điều trị.

- Dung dịch dùng là:

+ *Ringer Lactate* (hoặc NaCl 9‰, NaHCO₃ 14‰, dd *Alkalect*)

+ *Glucose* chỉ dùng sau khi đã bù đủ muối.

Tổng lượng dịch truyền trong 6 giờ đầu là: 100ml/kg thể trọng với trẻ em. Với người lớn lượng dịch truyền tùy tình trạng người bệnh.

- Nên bổ sung K⁺, Ca⁺⁺.

- Khi tạm ổn: Chuyển sang dùng ORS uống.

2.2. Kháng sinh

- *Tetracylin:* 500mg/ kg/6h x 8 - 12 lần/liều.

- Trẻ em: 10mg/kg/ 6h x 8 lần/liều.

2.3. Điều trị triệu chứng - dinh dưỡng

- Các triệu chứng sẽ giảm khi bồi hoàn nước - điện giải đúng.

- Ăn: Người lớn nghỉ ăn 1 ngày. Trẻ em không nghỉ ăn, cho ăn thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu hoặc bú mẹ.

- Không dùng thuốc cầm tiêu chảy vì 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, hệ thống phân phối, nước thải...

Các biện pháp khi có dịch:

- Giáo dục sức khỏe: Tuyên truyền, vận động sự tham gia chống dịch của cộng đồng.

- Xử lý phân và chất thải.

- Ăn chín uống sôi.

- Hạn chế đi lại, giao lưu hàng hoá.

IX. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng chân, móng tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết, nếu người bệnh suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp thông khí, cho thở oxy.

- Đầu chi lạnh tím do nhiệt độ thấp.
- Người bệnh mất nước nhiều và nhanh làm giảm thể tích tuần hoàn đột ngột gây khó thở, thở nhanh.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.

Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt là dấu hiệu tiên sốc.

- Cần theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/ lần hay 30 phút/1 lần: Tùy theo y lệnh.
- Tình trạng mất nước.

Tùy tình trạng người bệnh để bù đủ dịch và điện giải kịp thời.

Đánh giá mức độ nước:

- Toàn trạng, mắt, nước mắt, chun giãn da.
- Số lượng nước tiểu: Ít hay vô niệu, nếu có biến chứng suy thận.

1.3. Tình trạng đi tiêu

- Số lần đi tiêu, tính chất phân.
- Xem bệnh án.
- Chẩn đoán độ mất nước, chỉ định thuốc, xét nghiệm. Các yêu cầu theo dõi khác để có kế hoạch chăm sóc thích hợp và thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm.

1.4. Tình trạng chung

- Tri giác: Tỉnh, lơ đãng, lơ mơ, vật vã, bứt rứt, có co giật không. Có thể bị chuột rút do toan huyết.
- Lấy nhiệt độ.
- Đo nước tiểu/24 giờ.
- Nôn, tiêu chảy nhiều lần.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước.
- 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.
- Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ. Dự trữ đủ số dịch truyền, nhanh chóng bù đủ lượng nước mất.

- Nhanh chóng chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngay. Truyền kim to và cho nhiều đường truyền, cho chảy vận tốc nhanh. Kiểm tra vận tốc thường xuyên.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần: Tùy tình trạng người bệnh và chỉ định của bác sĩ.

3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước

- Đánh giá mức độ mất nước.

- Theo dõi lượng nước ra vào cơ thể trong 24 giờ.

- Bù đủ nước.

Ngoài dịch truyền, nếu người bệnh không nôn: Cho uống ORS.

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác, kịp thời

- Thuốc.

- Các xét nghiệm.

+ Lấy mẫu phân đúng quy cách để biết tiến triển bệnh: Soi phân tươi. Cấy phân 15 phút/1 giờ đầu.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn phát hiện trụy mạch.

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp cho tiểu tiện tại chỗ. Cần có 2 xô và chứa dung dịch sát trùng để chứa phân và chất nôn riêng.

- Dùng thước có vạch nhúng vào xô để tính thể tích, nhúng vào xô để đo nếu xô không có vạch đo.

- Lau rửa, thay quần áo thường xuyên để tạo cảm giác dễ chịu cho người bệnh.

- Chú ý vùng mông sạch sẽ, khô.

- Nuôi dưỡng: Bớt tiêu chảy cho ăn chất lỏng, dễ tiêu.

- Dinh dưỡng: Chủ yếu là truyền dịch.

+ Người lớn: Ngày đầu nhịn ăn, những ngày sau cho ăn thức ăn nhẹ, lỏng, dễ tiêu.

+ Trẻ em: Cho bú mẹ.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh và người nhà của người bệnh (bằng thái độ dịu dàng làm cho người bệnh yên tâm điều trị).

- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho người bệnh và người nhà của người bệnh tại khoa, để tránh lây lan.

- Khi xuất viện, hướng dẫn người bệnh và người nhà của người bệnh phương pháp dự phòng. Vệ sinh thực phẩm, nước uống, cách tẩy uế và xử lý phân tại nhà.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

+ Sau khi truyền đủ lượng dịch và điện giải người bệnh tươi tỉnh lại ngay, da ấm, thân nhiệt trở lại bình thường, mạch, huyết áp ổn định: Mạch chậm, đều rõ, huyết áp tăng, hết dấu hiệu mất nước, người bệnh bớt đi tiêu, ngừng đi tiêu, đi tiểu nhiều, hết khát nước.

+ Nôn mửa giảm dần sau các giờ đầu, chuột rút, biến mất.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 8 bằng cách điền từ, cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Nêu 3 yếu tố dịch tễ học của bệnh tả:

A.

B.

C. Tính cảm thụ.

2. Hai nguồn truyền nhiễm của bệnh tả:

A.

B.

3. Liệt kê 5 triệu chứng của bệnh tả:

A.

B.

C.

D. Tay và người lạnh.

E. Tiểu ít hoặc vô niệu.

4. Nêu 4 xét nghiệm cần thiết để xác định bệnh tả:

A.

B.

C. Xét nghiệm máu (Hồng cầu, bạch cầu tăng, Hematocrit tăng)

D. Điện giải đồ.

5. Hai nguyên tắc cần áp dụng để điều trị bệnh tả là:

A.

B.

6. Nêu 4 biện pháp cần thiết áp dụng khi có dịch tả:

A.

B. Xử lý phân và chất nôn.

C. Ăn chín, uống sôi.

D.

7. Ba việc phải làm để dự phòng bệnh tả:

A. Vệ sinh môi trường.

B.

C.

8. Đánh giá tình trạng mất nước của người bệnh phải dựa vào:

A. Mắt hốc hác, lưỡi đỏ.

B. Mạch nhanh, huyết áp giảm.

C. Mắt trũng, môi khô.

D.

E.

• Phân biệt đúng, sai các câu từ 9 đến 19 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
9.	Phẩy khuẩn tả có hình cong, bắt màu Gram dương.		
10.	Phẩy khuẩn tả có trong phân và chất nôn của người bệnh tả.		
11.	Tất cả mọi người đều có khả năng mắc bệnh tả.		
12.	Chân tay lạnh là dấu hiệu tiến sốc của người bệnh tả.		
13.	Khi người bệnh tả ỉa chảy và nôn nhiều, phải theo dõi mạch và huyết áp 15 phút một lần.		
14.	Các thuốc cầm tiêu chảy có tác dụng tốt trong điều trị bệnh tả.		

15.	Nên cho người bệnh tả uống ORS khi tình trạng bệnh đã tạm ổn định.		
16.	Tetracyclin là kháng sinh được dùng để điều trị bệnh tả.		
17.	Phân của người bệnh tả có màu do xuất huyết tiêu hóa.		
18.	Nên cho người bệnh tả nhịn ăn, uống khi ỉa chảy.		
19.	Dùng vaccin là biện pháp phòng bệnh tả có hiệu lực nhất.		

• Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 20 đến 21 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời được chọn

20. Bệnh tả lây bằng đường:

- A. Hô hấp.
- B. Tiêu hóa.
- C. Truyền máu.
- D. Ruồi nhặng.
- E. Cả A và B.

21. Theo dõi tình trạng tuần hoàn của người bệnh tả cần dựa vào các dấu hiệu:

- A. Tím tái móng tay, móng chân.
- B. Thở nhanh, nông.
- C. Số lần ỉa chảy.
- D. Số lần nôn xối xả.
- E. Mạch, huyết áp.

Bài 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỖ TRỰC TRÙNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học điều trị và phòng bệnh lỵ trực trùng.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh khi bị lỵ trực trùng.

I. ĐỊNH NGHĨA

Lỵ trực khuẩn là bệnh viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn *Shigella* gây ra biểu hiện bệnh lý có thể từ tiêu chảy nhẹ cho đến hội chứng lỵ nặng với đau quặn bụng, mết, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc.

II. MÃM BỆNH

Shigella là trực khuẩn Gram (-) không di động. Dựa vào đặc điểm kháng nguyên O (kháng nguyên thân) và một số đặc điểm sinh hoá, người ta chia ra 4 nhóm:

Nhóm A: *Shigella dysenteriae*.

Nhóm B: *Shigella flexneri*.

Nhóm C: *Shigella boydii*.

Nhóm D: *Shigella sonnei*.

Nhóm A hay gây dịch và bệnh cảnh nặng hơn các nhóm khác (*Shigella dysenteriae* 1).

Các *Shigella* thuộc loại hiếu khí tùy nghi, mọc dễ dàng trên 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) *Shigella* cũng đủ gây bệnh. Vì thế, bệnh rất dễ truyền từ người này sang người

khác, nhất là ở những tập thể đông đúc (nhà trẻ, trường học, nhà giam...). Bệnh thường gây ra trên toàn thế giới, đặc biệt phổ biến ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường và thực phẩm kém.

1. Nguồn bệnh

Người bệnh là nguồn lây quan trọng, họ thải vi khuẩn trong suốt thời gian bệnh và cả trong thời gian hồi phục (6 tuần).

2. Đường lây truyền

Qua đường tiêu hóa. Chủ yếu là do tay bẩn tiếp xúc với phân người bệnh hoặc các dụng cụ ăn, thực phẩm, uống nước... đã bị ô nhiễm. Ruồi nhặng cũng có thể truyền *Shigella*.

3. Khối cảm nhiễm

Các tập thể đông đúc và điều kiện vệ sinh, xử lý phân không tốt. Trẻ em và người lớn tuổi dễ bị nhiễm, khi bị bệnh thì thường nặng hơn những người khác.

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, *Shigella* 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 huỷ hoại, tróc ra, tạo nên các ổ loét nông trên nền niêm mạc viêm lan toả. Lúc đầu tổn thương ở cuối ruột già và trực tràng, sau đó lan dần ra khắp các đoạn ruột. Tiêu chảy xuất hiện do rối loạn hấp thụ nước - điện giải.

Ruột bị viêm loét có thể đưa đến xuất huyết.

Shigella Dysenteriae 1 có ngoại độc tố tác động lên ruột gây tiêu chảy và lên hệ thần kinh trẻ em.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

12 - 70 giờ, không có triệu chứng.

2. Thời kỳ khởi phát: 1 - 3 ngày

Đột ngột, với triệu chứng không đặc hiệu:

- Hội chứng nhiễm trùng: 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).

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, gồm 3 triệu chứng:
 - + Đau quặn bụng từng cơn, dọc theo khung ruột già, mỗi lần đau lại kích thích đi tiêu, đi xong hết đau.
 - + Mót rặn nhiều, ngày càng tăng, đau thót vùng ruột già; ở người già, suy kiệt có thể dẫn đến sa trực tràng.
 - + Phân có chất nhầy, máu, 10 - 40 lần/ngày, lượng phân ngày càng ít đi.
- Tổng trạng: Suy sụp nhanh, mệt nhọc, lơ đãng, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng nâu.
- Trẻ em từ 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:

1. Dịch tễ học

- Sống ở nơi có bệnh dịch lý lưu hành.
- Có tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn nặng.
- Hội chứng lý.

3. Xét nghiệm phân

- Soi phân tươi sau khi nhuộm xanh methylen.
- Cấy phân trên máu *Desoxycholate* thạch SS... và phân lập được *Shigella*.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Bồi hoàn nước, điện giải

Cho người bệnh uống sớm ORS, truyền dịch khi mất nước và điện giải nặng.

2. Kháng sinh

- Nhóm *Betalactam*: *Ampicilin*.

- *Cotrimonxazon (Trimethoprim sulfamethoxazole)* 480mg x 1 viên/10kg cân nặng, chia làm 2 lần.

- Nhóm *Quinolon (Pefloxacin)* 400mg chia 2 lần/ ngày).

3. Điều trị triệu chứng

- Các thuốc giảm nhu động ruột *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 ORS theo nhu cầu.

VIII. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống và vệ sinh nước, rửa tay trước khi ăn và chế biến thực phẩm.

- Xử lý phân.

- Cách ly người bệnh, sát khuẩn chất thải...

IX. CHĂM SÓC

(Chung cho ly trực trùng và ly Amip).

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

Quan sát da, móng tay, móng chân, đếm nhịp thở, kiểu thở. Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.

Trong khi đi tiêu ổ ạt: Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ (nhịp tim nhanh) dẫn đến suy tuần hoàn.

- Huyết áp.

- Cần theo dõi mạch huyết áp 30 phút /lần, 1giờ/lần, 3giờ/lần: Theo y lệnh.

1.3. Tình trạng tri giác

- Tỉnh, lơ mơ, mê: Nhiễm độc thần kinh thường xảy ra ở trẻ em, người già trong thể nặng.

1.4. Tình trạng đi tiêu

- Số lần, số lượng phân, tính chất phân.

- Đi tiêu máu ổ ạt, rối loạn nước, điện giải suy tuần hoàn sẽ dẫn đến tử vong.

- Số lượng máu mất ở thể nặng.

1.5. Tình trạng chung

- Lấy nhiệt độ.
- Đo nước tiểu/24 giờ.
- Lượng nước xuất nhập 24/giờ.

Có kế hoạch theo dõi thích hợp để thực hiện kịp thời chính xác đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

- 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.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước.
- Thực hiện các y lệnh.
- 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

- Theo dõi nhịp thở: Nếu người bệnh khó thở nhanh cho thở oxy.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo bác sĩ.

- Chuẩn bị truyền dịch đường tĩnh mạch. Nhẹ cho uống ORS.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần: Tùy theo y lệnh.

3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước, mất máu nặng và các biến chứng

- Đánh giá mất nước ở mức độ nào: Bù đủ nước và chất điện giải.
- Theo dõi lượng nước ra vào cơ thể trong 24 giờ để đánh giá mất nước nhiều hay ít.
- Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram (-).

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời

- Thuốc: Theo y lệnh.
- + Kháng sinh: *Ampixillin, Cotrimoxazole (Bactrim)*...
- Xét nghiệm.
- + Soi phân tươi.
- + Cấy phân.

(lấy phân đúng quy cách).

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp tiểu tiện tại chỗ.
- Bệnh nhân nặng cần được tắm rửa thay quần áo ngày nhiều lần.
- Lau mát nếu có sốt cao.
- Người bệnh 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, súp. Đặc biệt trẻ em cần cho ăn uống đầy đủ và bổ dưỡng, ăn nhiều lần, để tránh suy dinh dưỡng.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh và người nhà của người bệnh bằng thái độ dịu dàng làm cho người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng quy cách cho nhân viên và người nhà người bệnh: Để tránh lây lan.
- Khi xuất viện hướng dẫn người bệnh và người nhà phương pháp dự phòng: Ăn chín, uống chín, rửa tay trước khi ăn.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:
 - + Thể tiêu chảy nhẹ hoặc không có triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ỉ tiêu phân loãng từ 1 đến 2 tuần thì hết.
 - + Thể mãn tính: Người bệnh tiêu máu mũi kéo dài làm mất nhiều đạm, rối loạn nước - điện giải kéo dài nên hết tiêu chảy, phải cho ăn uống đầy đủ nâng cao thể trạng.

(Xem câu hỏi tự lượng giá sau bài lý amip)

Bài 6

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH Lỵ AMIP

Mục tiêu học tập

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.

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. MÃM BỆNH

Do ký sinh trùng đường ruột *Entamoeba histolytica* gây nên.

III. DỊCH TỄ

- Nguồn bệnh: Người bệnh.
- Đường lây bệnh: Đường tiêu hóa.

IV. BỆNH SINH

Kén 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 (ân hồng cầu).

Nếu amip vào máu có thể gây bệnh ở gan (áp xe gan), phổi, não...

V. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 3 - 13 tuần. Thời kỳ này không có biểu hiện lâm sàng.

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.

3. Tiến triển

- Nếu được điều trị đúng, bệnh khỏi.
- Cũng có trường hợp bệnh diễn biến nặng lên hoặc trở thành mãn tính.
- Lỵ amíp 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 đi ra máu, mũi nhầy.
- Ăn uống kém.
- Có thể có biến chứng áp xe gan do amíp.

VI. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Xét nghiệm: Soi phân tìm ký sinh trùng amíp.

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 LỠ AMIP: Xem bài lý trực khuẩn.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu từ 1 đến 14 bằng cách điền từ, cụm từ thích hợp vào các khoảng trống:

1. Kể tên 4 nhóm vi khuẩn gây bệnh lỵ trực khuẩn.

A.....

B.....

C. *Shigella Boydii*.

D. *Shigella Sonnei*.

2. Ba biểu hiện lâm sàng sớm của bệnh lỵ trực khuẩn:

A. Sốt cao đột ngột, ớn lạnh.

B.

C.

3. Hội chứng lỵ bao gồm 3 triệu chứng là:

A.

B.

C. Đi tiêu phân nhầy máu.

4. Hai hội chứng của bệnh lỵ trực khuẩn là:

A.

B.

5. Kể tên 3 kháng sinh hay dùng để điều trị bệnh lỵ trực khuẩn:

A.

B.

C. Nhóm *Quinolon*.

6. Bốn việc nên làm để dự phòng bệnh lỵ trực khuẩn:

A. Cách ly người bệnh sớm.

B. Vệ sinh thực phẩm.

C.

D.

7. Khi người bệnh lỵ trực khuẩn vào viện, cần nhận định các tình trạng:

A. Tình trạng đi tiêu.

B. Tình trạng chung.

C.

D.

8. Nêu 3 câu hỏi để đánh giá tình trạng đi tiêu của người bệnh lỵ:

A.

B.

C.

9. Ba mức độ biểu thị tình trạng tri giác của bệnh nhân lỵ trực khuẩn là:

A. Tỉnh.

B.

C.

10. Năm điều cần biết khi người điều dưỡng xem bệnh án là:

A. Chẩn đoán.

B. Chỉ định thuốc.

C.....

D.....

E.....

11. Trong 4 nhóm vi khuẩn gây bệnh lỵ, nhómhay gây dịch.

12. Bệnh lỵ trực khuẩn lây bằng đường.....

13. Người bị bệnh lỵ thải vi khuẩn ra ngoài cảnh trong thời gian.....(A)..... và (B)

A.....

B.....

14. Các thuốc giảm nhu động ruột như *Atropine*; *Loperamid*..... (A) dùng điều trị lỵ trực khuẩn.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 15 đến 20 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
15.	Trực khuẩn lỵ nhạy cảm với các dung dịch sát khuẩn.		
16.	Thuốc an thần nhẹ cũng có thể dùng trong điều trị lỵ trực khuẩn.		
17.	Cách ly người bệnh lỵ tại nhà là biện pháp dự phòng tốt nhất.		
18.	Triệu chứng nhiễm độc thần kinh thường xảy ra ở trẻ em và người già khi bị lỵ trực khuẩn.		
19.	Bệnh nhân bị lỵ mãn tính dễ hoa mắt, chóng mặt cần phải cho ăn uống đầy đủ nâng cao thể trạng.		
20.	Bệnh lỵ trực khuẩn gặp chủ yếu ở người lớn.		

• Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 21 đến 22 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

21. Đặc điểm của phân trong bệnh lỵ trực khuẩn:

A. Phân lỏng, vàng, nhiều bọt.

A. Phân hoa cà, hoa cải.

C. Phân toàn máu tươi.

D. Phân máu mũi nhầy hoặc nhiều nước đỏ.

E. Phân lỏng màu trắng đục như nước vo gạo.

22. Tổn thương sau đây có ở người bệnh lỵ trực khuẩn:

A. Viêm loét niêm mạc ruột non.

B. Viêm loét niêm mạc ruột già.

C. Viêm loét dạ dày tá tràng.

D. Cả A và B.

E. Viêm hồng - hồi tràng.

Bài 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẠCH HẦU

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh bạch hầu.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người mắc bệnh bạch hầu.

I. ĐỊNH NGHĨA

Bạch hầu là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do *Corynebacterium diphtheriae* gây nên. Tổn thương đầu tiên thường là một màng giả ở đường hô hấp trên, từ đây độc tố do vi khuẩn tiết ra gây tổn thương tại chỗ và toàn thân.

II. MÂM BỆNH

Corynebacterium diphtheriae là một loại trực khuẩn Gram (+) hơi cong, hình dùi trống hoặc quả tạ. Trên tiêu bản nhuộm đơn bằng Xanh methylen, các cá thể xếp thành hình hàng rào, hình bó kim. *C. diphtheriae* có 3 loại:

- *Mitis*.
- *Gravis*.
- *Intermedius*.

Hai loại sau thường gây nhiễm độc nặng, tử vong cao.

Vi khuẩn tiết ra ngoại độc tố rất độc gây hoại tử tế bào và nhiễm độc thần kinh.

III. DỊCH TỄ

1. Nguồn nhiễm

- Người bệnh: Lây mạnh nhất trong thời kỳ đầu.
- Người lành mang mầm bệnh: Lây lan ít hơn, nhưng lại kéo dài hơn.

2. Đường lây lan

- Chủ yếu qua đường hô hấp do các chất nhớt cổ họng chứa đầy vi khuẩn văng ra khi trẻ khóc, ho, hắt xì...

- Lây lan gián tiếp qua các vật dụng thức ăn.

3. Khỏi cảm thụ

- Đa số là trẻ dưới 15 tuổi, nhất là trẻ 1 - 9 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở trẻ em chưa chủng ngừa (nếu tiêm chủng thì 80% trẻ được bảo vệ).

IV. BỆNH SINH

Corynebacterium Diphtheriae xâm nhập qua đường hô hấp (có thể xâm nhập qua da, niêm mạc cơ quan sinh dục, mắt... nhưng rất hiếm), phá hủy niêm mạc và tạo màng giả ở cổ, họng. Từ đây, chúng tiết ra ngoại độc tố. Độc tố ngấm vào máu gây tình trạng nhiễm độc với các biến chứng trầm trọng ở tim, thần kinh, thận...

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG. Có các dạng:

1. Bạch hầu họng

1.1. Ủ bệnh

Từ 2 - 5 ngày.

1.2. Khởi phát

Sốt nhẹ, mệt, biếng ăn, da xanh, sổ mũi 1 hay 2 bên, nuốt đau, có thể có màng mỏng, mờ trong họng.

1.3. Toàn phát

- Khám họng: Họng đỏ, màng giả thường ở 2 bên *Amydal*, có khi lan rộng và bít kín vòm hầu. Màng giả thường có màu trắng ngà hay trắng xám, dính chặt vào niêm mạc bên dưới, khi bóc dễ chảy máu, có xu hướng phát triển và lan rộng rất nhanh.

- Khi thấy màng giả phải điều trị ngay, không chờ kết quả xét nghiệm.

- Ngoài ra, còn có hội chứng nhiễm độc: Người lừ đừ, biếng ăn, da xanh, sổ mũi, nổi hạch dưới hàm.

2. Bạch hầu ác tính

Tiền phát hay thứ phát sau bạch hầu họng.

2.1. Hội chứng nhiễm độc nặng

- Sốt cao, mạch tăng nhanh, huyết áp giảm, xanh tái.

- Lừ đừ, mệt lả, gan to.

- Có xuất huyết: Nôn, chảy máu cam, xuất huyết dưới da.
- Hạch cổ sưng to, đau, lan toả.

2.2. Màng giả

Lan tràn nhanh, màu xám, dễ chảy máu.

Điều trị muộn: Dễ tử vong do suy tim và suy thận.

3. Bạch hầu thanh quản

Thường do điều trị muộn, phát hiện muộn, thường qua 3 giai đoạn:

3.1. Giai đoạn khàn tiếng

Khàn tiếng, tắt tiếng, ho khan và khô trong vòng 48 giờ.

3.2. Giai đoạn khó thở

Ban đầu vào đêm sau tăng dần.

- Cơn nghẹt thở ngắn, tăng lên.
- Khó thở vào, chậm, rít lên, lõm xương ức và thượng đòn, liên sườn. Khó thở được chia làm 3 mức độ:

+ Độ I: Khó thở từng cơn, tăng khi bị kích thích.

+ Độ II: Khó thở liên tục, bứt rứt.

+ Độ III: Khó thở nhanh, nông, tím tái, lơ mơ.

3.3. Giai đoạn ngạt thở

Tré lịm dần, bất động, mê man, tím tái rồi chết.

VI. BIẾN CHỨNG DO NGOẠI ĐỘC TỔ

1. Viêm cơ tim

- Có thể xuất hiện sớm vào những ngày đầu, hoặc muộn (tuần lễ thứ 3 - 5 của bệnh).

- Bỏ ăn, nôn mửa, đau thượng vị, mệt mỏi, lử đừ, bứt rứt.
- Mạch nhanh hoặc chậm, huyết áp hạ hoặc kẹt, tiếng tim mờ, nhịp không đều, suy tim cấp có thể làm người chết đột ngột.

2. Viêm dây thần kinh ngoại biên

Dẫn đến:

- Liệt vòm hầu: Nói ngọng, uống nước sặc, liệt lưỡi hầu.
- Liệt cơ hầu, họng: Khó nuốt.
- Liệt cơ hoành, cơ liên sườn, đưa đến suy hô hấp và tử vong.
- Liệt các cơ chi.

VII. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào:

1. Dịch tễ học

Tuổi dưới 15, chưa tiêm chủng, có tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc.
- Màng giả.

3. Xét nghiệm

- Phết họng, nhuộm *Xanh Methylen* thấy vi khuẩn dạng bạch hầu.
- Cấy bệnh phẩm lên môi trường thạch máu có *Tellurite de postadium*:
Có kết quả sau 48 giờ.

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Trung hoà độc tố càng sớm càng tốt.
- Diệt vi khuẩn bằng kháng sinh.
- Chống tái phát.
- Chống bội nhiễm.
- Dinh dưỡng đầy đủ.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng.

2. Điều trị đặc hiệu

- Huyết thanh kháng độc tố: Dùng sớm, liều lượng 10.000 - 80.000 đơn vị, tiêm làm 2 lần, cách 30 phút, thay đổi tùy theo độ nặng nhẹ của bệnh.
- Kháng sinh:
 - + *Penicillin* 50.000 - 100.000 đv/kg/ngày.
 - + *Erythromyci* 50mg/kg/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, cần giữ theo dõi 55 ngày.
- Dinh dưỡng đầy đủ, các chế độ ăn nhẹ, dễ tiêu.
- Trợ hô hấp.
- An thần.

- Trợ tim mạch.
 - *Corticoide* cho những trường hợp nặng.
 - Với khó thở thanh quản, mở khí quản là biện pháp an toàn và hữu hiệu.
- Thời gian đặt ống tốt nhất là 7 - 10 ngày.

IX. DỰ PHÒNG

1. Điều trị người lành mang mầm bệnh

- *Penicillin G* 300.000 - 600.000 đvqt/ngày trong 10 - 20 ngày.
- *Erythromycin* 30 - 50 mg/ngày trong 70 - 10 ngày.

2. Với người bệnh

- Chỉ xuất viện khi đã sạch mầm bệnh.

3. Với người tiếp xúc

- Đã có miễn dịch: 01 liều vacxin DPT, phối hợp hoặc không với kháng sinh.
- Chưa có miễn dịch: Huyết thanh kháng bạch hầu (SAD), phối hợp hoặc không với kháng sinh, tiêm phòng.

4. Tiêm phòng DPT theo lịch

X. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng chân tay.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở, xác định có khó thở thanh quản không.
- Tình trạng tăng tiết.

Thở nhanh, sử dụng cơ hô hấp phụ, tím tái dễ dẫn đến tử vong. Bạch hầu thanh quản có khó thở độ II, bạch hầu ác tính thường suy hô hấp nặng, nếu cần sẽ mở khí quản.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần hoặc 3 giờ/1 lần: Tùy theo y lệnh.

1.3. Tình trạng thần kinh

- Khàn giọng khi nói, khóc bị mất tiếng
- Các dấu hiệu khác: Liệt mắt, liệt chi, liệt cơ hầu họng, liệt cơ hoành.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Đo lượng nước tiểu/giờ/24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động, bú rút, vật vã.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Thể bạch hầu.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Yêu cầu dinh dưỡng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc cơ bản.
- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch.

3.1. Chăm sóc cơ bản

- Cho người bệnh nghỉ ngơi:
 - + Nghỉ ngơi tuyệt đối và cách li từ 2 - 3 tuần. Nghỉ ngơi rất quan trọng, nhất là những trường hợp có biến chứng viêm cơ tim.
- Ăn uống và vệ sinh cá nhân:
 - + Vệ sinh răng miệng.
 - + Vệ sinh mắt, tai, mũi.
 - + Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét.
 - + Tẩy uế các chất bài tiết của người bệnh đúng quy cách.
- Nuôi dưỡng:
 - + Cho ăn thức ăn sệt ở người liệt vòm hầu để tránh sặc. Nặng: Có biến chứng liệt vòm hầu, hầu họng cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền dịch ưu trương.
 - + Đảm bảo ăn đủ năng lượng.
 - + Chuẩn bị các dụng cụ y tế: Mở khí quản, ống thông dạ dày...

3.2. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm nghiêng, an toàn. Để cơ hoành hạ thấp, lồng ngực giãn nở.

- Người khó thở: Cho nằm đầu cao, cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để phụ giúp bác sĩ mở khí quản.
- Theo dõi sát nhịp thở và tình trạng thần kinh, tình trạng tăng tiết, sự tím da môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.

3.3. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Tuỳ tình trạng người bệnh.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

3.4. Theo dõi và ngừa biến chứng.

- Biến chứng tim mạch. Do độc tố vi khuẩn gây tổn thương.
- Biến chứng thần kinh.
- Biến chứng thận.

3.5. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Truyền dịch.
- Dùng kháng sinh.
- Làm các xét nghiệm.
- Giúp bác sĩ mở khí quản: Mở khí quản trong bạch hầu thanh quản có khó thở độ II, khi khó thở độ III nếu có mở khí quản cũng rất dễ tử vong.
 - + Hút đờm dãi thường xuyên.
 - + Cho người bệnh thở oxy qua mở khí quản.
 - + Chăm sóc mở khí quản với kỹ thuật vô trùng.
 - + Thời gian đặt ống mở khí quản tối thiểu là 3 - 4 ngày, tốt nhất là 7 - 10 ngày. Sau khi rút ống cần theo dõi biến chứng hẹp khí quản và chăm sóc chỗ mở khí quản như một vết thương.
 - Trung hoà độc tố bạch hầu bằng kháng độc tố.
 - SAD là loại thuốc đặc trị chưa có gì thay thế được. Nên dùng SAD thật sớm, ngay khi có chẩn đoán lâm sàng. Dùng SAD sau 48 giờ hiệu quả rất thấp.
 - Chú ý làm test da trước khi tiêm.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh và gia đình của người bệnh, cách ly trẻ bị bệnh tại bệnh viện. Giáo dục thân nhân của người bệnh biết theo dõi sát người bệnh và khám họng khi trẻ bị bệnh. Nếu người bệnh xuất viện < 30 ngày cần căn dặn:

- + Hạn chế hoạt động mạnh và không đi lại sớm.
- + Phải phết họng 2 lần (-) cách nhau 2 tuần mới cho ra viện.
- Bạch hầu có thể phòng bệnh dễ dàng.
- Tiêm chủng cho trẻ bằng vắc xin DPT.
- + Mũi 1: Cho trẻ 2 - 3 tháng, tiêm bắp 0,5ml.
- + Mũi 2: Cho trẻ 3 - 4 tháng, tiêm bắp 0,5ml.
- + Mũi 3: Cho trẻ 4 - 5 tháng, tiêm bắp 0,5ml.

4. Đánh giá

- Người bị bệnh bạch hầu đến sớm trước 48 giờ và chưa có biến chứng nếu được chăm sóc tốt sẽ hy vọng cứu khỏi.

- Điều trị với SAD và kháng sinh ngay và nếu tình trạng miễn dịch của người bệnh tốt, tử vong dưới 5%, còn nếu điều trị muộn vào ngày thứ 4, tử vong tăng cao 20 lần.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 7 bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống:

1. Kể tên 3 loại trực khuẩn gây bệnh bạch hầu:
 - A. *C. Mitis*.
 - B.
 - C.
2. Bạch hầu thanh quản diễn biến qua 3 giai đoạn:
 - A. Giai đoạn khàn tiếng.
 - B.
 - C.
3. Trên lâm sàng có 3 thể bạch hầu thường gặp:
 - A. Bạch hầu họng.
 - B.
 - C.
4. Hai biến chứng chính của bệnh bạch hầu là:
 - A.
 - B.

5. Sáu nguyên tắc điều trị bệnh bạch hầu là:

- A. B.
C. Chống bội nhiễm. D. Chống tái phát.
E. Dinh dưỡng đầy đủ. F.

6. Sáu yêu cầu trong kế hoạch chăm sóc người bệnh bạch hầu.

- A. B.
C. D. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
E. F. Giáo dục sức khỏe.

7. Nhận định người bệnh bạch hầu dựa vào:

- A. Tình trạng hô hấp. C.
B. Tình trạng tuần hoàn. D.

• Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 8 đến 17 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
8.	Trực khuẩn bạch hầu tiết ra ngoại độc tố.		
9.	Bệnh bạch hầu lây qua đường tiêu hóa.		
10.	Ở người bệnh bạch hầu khi thấy màng giả phải điều trị ngay không chờ kết quả xét nghiệm.		
11.	Ở thể bạch hầu họng màng giả thường ở cuống lưỡi và niêm mạc má hai bên.		
12.	Cách ly người bệnh bị bệnh bạch hầu tại nhà là một trong các biện pháp phòng bệnh.		
13.	Hạn chế dùng Corticoid cho những trường hợp bạch hầu nặng.		
14.	Dùng SAD điều trị bạch hầu là đưa vào cơ thể một lượng kháng thể.		
15.	Nên mở khí quản cho người bệnh khó thở thanh quản độ III là tốt nhất.		
16.	Trực khuẩn bạch hầu là loại trực khuẩn Gram (+), hình dài trống hoặc quả tạ.		
17.	Chảy máu cam là dấu hiệu thường có ở người bệnh bạch hầu họng.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 18 đến 21 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn.

18. Hai loại kháng sinh hay dùng để điều trị bệnh bạch hầu:

- A. Penicillin - Tetracycline.

- B. Ampicilline - Streptomycine.*
 - C. Ampicilline - Kanamycin.*
 - D. Penicilline - Erythromycine.*
 - E. Streptomycin - Penicilline.*
19. Màng giả ở cổ họng của người bệnh bạch hầu được tạo ra là do:
- A. Sự phát triển của vi khuẩn.
 - B. Sự phá huỷ của niêm mạc.
 - C. Sự phóng thích độc tố.
 - D. Phản ứng của cơ thể.
 - E. Cả A và B.
20. SAD được dùng trong điều trị bạch hầu để:
- A. Diệt vi khuẩn.
 - B. Trung hoà độc tố.
 - C. Kích thích gây miễn dịch.
 - D. Làm tăng sức đề kháng cơ thể.
 - E. Để phòng biến chứng.
21. Người bệnh bạch hầu bị viêm cơ tim do tác dụng của:
- A. Nội độc tố.
 - B. Ngoại độc tố.
 - C. Biến độc tố.
 - D. Giải độc tố.
 - E. Do nguyên nhân khác.

Bài 8

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO GÀ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh ho gà.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh ho gà.

I. ĐỊNH NGHĨA

Ho gà là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở đường hô hấp do *Bordetella pertussis*. Bệnh thường gặp ở trẻ em, lây trực tiếp qua đường hô hấp.

Tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, nhất là ở trẻ em.

II. MÂM BỆNH

Bordetella pertussis là vi khuẩn Gram (-), không di động. Khi nhuộm có hình que ngắn, bắt màu ở 2 đầu giống như hình quả tạ.

Vi khuẩn mọc chậm 3 - 7 ngày khi cấy hiếu khí trên môi trường *Border - Gen - gou*. Trên thạch máu, độc lực của *Bordelella Pertussis* có thể làm tiêu huyết.

III. DỊCH TỄ

Trẻ bị bệnh thải vi khuẩn qua đường hô hấp, nhiều nhất ở thời kỳ khởi phát. Các hạt nước bọt li ti có khả năng lây truyền cao trong gia đình, trong các trường học. Người trong gia đình người bệnh có thể tạm thời mang vi khuẩn trong cổ họng; không có trường hợp người lành mang mầm bệnh như nhiều vi khuẩn khác.

- Hầu hết trẻ mắc bệnh từ 1 - 6 tuổi. Khoảng 30% trẻ đã được tiêm chủng vẫn bị bệnh, tuy triệu chứng có nhẹ hơn và thời gian bệnh ngắn hơn. Miễn dịch không bền.

- Bệnh gặp rải rác quanh năm.

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập, *Bordetella Pertussis* phát triển ở đường hô hấp trên, không vào máu. Chúng gây viêm tại chỗ, ức chế hoạt động của các tế bào biểu bì - niêm mạc và kích thích bài tiết chất nhầy, kích thích các cơn ho.

V. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 7 - 16 ngày

2. Thời kỳ khởi phát: Từ 5 - 10 ngày.

- Các triệu chứng không đặc hiệu: Hắt hơi, sổ mũi, chảy nước mắt, ho ít, sốt nhẹ.

3. Thời kỳ toàn phát (Thời kỳ ho cơn: 2 - 4 tuần)

- Ho xuất hiện, ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc ho thông thường. Cơn ho điển hình xuất hiện đột ngột, về ban đêm hay sau cơn xúc động, sợ hãi, vùng vẫy. Người bệnh ho liên tiếp 5 - 20 lần không kiểm chế được, cuối cơn ho có tiếng hít sâu như tiếng gà gáy, rồi lại tiếp các cơn ho khác. Trong cơn ho người bệnh vã mồ hôi, mặt đỏ gay, có lúc tím tái, tĩnh mạch cổ căng phồng... Sau cơn ho, người bệnh thường nôn, mệt lả, thờ ơ.

- Ngoài cơn ho: Trẻ vẫn ăn và chơi bình thường.

4. Thời kỳ hồi phục: Từ 3 - 4 tuần

Các cơn ho thưa dần, cường độ ho cũng giảm.

VI. BIẾN CHỨNG

Thường là nguyên nhân đưa đến tử vong.

1. Hô hấp

- Viêm phổi do bội nhiễm các vi khuẩn khác và giãn phế quản là 2 biến chứng hay gặp nhất.

2. Thần kinh

- Co giật do sốt cao, do xuất huyết não...
- Viêm não.
- Liệt nửa người, liệt chi.
- Điếc, mù, câm.

3. Tiêu hóa

- Mất nước, suy kiệt (vì nôn).
- Viêm, loét họng.
- Loét dây hầu lưỡi.

4. Các cơ quan khác

- Viêm tai giữa.
- Sa trực tràng, sa ruột.

VII. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

1. Dịch tễ học

- Không tiêm chủng.
- Có tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Con ho điển hình.
- Nhiều khi ho không đặc hiệu.

3. Xét nghiệm

- Bạch cầu $20.000 - 50.000/\text{mm}^3$ máu, hơn 60% là lympho bào.
- Phân lập *Bordetella Pertussis* từ tã bông quét họng: Tỷ lệ (+) rất cao (80 - 90%) trong 3 - 4 tuần đầu.

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Dùng kháng sinh

- Dùng kháng sinh sớm, dài ngày (ở thời kỳ khởi phát) có thể ngăn chặn và cải thiện diễn tiến của bệnh. Dùng kháng sinh muộn sẽ ít tác dụng.

+ *Erythromycin* 50 mg/kg/ngày x 10 - 14 ngày.

+ *Ampicillin* 100 mg/kg/ngày x 10 - 14 ngày.

+ *Trimethoprim Sulfamethoxazole* dùng 2 lần/ngày, liều 8 - 40mg/kg/ngày.

2. Huyết thanh (gamma globulin)

Cần dùng sớm.

3. Giảm triệu chứng: giảm ho

- *Dextromethorphan* (lớn hơn 3 tuổi).
- *Codein* (trên 6 tuổi).
- Trẻ nhỏ: Kháng histamin: *Theralene, phenergan*...
- An thần: *Gardenal, Seduxen*.
- Có thể dùng thêm *Corticoide* khi quá nặng.

4. Săn sóc

- Dinh dưỡng đủ, cung cấp nước, chất điện giải khi nôn nhiều.
- Thở oxy khi cần. Theo dõi hô hấp, hút đờm dãi.
- Tránh các kích thích gây ho.
- Điều trị biến chứng: *Ampicillin, Cloxacillin*, hoặc *Cephalosporin*.

IX. DỰ PHÒNG

- Tiêm chủng DPT theo lịch.
- Với người tiếp xúc: *Erythromycin* dự phòng 40 - 50mg/kg/ngày trong 14 ngày.
- Cách ly trẻ bị bệnh.

X. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO GÀ

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở. Trẻ sơ sinh rất dễ bị tím tái và ngừng thở đột ngột.
- Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí và cho người *oxygen*.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 2 giờ/1 lần.

1.3. Theo dõi cơn ho

- Số cơn ho trong ngày, khoảng cách giữa các cơn ho.
- Các biểu hiện kèm theo cơn ho: Khó thở, tím tái, tăng tiết đờm dãi, nôn...

1.4. Tình trạng chung

- Lấy nhiệt độ.

- Co giật.
 - Nôn ói.
 - Xuất huyết: Chảy máu cam, xuất huyết da niêm mạc.
 - Theo dõi vận động, ý thức.
 - Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán .
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Dinh dưỡng.
- Và có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh: Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm nghỉ trên giường.
- Nếu có co giật phải giữ người bệnh an toàn.
- Đặt *Canuyl Mayo*: Để phòng tụt lưỡi. Nếu có cơn ngừng thở: Hồi sức cấp cứu ngay, đặc biệt là trẻ sơ sinh và nữ nhi.
- Bóp bóng *Ambu*.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết và sự tím tái.
- Cho thở oxy.
- Trong cơn ho, phải để trẻ ở tư thế cúi đầu. Móc và lau hết đờm dãi sau mỗi cơn ho nặng.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi mạch, huyết áp: Tùy tình trạng từng người bệnh.

3.3. Theo dõi các biến chứng

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời

- Thuốc:
- + Kháng sinh: *Erythromyxin, Bactrim, Bisepton...*
- + Thuốc ho, thuốc kháng *histamine*.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi người bệnh theo y lệnh.

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần nôn.
- Nhỏ thuốc: Mắt, tai để phòng ngừa biến chứng.
- Vệ sinh da sạch sẽ, thay quần áo và ga trải giường sau mỗi lần nôn.
- Nuôi dưỡng:
- + Sau cơn ho 15 phút cho trẻ ăn lại: Hướng dẫn bà mẹ cách cho con ăn. Mỗi lần cho ăn ít một và nhiều lần trong ngày để tránh nôn, sặc.
- + Chế độ dinh dưỡng đầy đủ (đủ đạm) và thích hợp: Để tránh suy dinh dưỡng.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, bằng thái độ dịu dàng, cần hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (người lớn và tỉnh táo) và thân nhân của người bệnh, để bệnh nhân yên tâm điều trị.

3.7. Phòng bệnh

- Cách ly trẻ ở giai đoạn đầu: Để tránh lây lan.
- Tiêm chủng DPT.
- Các trường hợp có tiếp xúc với người bệnh ho gà được phòng ngừa bằng *Erythromycine*.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Các cơn ho thưa dần và cường độ cơn ho cũng thưa dần.
- Tổng trạng người bệnh khá.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 5 bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Kể các giai đoạn lâm sàng của bệnh ho gà và thời gian:

A. Thời kỳ ủ bệnh: 7 - 16 ngày.

B.....

C.....

D. Thời kỳ hồi phục: 3 - 4 tuần.

2. Kể các bước thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh ho gà:

A. Bảo đảm thông khí.

B. Theo dõi tuần hoàn.

C. Thực hiện y lệnh chính xác và kịp thời.

D.....

E.....

3. Kể 3 biện pháp phòng bệnh ho gà:

A.....

B.....

C.....

4. Kể tên các cơ quan thường bị biến chứng của bệnh ho gà:

A.....

B.....

C. Tai.

5. Hầu hết trẻ mắc bệnh ho gà nằm trong lứa tuổi từ (A) đến.....(B)..... tuổi.

A.....

B.....

• Phân biệt đúng sai các câu từ 6 đến 12 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu trả lời đúng, cột B cho câu trả lời sai

		A	B
6.	Trẻ mắc bệnh ho gà thải vi khuẩn qua đường hô hấp nhiều nhất trong thời kỳ toàn phát.		
7.	Chảy máu cam là dấu hiệu thường có ở người bệnh sau cơn ho gà.		
8.	Dùng kháng sinh sớm và thích hợp ở thời kỳ khởi phát có thể ngăn chặn các diễn biến của bệnh ho gà.		
9.	Trực khuẩn ho gà phát triển ở đường hô hấp và không vào máu.		
10.	Ở trẻ mắc bệnh ho gà, bạch cầu thường tăng rất cao (20.000 - 50.000/ mm ³ máu) chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.		
11.	Cần cho trẻ mắc bệnh ho gà ăn nhiều mỗi bữa để đảm bảo đủ dinh dưỡng.		
12.	Không có người lành mang mầm bệnh ho gà.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 13 đến 15, bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

13. Biến chứng thường gặp nhất ở bệnh ho gà là:

- A. Thiếu oxy não.
- B. Rối loạn nước và điện giải.
- C. Xuất huyết não - màng não.
- D. Phù phổi cấp.
- E. Viêm phổi.

14. Phòng bệnh ho gà có hiệu lực nhất là:

- A. Cách ly người bệnh.
- B. Dùng giải độc tố.
- C. Dùng vaccin.
- D. Uống kháng sinh khi có dịch.
- E. Gây miễn dịch thụ động.

15. Điều cần chú ý nhất khi các bà mẹ chăm sóc trẻ bị ho gà là:

- A. Cho trẻ ăn thức ăn lỏng.
- B. Hạn chế tắm cho trẻ cho đến khi hết ho.
- C. Chú ý móc, lau sạch đờm dãi cho trẻ sau mỗi cơn ho.
- D. Cho trẻ uống thuốc giảm ho liên tục, đúng liều.
- E. Tắm hơi cho trẻ để làm giảm cơn ho.

Bài 9 .

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM XOẮN KHUẨN LEPTOSPIRA

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và dự phòng bệnh *leptospira*.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh *leptospira*.

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm xoắn khuẩn *leptospira* là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính truyền từ súc vật sang người, gây nên bởi nhiều chủng xoắn khuẩn *leptospira*.

II. MÃM BỆNH

Leptospira là một loại xoắn khuẩn nhỏ, $5 - 15 \mu\text{m} \times 0,1 - 0,2 \mu\text{m}$.

Leptospira là vi khuẩn hiếu khí cấy được trên môi trường *Pepton* có thêm huyết thanh thỏ (môi trường *Fletcher*) hay thêm *Serum Albumin* (môi trường *BSA*).

Chuyển động của vi khuẩn được quan sát tốt nhất dưới kính hiển vi nền đen.

III. DỊCH TỄ

Vi khuẩn theo nước tiểu các động vật thải ra đất, bùn nước... Chúng xâm nhập qua da, niêm mạc, mắt, mũi, miệng. Bệnh hay xảy ra ở những người có tiếp xúc với nước (nạo vét cống rãnh, bơi lội, công nhân thủy lợi...) hoặc công nhân các lò sắt sinh, bác sĩ thú y...

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập qua da hoặc niêm mạc vi khuẩn vào máu và lan tràn khắp cơ thể, xâm nhập vào gan, thận, màng não, cơ ... Tính chất gây bệnh là một phần do nội độc tố, một phần do Enzym và các chất chuyển hóa.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Thời gian ủ bệnh thường 7 - 12 ngày.

2. Thời kỳ khởi phát

Kéo dài 1 - 2 ngày. Người bệnh đột ngột sốt cao, rét run, đau mình mẩy.

3. Thời kỳ toàn phát

3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39 - 40°C, kèm theo rét run.
- Người bệnh mệt nhiều, chán ăn, đôi khi mê sảng.
- Đau nhức lan tỏa, nhức đầu, cơ, nhất là các chi.
- Kết mạc mắt sung huyết, phù nề.
- Da ứng đỏ, phát ban.

3.2. Hội chứng gan mật

- Da màu vàng cam.
- Gan to, đau.

3.3. Hội chứng thận

- *Creatinin* máu tăng.
- Nước tiểu có *albumin*, hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu.

3.4. Hội chứng màng não

- Dấu hiệu quan trọng nhất là dịch não tủy có nhiều bạch cầu 50 - 100 bạch cầu/mm³, đa số là bạch cầu đơn nhân, đậm tăng ít, đường bình thường.

3.5. Hội chứng xuất huyết

- Chảy máu cam, chảy máu dưới chân răng.
- Tử ban.

4. Thời kỳ lui bệnh

Bệnh tự giới hạn, điều trị bệnh sẽ bớt, trong trường hợp nặng có thể tử vong.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào:

1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao, rét run, đau người, đặc biệt ở các chi.

- Hội chứng thận - gan mật.
- Hội chứng màng não.

2. Xét nghiệm

- Công thức máu:
 - + Bạch cầu $10.000 - 20.000/\text{mm}^3$ máu, đa số là đa nhân trung tính, tăng cao hơn nữa khi có vàng da nặng.
- Nước tiểu:
 - + Trong giai đoạn nhiễm trùng huyết, nước tiểu có Albumin, hồng cầu, bạch cầu.
- Chức năng thận:
 - + Creatinin trong máu tăng.
- Chức năng gan:
 - + SGOT, SGPT tăng.

3. Xét nghiệm vi sinh học

- Tìm vi khuẩn trong máu, nước tiểu, dịch não tủy bằng cách soi dưới kính hiển vi nền đen hoặc sau khi nhuộm Gram. Cấy máu, dịch não tủy tốt nhất là làm trong 10 ngày đầu.

4. Huyết thanh chẩn đoán

- Kháng thể cao nhất từ tuần lễ thứ 3, có thể dùng các ngưng kết trên kính, Martin Petit hoặc ELISA.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

- Cần dùng sớm trong 4 ngày đầu để cắt sốt và hạn chế thương tổn cơ quan nội tạng:
 - + Penicillin G $50.000 - 100.000 \text{ đv/kg/ngày}$ trong 5 - 7 ngày.
 - + Doxycycline $100 \text{ mg} \times 2 \text{ lần}$ trong 7 ngày.
 - + Ampicilline, Amoxicillin, Tetracycline, Erythromycine, Streptomycine, Cephalosporine cũng có tác dụng.

2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt, giảm đau.
- Bù nước, điện giải.

VIII. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát bệnh ở thú nuôi, diệt chuột.
- Tránh tắm ở những nơi nghi ngờ có *Leptospira*.
- Uống ngừa bằng *Doxycycline* 200 mg/tuần.
- Trang bị phương tiện bảo hộ cho những người tiếp xúc bùn đất.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LEPTOSPIRA

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút /lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

1.3. Tình trạng xuất huyết

- Chảy máu cam, tử ban.
- Ho ra máu.
- Xuất huyết: Tiêu hóa, tuyến thượng thận, thận và dưới màng nhện.
- Quan sát phân, chất nôn, da - niêm mạc có biểu hiện xuất huyết để báo cho bác sĩ.
- Kết mạc sung huyết dẫn đến sợ ánh sáng.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Co giật.
- Vàng da: Gan to, đau, đôi khi có lách to.
- Nước tiểu: Số lượng, màu sắc.
- Đau nhức dữ dội:
 - + Nhức đầu.
 - + Đau cơ (cơ bắp chân).
- Viêm màng não: 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 người bệnh ăn bằng đường miệng không? Nếu người bệnh 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.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- 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.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón tay.
- Nếu có đờm dãi: Hút đờm dãi.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ, ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dịch truyền qua đường tĩnh mạch các trường hợp người bệnh mê sảng và có biến chứng nặng.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

3.3. Thực hiện y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời

- Thuốc:
- + Kháng sinh: *PenixilinG, Ampixilin, Amoxicylin, Tetracyclin, Erythromyxin, Streptomycin, Cephalosporin*.
- Theo dõi tri giác: Lơ mơ hay hôn mê.
- Các xét nghiệm: Lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm theo y lệnh.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Tùy tình trạng người bệnh.

3.4. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Co giật: Giữ an toàn cho người bệnh.
- Có sốt cao: Lau mát.

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Vệ sinh da sạch, xoa trở tránh loét.
- Tẩy uế các chất bài tiết.
- Các cơ đau nhức cần đắp ấm để giảm đau.
- Theo dõi vàng da.
- Theo dõi nước tiểu: Số lượng, màu sắc.
- Nuôi dưỡng:
- + Người bệnh suy thận: Cho ăn ít đạm.
- + Thời kỳ hồi phục cho ăn đủ dinh dưỡng nhất là sinh tố để nâng cao thể trạng.
- + Trường hợp nặng cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền tĩnh mạch.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh.
- Giáo dục kiến thức phòng bệnh *Leptospira*, nhất là những người có nguy cơ cao.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 5 bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Xoắn khuẩn *leptospira* xâm nhập vào cơ thể gây bệnh bằng các đường:
 - A.....
 - B.....
 - C.....
2. Năm hội chứng chính của bệnh *leptospira* là:
 - A. Hội chứng nhiễm khuẩn.
 - B.....
 - C.....
 - D. Hội chứng màng não.
 - E. Hội chứng xuất huyết.
3. Để dự phòng bệnh *leptospira* cần thực hiện 4 việc:
 - A. Tránh tắm ở những nơi nghi ngờ có *leptospira*.
 - B.....
 - C.....
 - D.....

4. Bốn yêu cầu cần làm trong kế hoạch chăm sóc người bệnh *leptospira*.

A. Theo dõi tuần hoàn.

B. Thực hiện y lệnh.

C.

D.

5. Thời gian ủ bệnh của xoắn khuẩn *leptospira* là ngày.

• **Phân biệt đúng sai cho các câu hỏi từ 6 đến 10 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A nếu câu trả lời đúng, cột B nếu câu trả lời sai**

		A	B
6.	Sốt cao là triệu chứng ít có trong bệnh do <i>leptospira</i>		
7.	Penicillin là thuốc dùng điều trị triệu chứng của bệnh <i>leptospira</i> .		
8.	Dùng vaccin là biện pháp phòng bệnh <i>leptospira</i> có hiệu quả nhất.		
9.	Xoắn khuẩn <i>leptospira</i> theo phân các động vật ra ngoài vào đất, bùn, nước.		
10.	Chăm sóc người bệnh bị bệnh <i>leptospira</i> dựa vào tình trạng hô hấp, tuần hoàn, tình trạng xuất huyết và tình trạng chung.		

• **Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 11 đến 12 bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu trả lời được chọn.**

11. Những người sau đây có nguy cơ mắc bệnh *leptospira* cao hơn người khác:

A. Người nạo cống rãnh.

B. Người làm ở lò sát sinh.

C. Nhân viên các nhà hàng ăn uống.

D. Cả A và B.

E. Người đi chân đất.

12. Xét nghiệm tìm *Leptospira* trong 10 ngày đầu tốt nhất là:

A. Cấy máu.

B. Cấy dịch não tủy.

C. Tìm kháng thể.

D. Cả A và C.

E. Cả A và B.

Bài 10

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị, dự phòng bệnh uốn ván.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh uốn ván.

I. ĐỊNH NGHĨA

Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do *Clostridium Tetani* gây nên. Vi khuẩn sinh sản tại nơi xâm nhập, độc tố tiết ra tác động vào dây thần kinh vận động gây co cứng cơ vân và co giật toàn thân. Bệnh diễn biến khó lường trước được, tỉ lệ tử vong cao.

II. MẦM BỆNH

Clostridium Tetani là một trực khuẩn Gram (+), ở ngoại cảnh nó tồn tại dưới dạng nha bào, sống nhiều năm trong đất, nhất là những nơi có lẫn phân động vật, chịu được nước sôi 1 - 3 giờ, đề kháng tốt với dung dịch phenol 5%, formalin 3%.

Nha bào còn được tìm thấy trong bụi, trong ruột các động vật có vú, nhất là ngựa và cừu.

III. DỊCH TỄ

Clostridium Tetani xâm nhập qua các vết thương ở da, niêm mạc do tai nạn giao thông, vết thương chiến tranh, thủ thuật không vô khuẩn...

Trẻ dưới 5 tuổi và người lớn tuổi thường bị bệnh nặng. Tỷ lệ tử vong cao 30 - 50%.

IV. BỆNH SINH

Sau khi xâm nhập vào vết thương, nha bào phá vỏ chuyển thành dạng hoạt động, sinh sản tại đây và tiết ra ngoại độc tố. Ngoại độc tố có 3 thành phần,

nhưng chính *Tetnospasmin* tác động lên điểm cuối của thần kinh cơ và sợi cơ gây co cứng. Ngoài ra, độc tố còn tác động lên tuỷ sống làm tăng hoạt động của các cung phản xạ...

Các vết thương dập nát, sâu, có nhiều mô hoại tử, nhiều đất bụi, thiếu oxy chính là nơi vi khuẩn phát triển tốt.

V. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ lúc bắt đầu bị thương đến lúc cứng hàm, trung bình 7 - 14 ngày, thời kỳ ủ bệnh càng ngắn thì bệnh càng nặng.

2. Thời kỳ khởi phát

Người bệnh hơi mệt, nhức đầu, mất ngủ, mồm quai hàm, nói khó, nuốt vướng, uống nước sặc. Khi thăm khám, thấy cơ nhai co cứng, không có điểm đau rõ rệt, không thể dè lưỡi để mở rộng miệng được.

3. Thời kỳ toàn phát

Triệu chứng có thể tại chỗ (cứng hàm, cứng gáy) hay toàn thân.

3.1. Co cứng đau cơ

Co cứng bắt đầu là cơ nhai (cứng hàm) rồi đến cơ mặt (cơ nhãn mặt, *Ricus Sardonios*), cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cơ chi dưới (đuôi), cuối cùng là cơ chi trên (co quắp).

Sự co cứng liên tục.

3.2. Co giật cứng toàn thân

Xảy ra sau một kích thích (đụng chạm, ánh sáng, tiếng ồn...), khi co thắt các cơ hầu họng người bệnh khó nuốt, co thắt cơ thanh quản gây nghẹt thở, tím tái, ngừng thở.

3.3. Rối loạn chức năng

Khó nuốt, khó nói, cơ cơ hô hấp, tăng tiết đờm dãi, bí tiểu - đại tiện.

3.4. Toàn trạng

- Người bệnh hoàn toàn tỉnh táo.
- Sốt 38 - 39°C.
- Mạch hơi nhanh 90 - 120 lần/phút.
- Vã mồ hôi sau các cơn giật.

- Khi bệnh diễn biến nặng sẽ có sốt cao trên 39°C , mạch nhanh trên 140 lần/phút, tăng tiết đàm dãi, lơ mơ hoặc hôn mê vì thiếu oxy não.

4. Tiến triển

4.1. Thuận lợi

- Từ ngày thứ 10, các cơn co giật thưa dần, mạch, nhiệt độ trở lại bình thường, miệng há rộng dần. Thời kỳ lại sức kéo dài.

4.2. Xấu

- Bệnh càng ngày càng nguy kịch, người bệnh đi vào hôn mê và tử vong trong vòng vài ngày.
- Bệnh đang thuyên giảm thì đột nhiên nguy kịch dẫn đến tử vong.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào dịch tễ học và lâm sàng.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị đặc hiệu

- Trung hoà độc tố: SAT (*Serum Anti Tetanique*) phải dùng sớm khi độc tố còn lưu hành trong máu, chưa gắn vào tế bào thần kinh.
- Cách dùng: 1/2 tiêm bắp, 1/2 tiêm dưới da, 1 liều duy nhất: 20.000 - 30.000 đv (test trước).
- Vacxin phòng uốn ván: 0,5 ml tiêm bắp x 2 mũi, cách nhau 1 tháng.
- Kháng sinh Penicilin 50.000 - 100.000 đv/kg/ngày (vết thương còn viêm).

2. Săn sóc quan trọng

- Bảo đảm thông khí đường hô hấp: Thở O_2 , hút đàm dãi, mở khí quản.
- Kiểm soát cơn co giật: An thần nhanh kèm giãn cơ.
- + Điều trị nền: 2 - 4 mg/kg/ngày chia 4 lần.
- Dùng Diazepam uống hay nhỏ giọt tĩnh mạch.
- + Điều trị cắt cơn: 0,5 mg/kg/lần. Tiêm tĩnh mạch chậm.
- Xử lý vết thương: Cắt lọc, làm sạch rửa oxy già, dùng kháng sinh diệt trùng.
- Điều chỉnh rối loạn nước - điện giải.
- Chống tái phát.

VIII. DỰ PHÒNG

- Xử lý vết thương có nguy cơ bị uốn ván.

- Rửa sạch vết thương bằng nước oxy già.
- Cắt lọc, lấy dị vật.
- Không băng quá kín, quá chặt.
- Dùng Ampicillin 2g/ ngày.
- Tiêm vaccin phòng uốn ván VAT.
- + VAT 0,5 ml tiêm bắp x 2 lần cách nhau 1 tháng.
- + Vô khuẩn dụng cụ.
- SAT: 1.500 đv, tiêm bắp.
- Vệ sinh môi trường.
- Chích VAT cho trẻ em, sản phụ theo lịch tiêm chủng.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ UỐN VÁN

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, móng chân, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết. Nếu người bệnh có co thắt thanh quản, co giật liên tục, có cơn ngừng thở, ứ đọng đờm dãi: Dẫn đến suy hô hấp, khó thở nặng, nên mở khí quản, cho thở O₂.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/ lần, 3 giờ/lần.
- Mạch nhanh yếu, thở yếu, huyết áp dao động là tình trạng nặng. Cần chuẩn bị dụng cụ để hồi sức cấp cứu.

1.3. Tình trạng thần kinh

- Co cứng cơ liên tục.
- Co giật cứng toàn thân.
- Rối loạn cơ năng.

Người bệnh thường tỉnh và đau nhiều.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ: Không cao lắm, nếu sốt cao cần đề phòng các nhiễm trùng phổi, đường tiểu hay vết thương...
- Vã mồ hôi nhiều sau cơn co giật.
- Hôn mê hay lơ mơ do thiếu oxy não.

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 người bệnh ăn bằng đường miệng không? Nếu người bệnh mê sảng 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.
- Thực hiện y lệnh.
- 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.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang 1 bên (để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết).
- Đặt Canuyn Mayor (để phòng tụt lưỡi).
- Bóp bóng Ambu nếu có cơn ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để trợ giúp bác sĩ mở khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón.
- Hút đờm rãi đúng kỹ thuật.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút /lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

3.3. Thực hiện các y lệnh: chính xác kịp thời

- Thuốc:

+ SAT.

+ Kháng sinh.

+ An thần.

- Theo dõi cơn co giật (nhịp độ, cường độ, đáp ứng thuốc an thần)/ngày, độ mở miệng. Đề phòng sặc.

+ Từ lúc cứng hàm đến co giật dưới 48 giờ là bệnh nặng.

+ Có cơn co giật tím tái hoặc ngừng thở phải hồi sức cấp cứu ngay.

- Giữ an toàn cho người bệnh.

- Lấy nhiệt độ.

- Hạn chế các yếu tố gây co giật. Bảo đảm yên tĩnh, không tiếng động, ánh sáng dịu.

- Sát sóc vết thương (nếu có). Thay băng hàng ngày.

- Giai đoạn hồi phục còn cứng cơ, cứng khớp nên tập luyện và làm vật lý trị liệu.

- Xét nghiệm.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn tùy tình trạng người bệnh.

3.4. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Nhiệt độ cao: Lau mát.

- Vệ sinh răng miệng.

- Vệ sinh mắt, tai, mũi.

- Vệ sinh da, chăm sóc để phòng loét, giữ cho khăn trải giường khô và thẳng.

- Sát sóc mở khí quản hàng ngày và chuẩn bị rút khi người bệnh hết khó thở. Làm loãng đờm để dễ hút.

- Cần tập trung công tác chăm sóc để hạn chế co giật.

- Nuôi dưỡng:

+ Cho ăn lỏng và sệt để tránh sặc.

+ Nặng thì cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương.

+ Dinh dưỡng đầy đủ và thích hợp.

3.5. Giáo dục sức khỏe

Ngay từ khi người bệnh mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.

- Tiêm chủng DPT khi chưa có vết thương cho trẻ em theo lịch tiêm chủng:

+ Mũi 1 (DPT1): Khi trẻ 2 tháng tuổi.

+ Mũi 2 (DPT2): Khi trẻ 3 tháng tuổi.

+ Mũi 3 (DPT3): Khi trẻ 4 tháng tuổi.

- Khi có vết thương phải tiêm SAT 1.500 - 3000 đv/tiêm bắp và tiêm vắc xin.

Dự phòng uốn ván rốn:

+ Quản lý thai.

+ Đỡ đẻ vô khuẩn.

+ Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ khi mang thai.

+ Sát khuẩn đầu cuống rốn bằng cồn iốt.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt:

+ Từ ngày thứ 10 trở đi các cơn giật giảm dần.

+ Mạch nhiệt độ trở lại bình thường.

+ Miệng há to dần.

+ Ngủ được.

+ Thời kỳ lại sức kéo dài hàng tháng.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 6 bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Độc tố của vi khuẩn uốn ván tiết ra tác động vào dây thần kinh vận động gây nên:

A.

B.

2. Ba dấu hiệu lâm sàng thường có của bệnh uốn ván trong thời kỳ toàn phát:

A.

B.

C.

3. Trong bệnh uốn ván có co thắt thanh quản sẽ gây ra:

A.

B.

C.

4. Trong bước nhận định người bệnh uốn ván, cần chú ý đến các tình trạng:

A.

B.

C.

D. Tình trạng chung.

5. Phòng bệnh uốn ván rốn là làm tốt các công việc sau:

A.....

B.....

C.....

D. Sát khuẩn đầu cuống rốn bằng cồn iốt.

6. Đối tượng nên dùng vaccin uốn ván là (A) và (B)

A.....

B.....

• Phân biệt đúng sai các câu từ 7 đến 18 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
7.	Trực khuẩn uốn ván gây bệnh bằng nội độc tố?		
8.	Trực khuẩn uốn ván có khả năng đặc biệt là chui vào cơ thể chủ yếu qua da lành?		
9.	Thời gian ủ bệnh của bệnh uốn ván từ 7 - 14 ngày?		
10.	Diazepam có tác dụng giãn cơ cắt cơn co giật trong điều trị bệnh uốn ván?		
11.	Khi bị vết thương dập nát, dính đất bẩn, nên dùng VAT phòng bệnh uốn ván?		
12.	Mỏi hàm, khó nhai, khó nuốt là dấu hiệu đầu tiên của bệnh uốn ván?		
13.	Vi là vi khuẩn kỵ khí nên trực khuẩn uốn ván phát triển tốt ở các vết thương dập nát, có nhiều ngõ ngách.		
14.	Chẩn đoán bệnh uốn ván chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ.		
15.	Dùng SAT trong điều trị uốn ván là gây miễn dịch chủ động cho người bệnh.		
16.	Các thuốc an thần được dùng điều trị cho người bệnh uốn ván.		
17.	Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ cần được tiêm phòng uốn ván 3 lần để có miễn dịch suốt đời.		
18.	Trong quá trình chăm sóc người bệnh uốn ván cần hạn chế cho người bệnh ăn các loại thức ăn khó nhai, khó nuốt.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 19 đến 22 bằng cách khoanh tròn vào các chữ cái đầu câu trả lời được lựa chọn

19. SAT là:

- A. Kháng nguyên.
- B. Kháng thể.
- C. Ngoại độc tố.
- D. Nội độc tố.
- E. Giải độc tố.

20. Dùng kháng sinh trong điều trị uốn ván có tác dụng:

- A. Trung hoà độc tố uốn ván.
- B. Diệt vi khuẩn uốn ván.
- C. Hạn chế các cơn co cứng.
- D. Gây miễn dịch.
- E. Cả A và B.

21. Các tình huống sau có thể dẫn đến uốn ván, trừ:

- A. Vết thương chiến tranh.
- B. Vết thương tai nạn.
- C. Nạo phá thai.
- D. Ăn uống không hợp vệ sinh.
- E. Tiêm chích bằng dụng cụ không vô khuẩn.

22. Sau khi mở khí quản cho người bệnh uốn ván, các biện pháp sau được chăm sóc, trừ:

- A. Hút đờm dãi.
- B. Làm ẩm không khí.
- C. Nhỏ huyết thanh chống uốn ván vào khí quản.
- D. Làm loãng đờm.
- E. Vệ sinh vết mổ.

Bài 11

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN B

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị phòng bệnh viêm não Nhật Bản B.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B.

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm não Nhật Bản B là bệnh nhiễm khuẩn thần kinh cấp tính do virus viêm não B gây ra. Bệnh truyền từ súc vật sang người qua muỗi *Culex*.

Bệnh thường diễn biến nặng có thể gây nhiều di chứng về thần kinh, tinh thần, gây tử vong cho trẻ em.

II. MẦM BỆNH

Virus viêm não B thuộc nhóm B của các virus *Arbor*, virus do các côn trùng chân đốt mang.

III. ĐƯỜNG LÂY

Bệnh lây theo đường máu do muỗi truyền (muỗi *Culex*, *Aedes*) muỗi này hoạt động mạnh ở vùng đồng bằng và trung du. Muỗi sinh sản ở các ruộng lúa nước, chum vại, ao hồ, vũng nước quanh nhà. Muỗi hút máu người vào buổi tối và truyền bệnh viêm não.

IV. DỊCH TỄ HỌC

1. Nguồn bệnh

- Chủ yếu là súc vật.
- Nguồn bệnh phụ: Người.
- Các loại chim mang virus (cò, vạc, liếu điếu, chim sẻ).

- Các loài gia cầm mang virus (gà, vịt, ngỗng).
- Muỗi truyền virus sang các loài chim và truyền sang gia súc (trâu, bò, lợn), muỗi lại truyền virus sang người. Từ đó gây bệnh cho người.

2. Đặc điểm dịch

Ở Việt Nam bệnh thường phát triển từ tháng 4 đến tháng 8, khoảng 3 - 4 năm lại xuất hiện dịch.

- Bệnh thường gặp ở trẻ em, gặp nhiều ở trẻ từ 2 - 7 tuổi, ít gặp ở trẻ dưới 6 tháng và trên 12 tuổi.
- Ở người lớn có rất ít người mắc.
- Bệnh thường gặp ở các vùng có nhiều cây ăn quả.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình 1 tuần, không có biểu hiện lâm sàng.

1.2. Thời kỳ khởi phát: từ 1 - 4 ngày.

- Bệnh thường khởi phát đột ngột với các biểu hiện: Sốt cao 39° - 40°C , có thể rét run, nhức đầu, đau mình mẩy, nôn mửa, da mất sung huyết.
- Ngoài ra: Người bệnh có sổ mũi, ho hoặc rối loạn tiêu hóa.
- Các biểu hiện thần kinh chưa rõ, trẻ thường quấy khóc vật vã hoặc ly bì, ngủ nhiều, mê sảng, co giật.

1.3. Thời kỳ toàn phát

Từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 6 - 7.

- Nhiễm trùng nhiễm độc: Sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, vã mồ hôi.
- Hội chứng màng não: Cổ cứng (+), Kerniq (+).
- Lơ mơ, ly bì, mê sảng, co giật.
- Hội chứng ngoại tháp: Liệt 1/2 người, liệt chi.
- Rối loạn thần kinh thực vật: Mặt lúc đỏ lúc tái, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, mạch nhanh, nhịp thở nhanh, huyết áp hạ.

1.4. Tiến triển

Thường từ ngày thứ 10 của bệnh người bệnh giảm sốt dần, đỡ co giật, liệt có thể rõ ràng hơn. Giai đoạn này dễ có bội nhiễm (loét, viêm phế quản, viêm thận...).

Trường hợp nặng: Có thể dẫn đến tử vong.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng nhẹ.
- Chọc dịch não tủy: Nước não tủy có màu trong, protein tăng nhẹ, đường bình thường, tế bào tăng cao chủ yếu là Lympho.
- Phân lập virus và làm phản ứng huyết thanh đặc hiệu.

VI. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Chẩn đoán: dựa vào:

- Biểu hiện lâm sàng.
- Xét nghiệm: Chọc dịch tủy sống.
- Dịch tễ: Tuổi, mùa, vùng có dịch lưu hành.

2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng và điều trị theo biến chứng (cho hạ nhiệt, an thần, chống phù não, bổ sung nước và điện giải).
- Dinh dưỡng và chăm sóc tốt.

VII. PHÒNG BỆNH

- Diệt muỗi, bọ gậy bằng các biện pháp (xem trong bài sốt xuất huyết).
- Nằm màn chống muỗi đốt.
- Phòng biến chứng và di chứng bằng cách chăm sóc tốt và PHCN tại cộng đồng.
- Tiêm phòng vắc xin viêm não: Mũi 1 cách mũi 2 từ 7 - 10 ngày, mũi 3 sau 1 năm (0,5 ml - tiêm bắp).

VIII. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

(Xem trong bài Viêm màng não mủ).

Tự lượng giá

- Trả lời ngắn gọn các câu từ 1 đến 3 bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Xác định viêm não Nhật Bản B dựa vào:

- A.
- B.
- C.

2. Ba biện pháp phòng bệnh viêm não Nhật Bản B là:

- A.
- B.
- C.

3. Khi bệnh nhân viêm não Nhật Bản B vào viện, điều dưỡng viên cần nhận định các tình trạng:

- A.
- B. Tuần hoàn.
- C.
- D.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 4 đến 10 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
4.	Biểu hiện thần kinh trong bệnh viêm não Nhật Bản B thường thấy là hội chứng màng não.		
5.	Thời gian ủ bệnh của viêm não Nhật Bản B trung bình là 7 ngày.		
6.	Dịch não tủy trong viêm não Nhật Bản B thường có màu đục		
7.	Viêm não Nhật Bản B do vi khuẩn		
8.	Sốt cao là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân viêm não Nhật Bản B.		
9.	Xét nghiệm dịch não tủy ở bệnh nhân viêm não Nhật Bản B thường thấy vi khuẩn.		
10.	Penicilline là thuốc đặc trị viêm não Nhật Bản B.		

• Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 11 đến 12 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

11. Bệnh viêm não Nhật Bản B gặp nhiều nhất ở lứa tuổi:

- A. 0 - 6 tháng.
- B. 6 tháng - 1 tuổi.
- C. 2 tuổi - 7 tuổi.
- D. 8 tuổi - 15 tuổi.
- E. Người lớn.

12. Nguồn truyền nhiễm viêm não Nhật Bản B nhiều nhất là:

- A. Bệnh nhân viêm não Nhật Bản B.
- B. Bệnh nhân viêm não do vi khuẩn.
- D. Người lành mang virus.
- E. Cò, vạc, liều điếu.
- F. Lợn, trâu, bò.

Bài 12

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh viêm màng não mủ.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ.

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm màng não mủ là một hiện tượng viêm của màng não với sự gia tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy, do các vi khuẩn sinh mủ xâm nhập vào màng não tủy, ảnh hưởng đến màng nhện, màng nuôi và tổ chức não.

Bệnh cần được chẩn đoán và xử trí sớm để hạn chế tử vong, biến chứng và di chứng.

II. MÃM BỆNH

- Ở trẻ sơ sinh thường là nhóm vi khuẩn liên cầu (*Streptococcus*) và *Escherichia coli* (từ âm đạo người mẹ).
- Ở trẻ 3 tháng đến 5 tuổi: *Haemophilus influenzae* nhóm B, phế cầu.
- Ở trẻ 5 đến 15 tuổi hoặc người lớn: Não mô cầu (*Neisseria meningitidis*) và phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*), tụ cầu (*Staphylococcus*) là thường gặp nhất.

III. DỊCH TỄ

Viêm màng não mủ do não mô cầu (*Neisseria meningitidis*) hay phát sinh thành dịch ở các nơi sinh hoạt tập thể (nhà trẻ, trường học...), truyền theo đường hô hấp trên (viêm họng). Những người bệnh chấn thương sọ não, viêm nội tâm mạc, viêm tắc tĩnh mạch... thường bị nhiễm tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*).

Trẻ sơ sinh thường nhiễm vi khuẩn trong âm đạo mẹ (*E.coli*) khi vỡ ối sớm.

Viêm màng não mủ do phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*) thường theo sau một nhiễm khuẩn tại mũi họng.

IV. BỆNH SINH

Đầu tiên, vi khuẩn từ ổ viêm xâm nhập vào máu, lên màng não, lan toả và gây viêm màng nhện, màng nuôi, từ đó gây tổn thương cho não ở lân cận.

V. LÂM SÀNG

1. Ở trẻ lớn và người lớn

Hai hội chứng nổi bật:

1.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

Sốt cao đôi khi rét run, viêm đường hô hấp trên, tai mũi họng.

1.2. Hội chứng màng não

- Nhức đầu, nôn (ói) dễ dàng, nhất là khi thay đổi tư thế, táo bón.

- Cứng gáy, dấu Kerniq (+), Dấu Brudziski (+).

- Sợ ánh sáng.

- Thay đổi tính tình: Lừ đừ, li bì, vật vã hoặc kích động thái quá.

- Rối loạn thần kinh giao cảm, tăng tiết mồ hôi, vã mồ hôi.

Ngoài ra, còn có thể có một số biểu hiện khác như:

- Các tử ban, đốm xuất huyết (thường do não mô cầu).

- Co giật.

- Mê sảng.

- Có dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người, liệt mặt, lác...

2. Ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi

Trẻ càng nhỏ, các triệu chứng và dấu hiệu càng không điển hình nên khó chẩn đoán.

2.1 Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt.

- Nôn, tiêu chảy mất nước.

2.2. Hội chứng màng não

- Thóp phồng.

- Bứt rứt, bỏ ăn, bỏ bú, nôn.

- Giảm trương lực cơ, thay đổi tri giác, lơ mơ.
- Cổ cứng (đôi khi cổ mềm).
- Vạch màng não (+).

VI. XÉT NGHIỆM

1. Dịch não tủy

- Thường đục.
- Áp lực tăng nhẹ.
- Tế bào 100 - 1.000/mm³, hơn 80% là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Đường giảm, dưới 40mg%.
- Đạm tăng, khoảng 100mg%.
- Cây dịch não tủy cho phép phân lập vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

2. Các xét nghiệm hỗ trợ khác

- Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Cây máu có thể dương tính trong một số trường hợp.
- Cây tìm vi khuẩn từ núm tai, cổ họng, mụn da...
- X-quang có thể cho phép phát hiện ổ nhiễm nguyên phát ở ngực, xoang xương chũm...

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc dùng kháng sinh

- Dùng sớm, ngay khi có chẩn đoán.
- Dựa vào kháng sinh đồ, chọn kháng sinh đi qua màng não.
- Dùng đường tĩnh mạch, đủ liều, đủ thời gian.

2. Điều trị nguyên nhân

- Bằng kháng sinh, theo y lệnh.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chống phù não: *Corticoide*.
- Chống co giật: *Diazepam*, *Phenobarbital*.
- Nuôi bằng nước, điện giải trong những ngày đầu.
- Ngăn ngừa biến chứng và điều trị biến chứng thần kinh.

VIII. DỰ PHÒNG

- Điều trị tích cực các ổ nhiễm nguyên phát (nhiễm trùng huyết, tai, mũi, họng...).
- Tiêm phòng vacxin

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

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 có suy hô hấp cần thông khí, cho thở O_2 .

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

1.3. Tình trạng kích thích màng não và hội chứng màng não

- Nhức đầu.
- Nôn mửa.
- Táo bón.
- Cổ cứng.
- Kerniq.
- Bruzinski.
- Thóp phồng (trẻ sơ sinh).

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi rối loạn tri giác.
- Co giật.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.

- Dinh dưỡng: Có thể cho người bệnh ăn theo đường miệng không?

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi:
 - + Các dấu hiệu sinh tồn, phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
 - Chăm sóc.
 - + Các 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 sang một bên.
- Đặt Canuyn Mayo.
- Bóp bóng Ambu nếu có ngừng thở.
- Cho thở oxy.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, thuốc để trợ giúp bác sĩ đặt nội khí quản.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu chi.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ.
- Chuẩn bị ngay dịch truyền đẳng trương, thuốc nâng huyết áp, dụng cụ truyền dịch để thực hiện theo y lệnh.
- Có thể chuẩn bị bộ Catheter tĩnh mạch trung ương, và trợ giúp bác sĩ tiến hành kỹ thuật.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/1lần, 1 giờ/1lần: Tùy tình trạng người bệnh và chỉ định của bác sĩ.

3.3. Trợ giúp chọc dò dịch não tủy

3.4. Thực hiện các y lệnh

- Dùng thuốc theo y lệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và tri giác.

- Lau mắt nếu nhiệt độ cao.
- Giữ người bệnh an toàn (tránh ngã, va đập...).

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Vệ sinh răng, miệng, mũi.
- Vệ sinh mắt: Nhỏ thuốc tra mắt.
- Vệ sinh da: Tránh loét, và mẩn ngứa.
- Nuôi dưỡng: Nếu người bệnh hôn mê phải cho ăn bằng Sonde, tránh chất nôn sặc vào phổi. Nếu không đặt sonde được, phải nuôi bằng đường tĩnh mạch.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người bệnh và người nhà về thực hiện vệ sinh cá nhân, vệ sinh buồng bệnh, vệ sinh ăn uống... và hướng dẫn các nội quy khoa, phòng, tập vận động, thể dục liệu pháp...

4. Đánh giá

- Được đánh là chăm sóc tốt nếu:
 - + Tình trạng hô hấp bình thường.
 - + Mạch, nhiệt độ ổn định và dần trở về bình thường.
 - + Người bệnh tỉnh dần.
- Các dấu hiệu sinh tồn được theo dõi đầy đủ và ghi chép đầy đủ vào phiếu điều dưỡng.
- Các y lệnh của bác sĩ được thực hiện đầy đủ và chính xác.

Tự lượng giá

- Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 9 bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Hai hội chứng có ở bệnh viêm màng não mủ là:

- A.....
B.....

2. Kể 3 dấu hiệu chức năng của hội chứng màng não (tam chứng màng não):

- A.....
B.....
C.....

3. Ba dấu hiệu thực thể quan trọng của hội chứng màng não là:

- A.....

B.....

C.....

4. Ba dấu hiệu thực thể thường gặp trong hội chứng màng não ở trẻ em sơ sinh, như
nhi là:

A.....

B.....

C.....

5. Nêu 4 tình trạng cần nhận định ở người bệnh viêm màng não mủ:

A. Tình trạng hô hấp.

C.....

B.....

D.....

6. Các việc phải làm trong kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ:

A.....

D. Thực hiện y lệnh.

B.....

E. Chăm sóc hệ thống cơ quan.

C.....

F. Giáo dục sức khỏe.

7. Người bệnh viêm màng não mủ được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

A. Tình trạng hô hấp bình thường.

B.....

C.....

D.....

8. Trong viêm màng não mủ, số lượng bạch cầu (A) đặc biệt là bạch
cầu đa nhân (B)

A.....

B.....

9. Hai loại kháng sinh được dùng điều trị viêm màng não mủ do não mô cầu là (A)
..... và (B)

A.....

B.....

• Phân biệt đúng sai các câu từ 10 đến 17 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A
cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
10	Viêm màng não mủ do não mô cầu ít khi phát sinh thành dịch.		
11	Áp lực dịch não tủy trong viêm màng não mủ thường tăng.		
12	Chẩn đoán xác định viêm màng não mủ là tìm thấy vi khuẩn trong dịch não tủy.		

13	Viêm màng não mủ sau chấn thương sọ não thường do <i>Haemophilus influenzae</i> gây ra.		
14	Dấu hiệu thóp phồng ở trẻ em chỉ có trong hội chứng màng não.		
15	Trong viêm màng não mủ, ngoài hội chứng màng não, còn có thể có các dấu hiệu thần kinh khu trú.		
16	Dịch não tủy trong viêm màng não mủ thường có màu trong.		
17	Có thể dùng <i>Corticoid</i> để chống phù não cho người bệnh viêm màng não mủ.		

• Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 18 đến 19 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

18. Dấu hiệu đặc trưng nhất cho viêm màng não mủ do não mô cầu là:

- A. Sốt cao.
- B. Nôn vọt.
- C. Thóp phồng.
- D. Tử ban.
- E. Vạch màng não (+).

19. Trước khi đến màng não gây bệnh, các loại vi khuẩn từ ngoại cảnh hoặc từ ổ viêm nhiễm sẽ đi qua:

- A. Mủ.
- B. Máu.
- C. Nước tiểu.
- D. Đờm.
- E. Não.

Bài 13

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI

Mục tiêu học tập

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh lao phổi2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh lao phổi. |
|---|

I. TÌNH HÌNH BỆNH LAO VÀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG

1. Tình hình bệnh lao trên thế giới

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay 1/3 dân số thế giới đã bị nhiễm lao, hàng năm có thêm 8 triệu người bệnh mắc lao mới và khoảng 3 triệu người chết do lao, 3/4 số này là ở các nước đang phát triển. Bệnh lao đang gia tăng trở lại, kể cả ở các nước phát triển. Tại Mỹ, từ năm 1991 - 1994 số người mắc bệnh lao tăng 18%, đặc biệt tại New York số người mắc bệnh lao tăng gấp đôi.

2. Tình hình bệnh lao ở Việt Nam

Việt Nam thuộc nhóm các nước đang phát triển, kinh tế xã hội và vệ sinh môi trường kém là những điều kiện thuận lợi cho bệnh lao phát triển.

Theo ước tính của chương trình chống lao quốc gia trong một năm, cả nước có khoảng 130.000 người mắc bệnh lao mới các thể, trong đó 60.000 người mắc bệnh lao phổi ho khạc ra vi khuẩn - đây là nguồn lây bệnh chính cho cộng đồng, và không dưới 20.000 người chết vì lao.

Lao kháng thuốc đang là một thách thức lớn đặt ra cho những người làm công tác chống lao trên toàn thế giới. Theo một nghiên cứu năm 1997, tỷ lệ lao kháng chung các loại thuốc chống lao trên cả nước là 32,5%.

Chương trình chống lao quốc gia của Việt Nam được tổ chức thành hệ thống từ trung ương tới tận trạm y tế xã/phường, có cán bộ chuyên trách phòng chống lao.

3. Mục tiêu chương trình phòng chống lao quốc gia

- Điều trị khỏi ít nhất 85% số người bệnh phát hiện được.

- Phát hiện được 70% số người bệnh lao phổi dương tính mới xuất hiện hàng năm.

4. Đường lối của chương trình phòng chống lao quốc gia

- Tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 1 tuổi (do chương trình tiêm chủng mở rộng đảm nhiệm).

- Phát hiện người bệnh lao theo phương thức thụ động, soi đờm trực tiếp cho người ho khạc kéo dài trên 3 tuần. Ưu tiên phát hiện người ho khạc ra vi khuẩn trong đờm.

- Sử dụng công thức điều trị thống nhất trên toàn quốc, điều trị ngoại trú là chủ yếu, kiểm soát điều trị chặt chẽ để đảm bảo kết quả khỏi bệnh cao.

- Lồng ghép các hoạt động của chương trình chống lao quốc gia vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu.

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO

1. Định nghĩa

Lao phổi là bệnh truyền nhiễm rất phổ biến do *Mycobacterium tuberculosis* gây ra. Bệnh có thể cấp tính hay mãn tính, khu trú ở phổi hay lan rộng ra các cơ quan khác như da, màng não, thận, xương, ruột...

2. Mầm bệnh

Mycobacterium tuberculosis là trực khuẩn dài, mảnh, có khi hơi cong. Chúng kháng lại sự xâm nhập của các phẩm nhuộm vì có nhiều lipid. Để quan sát được vi khuẩn, người ta thường nhuộm Ziehl-Neelsen, trong đó phẩm carbon fuchsin ngấm vào vi khuẩn nhờ hơi nóng tiêu bản, khi đã bắt màu vi khuẩn rất khó bị tẩy bằng hỗn hợp acid - cồn, do đó được gọi là vi khuẩn kháng acid - cồn.

Mycobacterium tuberculosis dễ bị tiêu diệt trong môi trường khô ráo, các hóa chất sát khuẩn (Phenol 5%, hypochlorites...). Vi khuẩn có thể tồn tại trong đờm hàng tháng. Các vi khuẩn trong những hạt đờm nhỏ lơ lửng trong không khí có khả năng lây nhiễm cho người khác trong 8 - 10 ngày.

Người ta thường cấy bệnh phẩm trên môi trường trứng như Loweinstein - Jensen. *Mycobacterium tuberculosis* mọc rất chậm (6 - 8 tuần), vì thời gian nhân đôi là 15 - 22 giờ (các vi khuẩn khác chỉ cần 20 - 30 phút).

3. Dịch tễ

3.1. Nguồn bệnh

Người đang bị lao phổi tiến triển, nếu điều trị đúng và đầy đủ sau 2 tháng thì không còn khả năng lây.

3.2. Đường truyền nhiễm

- Chủ yếu là đường hô hấp: Do hít phải những hạt đờm nhỏ có *Mycobacterium tuberculosis* lơ lửng trong không khí, do tiếp xúc, gần gũi với người bệnh.

- Ít gặp: Da, đường tiêu hóa (ăn uống, sữa...).

- Điều kiện thuận lợi cho bệnh lao phát triển là ở những người thiếu hụt miễn dịch, suy nhược, lao động cực nhọc, dinh dưỡng thiếu và vệ sinh môi trường sống kém. Bệnh phổ biến ở các nước nghèo.

4. Bệnh sinh

Tổn thương tùy thuộc độc lực vi khuẩn và phản ứng của cơ thể, có 2 loại:

4.1. Tổn thương tiết dịch

Đó là phản ứng viêm, xảy ra chủ yếu ở nơi nhiễm đầu tiên: Màng phổi, màng não, hạch, nhu mô phổi.

4.2. Tổn thương viêm hạt

Phân trung tâm là những tế bào khổng lồ chứa vi khuẩn lao, chung quanh là những tế bào giống thượng bì. Một cục nhỏ (*Tubercle*) là một vùng viêm hạt bao bọc bởi mô sợi, vùng trung tâm đã hoại tử bã đậu. Các cục nhỏ sẽ lành, được thay thế bởi mô sợi và sự hoá vôi.

Vi khuẩn phát tán theo 2 cách:

- Cục nhỏ vỡ vào một phế quản, chất bã đậu lan ra các nơi khác trong phổi, hoặc được nuốt xuống ruột, hoặc được khạc ra ngoài gây nhiễm cho người khác.

- Từ phổi, vi khuẩn xâm nhập vào máu và được đưa đi khắp cơ thể.

5. Triệu chứng lâm sàng lao phổi

Không có triệu chứng lâm sàng đặc thù, cần lưu ý các dấu hiệu: Sốt, ho dai dẳng hơn 15 ngày và suy sụp toàn trạng.

5.1. Lao sơ nhiễm

Triệu chứng không rõ, khó nhận biết gồm:

- Tình trạng gần như cảm cúm kéo dài 2 - 3 tuần.

- Sốt nhẹ, mệt nhọc, sút cân.
 - Chấn ăn, ho khan, có khi đau tức ngực.
- X. quang: Đám mờ thâm nhiễm, hạch trung thất to.

5.2. Lao tiến triển

Các triệu chứng tiến triển dần:

5.2.1. Triệu chứng toàn thể

- Gần như một tình trạng cảm cúm kéo dài.
- Sốt nhẹ vào chiều tối, kèm vã mồ hôi.
- Mệt mỏi, sút cân, biếng ăn làm toàn trạng suy sụp nhanh.

5.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Ho: Ho khan hay có đờm buổi sáng, cơn ho tăng dần.
- Đờm: Màu trắng đục, sau có màu xanh vàng, đôi khi có máu.
- Ho ra máu: Thường ra ít, thành tia lẫn trong đờm. Đôi khi ra máu nhiều.
- Đau: Nếu tổn thương ở màng phổi, đau khi hít mạnh vào.
- Khó thở do xơ hoá (lâu ngày), tràn khí.

5.2.3. Các triệu chứng khác

Khám: Có thể gặp các hội chứng tràn dịch, tràn khí, đông đặc, hay co kéo biến dạng lồng ngực.

6. Chẩn đoán

Dựa và các yếu tố sau:

6.1. Lâm sàng

- Ho kéo dài quá 15 ngày.
- Toàn trạng suy sụp.

6.2. Dịch tễ

- Tiếp xúc với người bệnh.

6.3. X-quang

- Tổn thương thâm nhiễm hình nốt, đám rải rác ở phổi thường thấy ở vùng đỉnh.

6.4. Phản ứng nội bì với Tuberculine: Rõ rệt.

6.5. Xét nghiệm

- Máu: Tốc độ lắng máu cao.
- Phản ứng nội bì Tuberculine (+).

- BK (+) khi xem trực tiếp đờm, hoặc sau khi cấy (vừa để chẩn đoán vừa làm kháng sinh đồ).

7. Điều trị

7.1. Mục đích điều trị

- Diệt *Mycobacterium tuberculosis* hoàn toàn, càng nhanh càng tốt, tránh lây.
- Tránh hiện tượng đề kháng thuốc.

7.2. Nguyên tắc

- Phối hợp các thuốc chống lao: Ít nhất phải dùng 4 loại thuốc trong giai đoạn tấn công và 2 loại thuốc trong giai đoạn duy trì.
- Thuốc phải dùng đúng liều.
- Phải dùng thuốc đều đặn.
- Dùng thuốc đủ thời gian để tránh tái phát.
- Điều trị theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì.
- + Giai đoạn tấn công: Kéo dài 2 - 3 tháng, mục đích giảm nhanh số vi trùng lao có trong các tổn thương để ngăn chặn đột biến kháng thuốc.
- + Giai đoạn duy trì: Kéo 4 - 6 tháng, mục đích tiêu diệt hết các vi trùng lao trong tổn thương để tránh tái phát.
- Điều trị có kiểm soát nhằm 2 mục đích:
 - + Theo dõi việc dùng thuốc của người bệnh.
 - + Xử trí kịp thời các biến chứng của bệnh và tác dụng phụ của thuốc.

7.3. Các loại thuốc

- *Streptomycin* (ký hiệu: S).
- *Isoniazid* (ký hiệu: H).
- *Pyrazinamid* (ký hiệu: Z).
- *Ethambutol* (ký hiệu: E).
- *Rifampicin* (ký hiệu: R).

Các thuốc được phối hợp và sử dụng theo nhiều phác đồ khác nhau.

7.4. Các giai đoạn điều trị

7.4.1. Giai đoạn tấn công: 2 - 3 tháng đầu.

- Dùng ít nhất 4 loại thuốc chính: S, H, R, Z.
- Người bệnh nên nằm viện để mau hồi phục, tránh lây lan.

7.4.2. Giai đoạn củng cố: 4 - 6 tháng.

Dùng ít nhất 2 loại, ví dụ INH + *Ethambutol* hoặc INH + *Rifampicin*.

7.4.3. Phác đồ điều trị và chỉ định

- Điều trị người bệnh lao mới: Chỉ được dùng thuốc điều trị lao khi có chẩn đoán xác định.

+ Công thức 2SHRZ/ 6HE: Trong 2 tháng đầu dùng 4 loại thuốc hàng ngày, 6 tháng tiếp theo dùng 2 loại thuốc hàng ngày.

+ Chỉ định: Tất cả các trường hợp người bệnh lao mới.

- Điều trị lại:

+ Công thức: 2SHRZE/1HRZE/ 5H₃R₃E₃: Sử dụng 5 loại thuốc liên tục trong 2 tháng đầu, tháng thứ 3 dùng 4 loại hàng ngày, 5 tháng tiếp theo dùng 3 lần 1 tuần.

+ Chỉ định: Công thức này dùng trong các trường hợp thất bại, hoặc tái phát của công thức điều trị người bệnh lao mới.

- Điều trị lao trẻ em:

Công thức: 2HRZ/4HR.

Chỉ định: Tất cả các trường hợp lao trẻ em. Đối với những thể lao nặng như lao màng não, lao kê, lao xương khớp có thể bổ sung Streptomycin trong 2 tháng tấn công.

8. Dự phòng

- Giáo dục sức khỏe.

- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm và đúng.

- Tiêm BCG theo lịch.

- Quản lý tốt người bệnh để tránh lây lan.

9. Chăm sóc

9.1. Nhận định

9.1.1. Tình trạng hô hấp

- Giai đoạn đầu của bệnh:

+ Mệt mỏi.

+ Cảm thấy yếu.

+ Sút cân nhanh.

+ Sốt về chiều.

+ Ra mồ hôi trộm.

- Nhiễm lao phổi nặng:

+ Ho kéo dài: Lúc đầu ho khan sau có đờm.

- + Khắc ra máu.
- + Khó thở.
- + Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí, và cho thở oxy.

9.1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

9.1.3. Tình trạng chung

- Đang điều trị mà nhiệt độ vẫn tăng theo dõi nhiệt độ ngày 2 lần (sáng, chiều).
- Cân: Người bệnh lên cân là điều trị có đáp ứng.
- Theo dõi khắc ra máu, ho ra máu.
- Xem bệnh án để biết:
 - + Chẩn đoán.
 - + Chỉ định thuốc.
 - + Xét nghiệm.
 - + Các yêu cầu theo dõi khác.
 - + Chế độ ăn.
- Để thực hiện kịp thời chính xác các xét nghiệm cơ bản.
- Để bồi dưỡng người bệnh đúng mức.

9.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi diễn tiến bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên. Để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Hút đờm dãi, cho thở oxy: Nếu có suy hô hấp.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng khắc ra máu, ho ra máu.

9.3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.

- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1giờ/lần, 3giờ/lần. Tùy số lượng máu mất nhiều hay ít và tùy tình trạng người bệnh.

9.3.3. Theo dõi diễn biến bệnh

- Nếu điều trị có đáp ứng tốt, người bệnh bớt và hết sốt, người bệnh lên cân, tình trạng khạc ra máu, ho ra máu thưa dần và hết hẳn.

- Theo dõi các biến chứng xẹp phổi, lao thứ phát.

9.3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Thuốc:

+ Uống. }
+ Tiêm, truyền. } Cùng thời gian vào buổi sáng, lúc đói.

- Xét nghiệm:

+ Máu.

+ Đờm.

+ Nước tiểu.

- X-quang.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

- Người bệnh nặng có biến chứng:

+ Giải thích để người bệnh an tâm điều trị.

- Lưu ý lấy đờm đúng kỹ thuật.

9.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Nghỉ ngơi: Giai đoạn bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tối đa.

- Cần tạo điều kiện cho giấc ngủ: Đêm ngủ 7 - 8 giờ, trưa ngủ 1 - 2 giờ.

- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác: Tránh lây lan.

- Thay quần áo, tắm giặt hàng ngày.

- Ho khạc vào ống nhổ cá nhân có dung dịch sát trùng.

- Chăm sóc người bệnh không tự làm vệ sinh được.

- Bệnh ổn định có thể vận động nhẹ nhàng: Tập thể dục, đọc sách...

- Nuôi dưỡng:

+ Người bệnh thường ăn ít, ăn không ngon nên phải nấu ăn hợp khẩu vị và động viên người bệnh ăn nhiều. Nên cho chế độ ăn uống riêng.

9.3.6. Giáo dục sức khỏe

- Khi người bệnh mới vào viện, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và thân nhân của người bệnh.

- Giáo dục người bệnh biết cách xử lý đờm (ngâm trong dung dịch diệt khuẩn, các biện pháp tránh lây lan, cho người nhà sử dụng vật dụng riêng).
- Sau khi xuất viện cần theo dõi và khám tại địa phương theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị (thuốc, chế độ nghỉ ngơi, lao động...).

9.4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Theo dõi các xét nghiệm cần thiết và chụp X quang liên tục để đánh giá quá trình điều trị.
- Tổng trạng chung khá dần, lên cân, nước da hồng hào, hết sốt, hết ho, hết khạc ra máu.
- Tuy nhiên sau 3 tháng điều trị tại bệnh viện, nếu người bệnh phản ứng tốt với thuốc phải tiếp tục điều trị tại địa phương cho đủ liều thuốc theo công thức đã điều trị tại bệnh viện, từ 9 - 12 tháng.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 9, bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào chỗ trống

- Bốn triệu chứng chính của lao sơ nhiễm là:
 - Tình trạng giống cảm cúm kéo dài từ 2 đến 3 tuần.
 - Sốt nhẹ, mệt nhọc, sút cân.
 -
 -
- Ba triệu chứng toàn thân của lao phổi tiến triển là:
 - Tình trạng giống cảm cúm kéo dài.
 -
 -
- Chẩn đoán lao phổi trên lâm sàng dựa vào 2 yếu tố:
 -
 -
- Ba xét nghiệm cơ bản giúp cho chẩn đoán bệnh lao:
 - Phản ứng nội bì Tuberculin (+).
 -
 -

5. Sáu nguyên tắc điều trị bệnh lao:

- A.
- B.
- C. Phải dùng thuốc đều đặn.
- D. Dùng thuốc đủ thời gian để tránh tái phát.
- E.
- F. Điều trị có kiểm soát.

6. Năm loại thuốc thường dùng để điều trị bệnh lao:

- A. Streptomycin.
- B. Isoniazid (INH).
- C. Pyrazinamid.
- D.
- E.

7. Bốn vấn đề cần thiết để dự phòng bệnh lao:

- A. Giáo dục sức khỏe.
- B. Phát hiện sớm và điều trị sớm - đúng.
- C.
- D.

8. Nhận định tình trạng người bệnh lao dựa vào:

- A. Tình trạng tuần hoàn.
- B.
- C.

9. Chăm sóc người bệnh lao phải thực hiện 6 bước:

- A. Đảm bảo thông khí.
- B. Theo dõi tuần hoàn.
- C. Thực hiện y lệnh.
- D.
- E.
- F. Giáo dục sức khỏe.

• **Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 10 đến 25 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai**

		A	B
10.	Từ phổi, trước khi đến các cơ quan khác gây bệnh, trực khuẩn lao sẽ qua máu.		
11.	Các loại kháng sinh trong điều trị lao có tác dụng kìm khuẩn.		
12.	Khi người bệnh lao phổi ho ra máu nhiều, phải theo dõi mạch, huyết áp 30 phút một lần.		
13.	Người đang bị lao phổi tiến triển, nếu điều trị đúng và đủ sau thời gian 2 tháng sẽ không còn khả năng lây.		

14.	Lao sơ nhiễm được chẩn đoán xác định dựa vào X-quang có đám mờ thâm nhiễm và hạch trung thất to.		
15.	Khi theo dõi người bệnh lao nếu thấy có biến chứng xẹp phổi người điều dưỡng phải báo cáo bác sĩ kịp thời.		
16.	Trong quá trình điều trị lao, người bệnh còn sốt nhẹ là tiên lượng tốt.		
17.	Người bệnh lao cần được điều trị tấn công từ 4 - 6 tháng đầu.		
18.	Người bệnh lao lây qua đường hô hấp, tiêu hóa, da.		
19.	Mục đích của điều trị lao là tiêu diệt mầm bệnh và tránh hiện tượng kháng khuẩn.		
20.	Đa hoá trị liệu dùng trong giai đoạn củng cố là một trong số những nguyên tắc điều trị lao.		
21.	Nên theo dõi cân nặng của người bệnh lao tháng 1 lần.		
22.	Người bị bệnh lao dễ lây sang người khác vì vậy phải ăn, uống riêng.		
23.	Khi bị bệnh lao, người bệnh nên ăn uống bồi dưỡng nâng cao thể trạng.		
24.	Chỉ dùng thuốc điều trị lao khi có kết quả xét nghiệm BK (+).		
25.	Các thuốc đông y cũng có tác dụng tốt để điều trị lao. Không cần dùng các kháng sinh chống lao.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 26 đến 30, bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

26. Vi khuẩn gây lao phổi là:

- A. *Vibrio cholerae*.
- B. *Yersina Pestis*.
- C. *E. Coli*.
- D. *Mycobacterium Tuberculosis*.
- E. *Clostridium Tetani*.

27. Để xác định lao phổi dựa vào:

- A. Ho kéo dài > 15 ngày.
- B. X- quang.
- C. Tuberculin (+).
- D. Tốc độ máu lắng tăng cao.
- E. BK (+).

28. Dấu hiệu X-quang sau đây gặp ở lao sơ nhiễm:
- A. Tràn dịch màng phổi.
 - B. Hốc lao.
 - C. Hạch trung thất to.
 - D. Tràn khí màng phổi.
 - E. Xơ hóa phổi.
29. Không tìm thấy BK sau khi người bệnh được điều trị đúng - đủ:
- A. 2 tuần.
 - B. 4 tuần.
 - C. 6 tuần.
 - D. 8 tuần.
 - E. 10 tuần.
30. Người bệnh lao cần được điều trị củng cố:
- A. 3 tháng.
 - B. 5 tháng.
 - C. 6 tháng.
 - D. 12 tháng.
 - E. 24 tháng.

Bài 14

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRUS

Mục tiêu học tập

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 người bệnh viêm gan virus.

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm do nhiều virus gây ra với hai biểu hiện chính là: hoại tử và viêm nhiễm ở gan. Hiện nay ngoài 2 loại virus cổ điển A (gây viêm gan dịch tễ), B (gây viêm gan huyết thanh) còn có các virus C, D và E, G gây viêm gan cấp. Sáu loại virus này có cấu tạo vi thể khác nhau nhưng lại gây bệnh cảnh lâm sàng tương tự nhau.

II. MÂM BỆNH

Virus A (HAV) là một RNA virus không có vỏ bọc. Virus viêm gan A bị bất hoạt ở 100°C trong 10 phút các chất sát khuẩn.

Virus B (HBV) là một virus có vỏ bọc, có một phần DNA đôi.

Virus C (HCV) là virus RNA, có vỏ bọc.

Siêu vi viêm gan B, bị bất hoạt ở 100°C trong 10 phút. Cấu tạo hoàn chỉnh là các hạt *dane*, hình cầu gồm có 3 loại kháng nguyên:

- Kháng nguyên bề mặt: HB_sAg (còn gọi là kháng nguyên Australia).
 - Kháng thể chống lại HB_sAg là Anti HB_s.
 - Kháng nguyên lõi: HB_cAg. Kháng thể chống lại HB_cAg là Anti HB_c có 2 lớp IgM và IgG.
 - Kháng nguyên E: HBeAg. Kháng thể chống lại HBeAg là Anti HBe.
- HB_sAg có trong máu, có sớm và trong suốt thời gian bị bệnh, biến mất trong giai đoạn hồi phục, HB_sAg tồn tại suốt đời.

HB_cAg kích thích cơ thể người bệnh sinh kháng thể kháng nó: HB_cAb kháng thể này có mặt rất sớm, tồn lưu suốt đời.

HBeAg xuất hiện cùng lúc với HBcAg. Trong viêm gan kéo dài, còn thấy HBeAg chứng tỏ bệnh còn đang phát triển dai dẳng. Khi bệnh ngừng phát triển HBeAg biến mất, chỉ còn kháng thể HBe.

III. DỊCH TỄ

1. Viêm gan A

Đường lây quan trọng là đường tiêu hóa, virus 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:

- Máu: Truyền máu, dùng bơm tiêm không vô khuẩn, các thủ thuật y khoa không đảm bảo vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm...).
- Sinh dục.
- Rau thai.

Bệnh phát triển ở các nhóm có nguy cơ và các nơi có điều kiện kém, tập quán sống thiếu vệ sinh.

3. Viêm gan C

- Gặp ở người được truyền máu, tiêm chích ma túy.
- Thường chuyển thành viêm gan mãn tính gây hậu quả xơ gan, ung thư gan.

4. Viêm gan D

- Siêu vi D cần virus B để phát triển nên luôn tìm thấy nó trong huyết thanh người bệnh HBsAg.
- Viêm gan D gặp ở những người chích xì ke, ma túy, truyền máu nhiều lần...

5. Viêm gan E

- Bệnh lây theo đường tiêu hóa giống như viêm gan A. Bệnh có tính lưu hành và gây dịch.

IV. BỆNH SINH

- Đây là vấn đề người ta 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 có IgG và kháng thể này bảo vệ người bệnh suốt đời.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Ủ bệnh

- Thay đổi tuỷ 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 B 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 trùng

- Sốt 38 - 38^o5, khoảng 2 - 3 ngày.

- Mệt mỏi cả thể xác lẫn tinh thần.

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: Mất khi vàng da xuất hiện.

2.3. Hội chứng tiêu hóa

- Chán ăn: Là dấu hiệu quan trọng.

- Nôn mửa, đắng miệng, bụng chướng.

- Đau hạ sườn phải, nước tiểu ít, nước tiểu sậm màu.

2.4. Ít gặp: Ngứa, ban đỏ, hạch.

3. Toàn phát

- Thời kỳ vàng da 2 -3 tuần.

- Các triệu chứng cơ năng giảm đi.

- Vàng da xuất hiện nhanh trong một hai ngày, da và niêm mạc bị nhuộm vàng.

- Ngứa không kéo dài lâu.

- Gan to: Đau tức tăng lên khi gõ, ấn vào có thể gặp lách to.
- Phân có thể bạc màu.
- Nước tiểu sẫm màu, ít.
- Thời gian kéo dài 3 - 4 tuần.

4. Hồi phục: (Sau vàng da ≥ 10 ngày).

- Triệu chứng tiêu hóa giảm nhanh.
- Triệu chứng vàng da giảm chậm hơn.

Sau 6 tháng mới hoàn toàn bình phục.

Diễn biến:

- Đa số tốt sau 1 tháng, không di chứng.
- Một số trường hợp diễn biến xấu:
 - + Suy gan, rối loạn đông máu - xuất huyết.
 - + Hôn mê gan: Suy gan cấp (tỷ lệ tử vong cao).
 - + Vàng da kéo dài > 2 tháng.
 - + Viêm gan mạn tính.

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

- *Bilirubine* huyết thanh tăng lên 2 - $> 2,5\text{mg}\%$.
- Hoạt độ men gan SGOT/SGPT tăng cao ≥ 3 lần so với người bình thường.
- *Phosphatase* kiềm tăng ít.
- Thời gian *Prothombine* thường không thay đổi, giảm trong các thể nặng.
- *Stercobilinogene* trong phân âm tính trong giai đoạn toàn phát, dương tính trong giai đoạn hồi phục.

3.2. Đặc hiệu

- Tìm các Marker (dấu ấn) của virus viêm gan trong máu.

VII. ĐIỀU TRỊ

- Chưa có thuốc đặc trị, tất cả 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 người bệnh nằm phòng riêng, chú ý khi tiếp xúc với các chất dịch sinh học của họ.
- Tiêm vacxin phòng bệnh.
- Vệ sinh dinh dưỡng.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Giáo dục sức khỏe.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ VIÊM GAN VIRUS

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng chân tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.
- Nếu người bệnh có suy hô hấp cần tìm mọi biện pháp dẫn lưu hô hấp thông khí, cho thở oxy.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.

Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/ 1 lần, 3 giờ/1 lần: Tuỳ theo tình hình người bệnh.

Viêm gan tối cấp gây suy tuần hoàn trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa.

1.3. Tình trạng vàng da

- Thời kỳ trước vàng da:
 - + Triệu chứng nhiễm trùng.
 - + Triệu chứng tiêu hóa.
 - + Triệu chứng khác.

- Thời kỳ vàng da:
- + Các triệu chứng giảm dần, nhưng vàng da tăng lên.
- + Gan to.
- + Trẻ em gan to hơn và có thể có lách to.

1.4. Tình trạng chung

- Nhiệt độ (sốt nhẹ).
- Nước tiểu sẫm màu, lượng nước tiểu/24 giờ.
- Ý thức vận động: Tiễn hôn mê gan.
- Dấu hiệu xuất huyết da, niêm mạc.
- Xét nghiệm.
- Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho người bệnh ăn bằng đường miệng không?

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các dấu hiệu vàng da.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc các 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. Để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
- Cho thở O_2 .
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh.
- Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch, thuốc nâng huyết áp (nếu cần để thực hiện y lệnh của bác sĩ).
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/1lần, 1 giờ/1lần, 3 giờ/1lần.

3.3. Theo dõi biến chứng

- Viêm gan tối cấp.
- Viêm gan mãn.
- Các biến chứng khác.

- Viêm cơ tim.

- Viêm tụy.

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác, đầy đủ

- Thuốc: Lợi gan, mật.

- Các xét nghiệm máu.

+ Transaminasa.

+ Bilirubine.

+ Tỷ lệ prothrombin cho đến khi khỏi bệnh có HB_sAg (+) 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 người bệnh chán ăn, có nôn mửa nhiều: Vệ sinh răng miệng.

- Chăm sóc vệ sinh da: Tắm nước ấm, giữ không loét da.

- Cho nằm phòng riêng, có phòng vệ sinh riêng. Dụng cụ tiêm chích nên dùng một lần.

- Tẩy uế các chất bài tiết: Nước tiểu, phân, đờm...

- Nuôi dưỡng:

+ Ăn nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ.

+ Cần ăn nhiều trái cây tươi để cung cấp vitamin và đủ năng lượng như chuối (vì gan bị tổn thương).

+ Kiêng rượu 6 tháng.

+ Viêm gan tối cấp có phù sử dụng thuốc lợi tiểu phải chú ý bổ sung Kali.

Người bệnh nặng không ăn uống được nuôi bằng dịch truyền ưu trương. đặc biệt những người bệnh bị nôn nhiều mất nước hoặc người bệnh hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.

- Thức ăn uống còn thừa phải đổ đi.

- Các đồ dùng cá nhân phải được tiệt trùng trước khi dùng lại.

- Thuốc có chuyển hoá ở gan không được sử dụng như: Thuốc ngừa thai, *Erythromycin*, *Tetracyclin*, an thần.

- Dặn thân nhân theo dõi người bệnh có dấu hiệu nặng: Phù nhanh, rối loạn nhịp độ giấc ngủ hoặc ngủ gà, lơ mơ, hôn mê, hơi thở người bệnh có mùi *Axeton*, phải báo bác sĩ ngay.

- Sau khi xuất viện làm việc nhẹ cho đến khi xét nghiệm máu trở thành bình thường.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Ăn ngủ được, đỡ mệt mỏi.
- Vàng da giảm dần.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 13, bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Ba hội chứng chính trong thời kỳ khởi phát của viêm gan do virus là:

- A.
- B.
- C.

2. Kể 2 loại viêm gan do virus phổ biến hiện nay ở Việt Nam:

- A.
- B.

3. Ba loại kháng nguyên cơ bản của virus viêm gan B:

- A.
- B.
- C.

4. Đường lây truyền của viêm gan virus B gồm:

- A.
- B.
- C.

5. Hội chứng tiêu hóa của viêm gan do virus cấp thời kỳ khởi phát là:

- A.
- B.
- C.

6. Hội chứng vàng da trong thời kỳ toàn phát của viêm gan do virus cấp bao gồm:

- A. Da, niêm mạc vàng sẫm.
- B. Ngứa.
- C.
- D.
- E.

7. Hai xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán viêm gan do virus cấp:

- A.
B.

8. Hướng điều trị của viêm gan virus là:

- A.
B.
C.

9. Các biện pháp dự phòng của viêm gan do virus cấp gồm:

- A. Cách ly người bệnh. B.
C. D.

10. Trong viêm gan do virus các dấu hiệu cho biết bệnh tiến triển tốt là:

- A.
B.
C.

11. Kể 3 biến chứng ngoài gan của viêm gan do virus:

- A.
B.
C.

12. Thời kỳ ủ bệnh của virus viêm gan B là

13. Đường lây truyền quan trọng của viêm gan là đường tiêu hóa.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 14 đến 26 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
14.	Diễn biến của viêm gan do virus B thường dẫn đến viêm gan mãn tính.		
15.	Kháng nguyên bề mặt HBsAg có trong máu sớm và tồn tại suốt thời gian bị bệnh ở người bệnh viêm gan B.		
16.	Khi người bệnh viêm gan có dấu hiệu tiến hôn mê hoặc hôn mê gan thật sự, cần phải cho ăn thêm đạm hàng ngày để tăng cường sức khỏe chống được tình trạng hôn mê.		
17.	Đường lây truyền quan trọng của viêm gan C (không A, không B) là do quan hệ tình dục với người mắc bệnh.		
18.	Bệnh viêm gan do virus B hiện nay cũng được xếp vào trong nhóm các bệnh lây qua đường tình dục.		
19.	Chẩn đoán xác định là viêm gan A chủ yếu dựa vào phân lập được virus viêm gan trong máu.		

20.	Trong viêm gan do virus cấp nếu sau 2 tháng các xét nghiệm sinh hoá không trở về bình thường thì có thể kết luận là viêm gan mãn tính.		
21.	Trong những người cho máu, đối tượng có nguy cơ cao truyền virus viêm gan B là mại dâm, người chích xì ke.		
22.	Hiện nay bệnh viêm gan do virus chưa có thuốc đặc trị		
23.	Trong viêm gan do virus B. Sự tồn tại của HBeAg chứng tỏ bệnh đang tiến triển dai dẳng.		
24.	Viêm gan do virus B thường xảy ra thành dịch.		
25.	Gan to là triệu chứng thường có ở người bệnh viêm gan do virus.		
26.	Người bệnh viêm gan có thể uống rượu, bia và ăn uống không kiêng khem.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 27 đến 30, bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời được chọn

27. Trong viêm gan do virus cấp. Đau khớp thường gặp trong:
- Thời kỳ ủ bệnh.
 - Thời kỳ khởi phát.
 - Thời kỳ toàn phát.
 - Thời kỳ lui bệnh.
 - Thời kỳ lại sức.
28. Thời kỳ ủ bệnh của viêm gan A kéo dài:
- 15 đến 60 ngày.
 - 30 đến 180 ngày.
 - 15 đến 150 ngày.
 - 15 đến 40 ngày.
 - 3 tháng.
29. Diễn biến xấu nhất của viêm gan do virus là:
- Vàng da kéo dài.
 - Gan to, đau.
 - Ngứa, ngủ ít.
 - Ăn uống kém.
 - Rối loạn đông máu.
30. Để đánh giá tình trạng hoại tử tế bào gan trong viêm gan virus người ta thường dựa vào:
- Mức độ vàng da.
 - Bilirubin trong máu.
 - Kích thước của gan.
 - Men Transaminaza.
 - Màu sắc của nước tiểu.

Bài 15.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT DENGUE VÀ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và dự phòng bệnh sốt *Dengue* và sốt xuất huyết *Dengue*.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt *Dengue* và sốt xuất huyết *Dengue*.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt *Dengue* và sốt xuất huyết *Dengue* (SD/SXH - D) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus *Dengue* gây ra, trung gian truyền bệnh là muỗi *Aedes Aegypti*, bệnh có biểu hiện lâm sàng là sốt cấp diễn và xuất huyết với nhiều dạng khác nhau; những thể nặng có sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.

II. MẦM BỆNH

Theo phân loại dịch tễ học, virus *Dengue* thuộc nhóm *Arbovirus* (nhóm virus gây bệnh cho người và động vật lan truyền do côn trùng tiết túc). Dựa vào sự khác biệt kháng nguyên người ta chia ra 4 tuyp virus *Dengue* gây bệnh cho người D1, D2, D3 và D4. Miễn dịch đặc hiệu theo tuyp, nhưng không bền, chỉ tồn tại trong 3 - 6 tháng.

Virus *Dengue* có sức đề kháng kém, nhạy cảm với các dung môi hoà tan lipid như: ether, natri desoxycholat, formalin... dưới tác dụng của tia cực tím virus bị phá hủy dễ dàng, virus bị phá hủy ở nhiệt độ 60°C sau 60 phút và ở 4°C sau vài giờ; nhưng virus *Dengue* lại tồn tại khá lâu trong trạng thái đông lạnh.

III. DỊCH TỄ HỌC

Lịch sử đã ghi nhận nhiều vụ sốt *Dengue* ở nhiều vùng trên thế giới, nhưng hiện nay bệnh sốt xuất huyết đã khu trú ở dân cư vùng Đông Nam Á. Ngày

nay, bệnh nặng hơn với các biểu hiện xuất huyết và choáng kèm theo các vụ dịch sốt *Dengue* cổ điển, gây tử vong cao

Việt Nam nằm trong khu vực lưu hành nặng, vụ dịch sốt xuất huyết được chú ý đầu tiên vào năm 1959 tại Hà Nội. Từ đó đến nay bệnh xuất hiện hàng năm ở nhiều địa phương, cả ở thành thị và nông thôn. Bệnh có đặc điểm xuất hiện theo mùa (mùa mưa, từ tháng 5 đến tháng 11 hàng năm) và bùng nổ thành dịch lớn lan rộng theo chu kỳ 3 - 5 năm một lần. Tỷ lệ mắc trung bình hàng năm là 125/100.000 dân và tỉ lệ tử vong khá cao 85/1.000 ca mắc.

1. Nguồn truyền nhiễm

Người bệnh là nguồn truyền nhiễm duy nhất ở các khu vực dân cư đông đúc. Người bệnh thể nhẹ và người mang virus *Dengue* không có triệu chứng là những nguồn truyền nhiễm rất nguy hiểm. Virus có ở trong máu người bệnh 1 - 2 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên và còn kéo dài 4 - 5 ngày sau đó. Mọi người đều có thể bị mắc bệnh, nam và nữ có khả năng bị bệnh như nhau, đa số người bệnh là trẻ em.

2. Trung gian truyền bệnh

Muỗi vằn *Aedes Aegypti* là trung gian truyền bệnh chủ yếu. Loại muỗi này sống ở quanh và trong nhà, thường đậu ở những nơi ít ánh sáng và có hơi ẩm (quần áo sẫm màu treo trên mắc áo...).

Muỗi cái tìm và đẻ trứng vào tất cả những nơi có nước trong như dụng cụ chứa nước, vỏ đồ hộp, chai lọ... Mùa mưa muỗi *Aedes Aegypti* phát triển rất mạnh, đây cũng chính là mùa của bệnh. Nước đọng lại sau mỗi cơn mưa cùng độ ẩm và nhiệt độ cao là những điều kiện tốt nhất trong năm cho mỗi *Aedes Aegypti* cái đẻ trứng và sau 10 - 15 ngày trứng phát triển thành muỗi trưởng thành. Chúng có thể bay xa 100 - 150 m xung quanh nơi đẻ trứng để đốt người.

Aedes Aegypti thích đốt người, có khả năng đánh hơi người rất thính, bay không có tiếng kêu. Chúng đốt người vào ban ngày, cao điểm là sáng sớm và chiều tối. Gặp độ ẩm và nhiệt độ phù hợp, sau 3 - 7 ngày nhiễm virus *Dengue* từ máu người bệnh, muỗi *Aedes Aegypti* đã có khả năng truyền lại bệnh cho người khác qua vết đốt hút máu.

IV. BỆNH SINH

Virus *Dengue* xâm nhập vào cơ thể người từ vết đốt hút máu của muỗi. Từ đây virus phát triển và tấn công vào các tế bào phủ tạng, cơ, da, thần kinh trung ương... gây ra các tổn thương không đặc hiệu.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ngày nay người ta phân biệt 2 thể bệnh được mô tả riêng rẽ: Thể bệnh nhẹ gọi là sốt *Dengue* và thể bệnh nặng gọi là sốt xuất huyết *Dengue*.

Hai thể bệnh này chỉ phân biệt nhau về lâm sàng và điều trị, còn nguyên nhân gây bệnh, nguồn truyền nhiễm, phương thức lan truyền, phương thức phòng... không có gì khác nhau.

1. Sốt Dengue

- Sốt.
- Đau cơ - khớp toàn thân, hạch sưng đau toàn bộ thân.
- Ban dát sẩn lấm tấm toàn thân.
- Ít có xuất huyết, Lacet ($\pm$).
- Các dấu hiệu âm tính: Không có xuất huyết nội tạng, không có hôn mê và vàng da, hematocrit và tiểu cầu bình thường.

2. Sốt xuất huyết điển hình

2.1. Nung bệnh

Trung bình 4 - 10 ngày.

2.2. Khởi phát

- Thường đột ngột bằng sốt cao. Thời kỳ khởi phát thường ngắn, chuyển nhanh sang thời kỳ toàn phát.

2.3. Thời kỳ toàn phát

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc:
- + Sốt: Thường sốt cao đột ngột.
- + Gai rét, nhức đầu nhiều, mỏi toàn thân, ăn ngủ kém, vã mồ hôi, buồn nôn và nôn, mệt nhiều...
- + Bạch cầu bình thường hoặc giảm nhẹ.
- Hội chứng xuất huyết:
- Thường gặp vào ngày thứ 4 - 7 của bệnh, có thể gặp nhiều dạng xuất huyết, nếu không có xuất huyết tự nhiên thì Lacet cũng (+).
- Các dạng xuất huyết thường gặp là:
- + Xuất huyết dưới da: Dạng chấm, đốm, nốt xuất huyết hoặc mảng xuất huyết. Xuất huyết có thể thấy rải rác ở toàn thân nhưng thường hay mọc dày tập trung ở cẳng chân, cẳng tay kiểu bít tất. Ít gặp xuất huyết kiểu bọ hay u.
- + Xuất huyết niêm mạc: Hay gặp nhất là chảy máu cam, chảy máu lợi và xuất huyết kết mạc ít gặp hơn.

+ Xuất huyết phủ tạng: Phổ biến nhất là xuất huyết tiêu hóa (nôn và ỉa ra máu); ít gặp hơn là xuất huyết hô hấp (ho ra máu) và xuất huyết não. Phụ nữ thường gặp xuất huyết tử cung (kinh nguyệt bất thường, kéo dài).

- Các triệu chứng khác:

+ Tim mạch: Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp giảm.

+ Tiêu hóa: Đau bụng, rối loạn tiêu hóa.

+ Hạch sưng, đau nhẹ toàn thân.

+ Ban dát sẩn hiếm hơn Dengue cổ điển.

+ Nhức đầu, đau mình mẩy.

+ Biểu hiện mất nước, máu cô đặc (hematocrit tăng), rối loạn điện giải...

+ Rối loạn đông máu: Tiểu cầu giảm, tỷ lệ Prothrombin giảm, Fibrinogen giảm...

2.3. Dengue xuất huyết thể sốc

Thường gặp vào ngày thứ 4 - 6 của bệnh. Biểu hiện: Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp tụt hoặc kẹt, da lạnh, nhợt nhạt, mệt lả... Điều dưỡng viên cần đặc biệt chú ý theo dõi phát hiện sớm các dấu hiệu tiền sốc để xử lý kịp thời.

Các dấu hiệu tiền sốc là:

- Li bì hoặc vật vã.

- Đau bụng dữ dội.

- Gan to nhanh chóng.

- Xuất huyết phủ tạng.

- Da tái.

- Đái ít.

3. Phân loại mức độ bệnh

Theo quy định của Tổ chức Y tế Thế giới, Dengue xuất huyết chia thành 4 mức độ:

- Độ I: Sốt + không có xuất huyết tự nhiên, chỉ có dấu hiệu dây thắt (+), có thể có tiểu cầu giảm, hematocrit tăng.

- Độ II: Sốt + xuất huyết tự nhiên, tiểu cầu giảm, hematocrit tăng.

- Độ III: Như độ I + mạch nhỏ, huyết áp tụt.

- Độ IV: Như độ II + huyết áp không đo được.

Độ III và độ IV là Dengue xuất huyết có sốc.

VI. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

1. Dịch tễ

- Mùa dịch: Thường là mùa hè.
- Tuổi: Hay gặp ở trẻ em.

2. Lâm sàng

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1997), có các triệu chứng sau gợi ý đến *Dengue* xuất huyết:

- Sốt cấp diễn 2 - 7 ngày.
- Xuất huyết, tối thiểu là Lacet (+).
- Gan to.
- Tiểu cầu giảm.
- Hematocrit tăng $\geq 20\%$ so với giá trị bình thường.

3. Xét nghiệm đặc hiệu

- Phân lập được virus *Dengue*: Đòi hỏi phải có phòng thí nghiệm hiện đại.
- Huyết thanh chẩn đoán dương tính (MAC - ELISA).

VII. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay chưa có vaccin đặc hiệu.

1. Sốt xuất huyết độ I - II

- Hạ sốt bằng Paracetamol 30 - 50 mg/kg/ngày. Khi nhiệt độ $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$.
- Bồi phụ nước và điện giải bằng ORS hoặc các nước thay thế (cháo muối, nước hoa quả, nước chè loãng...).
- Theo dõi sát mạch, huyết áp, xuất huyết và xét nghiệm hematocrit 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần.

2. Sốt xuất huyết độ III và IV

- Điều trị chống sốc, 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 huyết.
 - Trợ tim mạch, thuốc vận mạch (*Dopamin*).
 - Thở oxy, chống xuất huyết tiêu hóa.
- Chú ý lượng dịch truyền để đủ mà không quá tải.

VIII. DỰ PHÒNG

1. Phòng bệnh

- Phát hiện bệnh sớm: Biểu hiện đa dạng nên không thể phát hiện bệnh bằng các triệu chứng lâm sàng, nhất là đối với các ca bệnh đầu tiên của vụ dịch. Cần phải lưu ý đến sốt *Dengue* khi có các điều kiện thuận lợi bắt đầu một mùa dịch. Nên gửi đi xét nghiệm các ca bệnh nghi ngờ.

- Khống chế muỗi *Aedes aegypti* bằng khơi thông nước đọng, thu dọn đồ phế thải, thau rửa dụng cụ chứa nước ít nhất 2 tuần một lần, phun hóa chất...

- Giám sát định kỳ muỗi và bọ gậy.

- Tuyên truyền giáo dục cộng đồng về cách phòng bệnh, chủ yếu là loại bỏ các ổ chứa nước mưa đọng lại.

2. Chống dịch

- Phát hiện sớm ca bệnh đầu tiên để cách ly triệt để.

- Bảo vệ người: Không để muỗi đốt.

- Diệt muỗi trưởng thành: Bằng hóa chất, đặc biệt chú ý diệt muỗi ở nơi có các ca bệnh.

- Triệt phá các nơi trú ngụ, sinh sản, các ổ bọ gậy *Aedes aegypti*.

IX. CHĂM SÓC

1. Nhận định

Cần tập trung nhận định làm rõ:

- Người bệnh có bị sốt *Dengue* không?

- Người bệnh có xuất huyết không? Vị trí và mức độ xuất huyết?

- Có các dấu hiệu tiền sốc hay không?

- Người bệnh có biểu hiện của sốc không?

- Các tổn thương khác cần chăm sóc?

Để nhận định được 5 vấn đề trên, điều dưỡng viên cần thực hiện các thao tác chuyên môn sau:

1.1. Hỏi bệnh

Ngoài 4 phần chính của hỏi bệnh là: Thông tin hành chính, lý do vào viện, bệnh sử và tiền sử, chúng ta cần khai thác thêm các yếu tố truyền nhiễm đặc thù để tìm ra ca bệnh đầu tiên và các yếu tố thuận lợi cho bệnh lan truyền.

1.2. Khám bệnh và quan sát người bệnh

Thực hiện nguyên tắc khám toàn thân, khám bộ phận và kiểm tra chất thải tiết. Tìm hiểu và đánh giá các biểu hiện của bệnh:

- Tình trạng chung:
- + Có sốt không? Sốt ngày thứ mấy?
- + Tri giác: Tỉnh táo hay li bì, vật vã...
- Tình trạng tuần hoàn:
- + Mạch - huyết áp có bình thường không? Số đo là bao nhiêu?
- + Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt hoặc kẹt dễ dẫn đến tình trạng sốc
- Tình trạng hô hấp:
- + Có khó thở không? Nhịp thở bao nhiêu lần/1phút?
- Tình trạng xuất huyết:
- + Có xuất huyết không?
- + Dạng xuất huyết? Vị trí xuất huyết? Mức độ xuất huyết?

1.3. Xem bệnh án

Đối với điều dưỡng công tác tại cơ sở điều trị cần xem thêm bệnh án để biết.

- Chẩn đoán.
- Chỉ định thuốc và dịch truyền.
- Xét nghiệm.
- Các yêu cầu theo dõi và chăm sóc khác.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

2.1. Lập kế hoạch chăm sóc tại cộng đồng

- + Lập kế hoạch chăm sóc cá nhân tại cộng đồng:
- Chăm sóc người bệnh nhẹ tại cộng đồng: Phần lớn người bệnh có các biểu hiện nhẹ giống thể sốt *Dengue* cổ điển, những người này được để lại chăm sóc, điều trị và theo dõi tại cộng đồng.
- Phát hiện các trường hợp nặng và chuyển lên các cơ sở điều trị: Hướng dẫn người bệnh và thân nhân tự chăm sóc, theo dõi và phát hiện sớm các biểu hiện của sốt *Dengue* xuất huyết, các dấu hiệu tiên sốc hoặc sốc (chú ý khoảng thời gian từ 3 - 7 ngày sau khi phát bệnh).
- + Lập kế hoạch điều dưỡng tập thể tại cộng đồng:
- Kế hoạch tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng: Trang bị kiến thức về bệnh, nâng cao ý thức phòng bệnh.

- Tổ chức các hoạt động phòng bệnh rộng rãi trong cộng đồng: Triệt phá nơi cư trú và sinh sản của muỗi *Aedes aegypti*, diệt muỗi trưởng thành, tránh để muỗi đốt.

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tại cơ sở điều trị

Căn cứ vào y lệnh của bác sĩ và các nhận định ở trên để lập kế hoạch chăm sóc người bệnh với các nội dung:

- Dùng thuốc và dịch truyền theo y lệnh.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan và chế độ nuôi dưỡng.
- Theo dõi tiến triển các triệu chứng đã có, phát hiện các triệu chứng mới ở người bệnh. Trong đó quan trọng nhất là các triệu chứng của xuất huyết và dấu hiệu tiên sóc hoặc sốc.
- Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh

3.1. Bảo đảm thông khí

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.

- Truyền dịch và dùng thuốc theo y lệnh của bác sĩ. Nếu người bệnh tỉnh cho uống ORS.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/1 lần, 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần. Chú ý dấu hiệu tiên sóc vào ngày thứ 3, 4 và thứ 5.

3.3. Theo dõi xuất huyết

- Theo dõi phát hiện xuất huyết nội tạng, báo cáo bác sĩ để có xử lý kịp thời.
- Theo dõi chất bài tiết: Lượng nước tiểu 24 giờ, chất nôn, lượng máu mất.

3.4. Làm các xét nghiệm

- Lấy máu để theo dõi hồng cầu, tiểu cầu, máu chảy, máu đông.
- Theo dõi tình trạng cô đặc máu.
- Làm huyết thanh chẩn đoán.
- Hematocrite.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Cho người bệnh nghỉ ngơi trong phòng thoáng, đảm bảo an toàn.
- Sốt cao: Lau mát, uống *paracetamol*. Không được dùng *Aspirine* để hạ sốt.
- Hạn chế thủ thuật gây chảy máu.
- 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... Cho ăn nhiều bữa, mỗi lần một ít để nâng cao thể trạng. Người bệnh nặng: Nuôi bằng dịch truyền và cho ăn qua ống thông dạ dày.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh. Bằng thái độ dịu dàng để người bệnh an tâm điều trị.
- Hướng dẫn phòng bệnh ngay trong mùa mưa. Ngủ màn (đặc biệt là ngủ trưa), diệt muỗi, diệt lăng quăng.
- Xuất hiện: Tiếp tục theo dõi người, có dấu hiệu bất thường phải cho nhập viện ngay.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu: Nhiệt độ giảm, bớt nhức đầu, ăn uống được, tiểu nhiều, không có xuất huyết tiêu hóa.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 7, bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Các hội chứng lâm sàng chính của sốt xuất huyết là:
 - A. Hội chứng nhiễm khuẩn.
 - B.
2. Trong sốt xuất huyết, 5 dấu hiệu quan trọng trong khi sốc xuất hiện là:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Da tím lạnh.
 - E. Lơ mơ.
3. Năm triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán sốt xuất huyết là:
 - A.
 - B. Xuất huyết, acet (+).
 - C.
 - D. Gan to.
 - E.

4. Bốn xét nghiệm có giá trị chẩn đoán sốt xuất huyết:

- A.
 B. Tiểu cầu giảm.
 C. Hematocrite tăng.
 D.

5. Ba việc chủ yếu trong điều trị sốt xuất huyết độ I - II là:

- A.
 B.
 C.

6. Sáu dấu hiệu báo hiệu tiến sốc trong bệnh sốt xuất huyết:

- A. Li bì hoặc vật vã. B.
 C. D. Gan to nhanh chóng.
 E. F. Đái ít.

7. Đánh giá tình trạng xuất huyết của bệnh nhân sốt xuất huyết, điều dưỡng viên phải theo dõi:

- A.
 B.

• Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 8 đến 16 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
8.	Ở Việt Nam, sốt xuất huyết thường phát thành dịch lớn vào mùa mưa.		
9.	Virus Dengue có trong máu người bệnh suốt thời gian bị bệnh.		
10.	Trong sốt xuất huyết Dengue, người bệnh bị nhiễm lần sau thường nhẹ, ít nguy hiểm vì cơ thể đã có kháng thể bảo vệ.		
11.	Khi người bệnh sốt xuất huyết Dengue sốt cao phải bằng mọi cách để tích cực hạ nhiệt.		
12.	Phương tiện duy nhất để làm dấu hiệu dây thắt (Lacet) là dây garo.		
13.	Biện pháp điều trị cơ bản trong sốt xuất huyết Dengue độ I và II là cho người bệnh uống nhiều nước và theo dõi sát tình trạng người bệnh.		
14.	Để hạ nhiệt độ cho người bệnh sốt xuất huyết Dengue khi sốt cao, thuốc được ưu tiên dùng là Aspirin.		
15.	Trong sốt xuất huyết Dengue, nhiệt độ hạ từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5.		
16.	Muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue thường đốt người vào ban đêm.		

- Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 17 đến 19, bằng cách

khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:

17. Người bệnh sốt, đau người, mạch, huyết áp bình thường.acet (+) đó là:

- A. Sốt xuất huyết độ I.
- B. Sốt xuất huyết độ II.
- C. Sốt xuất huyết độ III.
- D. Sốt xuất huyết độ IV.

18. Triệu chứng sốt trong sốt xuất huyết Dengue có đặc điểm:

- A. Sốt từ từ, dao động trong ngày.
- B. Sốt cao đột ngột, liên tục ít đáp ứng với thuốc hạ nhiệt.
- C. Sốt cao kèm theo rét run, dễ hạ nhiệt bằng thuốc.
- D. Sốt nhiều vào ban đêm.
- E. Sốt thành cơn rõ ràng.

19. Có thể đoán sốt xuất huyết Dengue khi:

- A. Sốt kèm dấu hiệu xuất huyết dưới da.
- B. Sốt kèm mạch nhanh, huyết áp hạ.
- C. Sốt, đau vùng gan, tiểu cầu $< 100.000/mm^3$ máu ; *Hematocrit* 42%.
- D. Sốt, tiểu cầu $80.000/mm^3$ máu.
- E. Sốt - nôn ra máu.

Bài 16

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẠI LIỆT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và biện pháp phòng bệnh bại liệt.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bại liệt.

I. ĐỊNH NGHĨA

Bại liệt là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus bại liệt gây ra, bệnh lây theo đường tiêu hóa và hô hấp. Đặc điểm lâm sàng của bệnh là liệt mềm ngoại vi, không có rối loạn cảm giác kèm theo.

II. MÃM BỆNH

- *Poliovirus* là một loại virus nhỏ 8 - 27nm, hình cầu.

- Có 3 tuyp kháng nguyên khác nhau:

+ Tuyp I: *Brunhild*.

+ Tuyp II: *Lansing*.

+ Tuyp III: *Leon*.

Ba tuyp này không gây miễn dịch chéo. Gây bệnh cho người chủ yếu là tuyp I.

- Virus có sức chịu đựng cao ở ngoại cảnh (trong nước ở nhiệt độ thường sống được 2 tuần), nhưng dễ bị tiêu diệt bởi các thuốc sát trùng thông thường như: *Cloramin B*, H_2O_2 , thuốc tím, tia cực tím... Ở nhiệt độ $60^{\circ}C$ virus bị diệt sau 30 phút.

III. DỊCH TỄ

1. Nguồn bệnh

- Duy nhất là người gồm: Người bệnh, người khỏi bệnh mang virus, người lành mang virus.

- Virus chỉ có khả năng ra ngoài theo đường hô hấp trong vòng 1 tuần, nhưng thải qua phân tới 2 - 3 tháng, virus thải ra mạnh nhất vào tháng đầu tiên kể từ khi bị bệnh.

2. Đường truyền nhiễm

- Bệnh có khả năng lây truyền theo đường tiêu hóa và đường hô hấp, nhưng chủ yếu lây theo đường tiêu hóa (phân - miệng) qua nước, thực phẩm, tay và dụng cụ nhiễm bẩn... ruồi là vật trung gian truyền bệnh nguy hiểm.

3. Khả năng cảm thụ

- Bệnh hay gặp ở trẻ em 2 - 8 tuổi, lứa tuổi 2 - 4 chiếm tới 60 - 80%. Trẻ sơ sinh và người lớn ít gặp hơn.

- Sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững.

- Các yếu tố thuận lợi để dịch xảy ra là.

+ Nguồn nước bị ô nhiễm.

+ Trẻ em dưới 5 tuổi.

+ Trẻ chưa được dùng vacxin phòng đầy đủ.

4. Tính chất dịch

- Chủ yếu mắc bệnh tản phát, dịch có thể xảy ra trong tập thể nhỏ: Nhà trẻ, lớp mẫu giáo. Bệnh hay xảy ra vào mùa xuân - hè. Trong một vụ dịch đa số chỉ có biểu hiện nhẹ với các triệu chứng ở đường hô hấp và tiêu hóa, chỉ khoảng 1% là có biểu hiện liệt.

- Việt Nam được công nhận là nước đã thanh toán bệnh bại liệt từ tháng 3 năm 2000.

IV. BỆNH SINH

- Giai đoạn I: Virus xâm nhập vào cơ thể và tăng sinh ở đường tiêu hóa.

- Giai đoạn II: Virus vào máu lần thứ nhất đi tới các phủ tạng: Tim, gan, tụy, thượng thận, hô hấp... và tiếp tục tăng sinh gây ra biểu hiện của thời kỳ khởi phát.

- Giai đoạn III: Virus lại vào máu lần 2 để vào hệ thần kinh trung ương.

Tổn thương hay gặp và khó hồi phục nhất là ở tế bào thần kinh vận động ở sừng trước tủy sống, gây nên tình trạng liệt mềm đặc trưng ở người bệnh.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thể điển hình: chiếm khoảng 5%.

1.1. Thời kỳ ủ bệnh: rất dài từ 5 đến 35 ngày.

Không có triệu chứng gì.

1.2. Thời kỳ khởi phát

Khoảng 3 - 7 ngày, có các biểu hiện phong phú.

- Hội chứng nhiễm khuẩn:

+ Sốt: Đột ngột, sốt nhẹ (một số ít có sốt 39 - 40°C) trong 3 - 4 ngày, giảm khi xuất hiện liệt.

- Hội chứng thần kinh:

+ Đau cơ và cứng các cơ: Đây là những dấu hiệu sớm, cơ nào đau sẽ tiến triển thành liệt.

+ Rối loạn thần kinh thực vật: Vã mồ hôi, mặt lúc tái lúc hồng, mạch chậm.

+ Trạng thái thần kinh: Li bì hoặc vật vã kêu khóc.

+ Hội chứng màng não: Nhức đầu, cứng gáy (+), Kerniq (+)...

- Triệu chứng khác:

+ Viêm long đường hô hấp trên: Ho khan, hắt hơi, chảy nước mắt, chảy nước mũi, khàn tiếng.

+ Rối loạn tiêu hóa: Buồn nôn, nôn, đi ngoài táo hoặc lỏng.

Xét nghiệm dịch não tủy gần như bình thường.

1.3. Thời kỳ toàn phát

- Giám sát.

- Xuất hiện liệt đột ngột, với các đặc điểm:

+ Liệt nhẽo ngoại vi, không đối xứng.

+ Liệt không theo một thứ tự nhất định.

+ Liệt xảy ra đột ngột và nhanh: Ngày 4 - 7 của bệnh, khi đã hết sốt.

Thời gian từ khi liệt xuất hiện đến khi hết tiến triển liệt là 48 - 72 giờ.

+ Các cơ bị liệt thường yếu, trương lực cơ giảm, các phản xạ gân xương và phản xạ da giảm hoặc mất, teo cơ nhanh, không có rối loạn cảm giác kèm theo.

Ví trí tổn thương hay gặp nhất là liệt tuỷ sống (60 - 70%), liệt hành tuỷ ít gặp nhưng tỷ lệ tử vong rất cao vì gây rối loạn các chức năng sống quan trọng với các biểu hiện:

+ Rối loạn hô hấp: Nấc nhiều, khó thở, rối loạn nhịp thở.

+ Rối loạn tuần hoàn: Mạch không đều hoặc trụy mạch, rối loạn nhịp tim, huyết áp dao động.

+ Rối loạn thần kinh thực vật: Sốt cao, vã nhiều mồ hôi, da tím tái.

- Dấu hiệu đau cơ: Tăng lên khi bắt đầu liệt, kéo dài vài ngày sau đó giảm dần.

- Xét nghiệm:

+ Bạch cầu máu ngoại vi bình thường, hoặc có thể tăng lên trong một vài ngày sau đó về bình thường.

+ Dịch não tủy: Tế bào tăng ít, hiếm khi tăng trên 1000 bạch cầu/mm³, protein tăng có thể tới 1 - 2g/lít. Tuy nhiên tế bào và protein tăng không liên quan đến mức độ của bệnh. 1/10 số bệnh nhân có dịch não tủy bình thường.

1.4. Thời kỳ phục hồi

- Phục hồi sớm: Trong 6 tuần của bệnh nhiều cơ có khả năng phục hồi hoàn toàn.

- Phục hồi muộn: Trong khoảng 6 tuần đến 3 năm, nhưng thường các cơ này phục hồi không hoàn toàn.

- Di chứng: Là những tổn thương không phục hồi sau 3 năm.

2. Các thể lâm sàng không điển hình

- Thể không liệt: Chỉ có các triệu chứng như thời kỳ khởi phát trong thể điển hình, không có dấu hiệu liệt, chiếm khoảng 10%.

- Thể không triệu chứng: Không có triệu chứng lâm sàng, chiếm 80 - 85%.

VI. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định dựa vào các yếu tố:

1. Lâm sàng

- Sốt đột ngột.

- Đau cơ.

- Tính chất liệt.

2. Xét nghiệm

- Phân lập virus từ dịch nhầy họng, máu, phân.

- Phản ứng kết hợp bổ thể và phản ứng trung hoà.

3. Dịch tễ

Tuổi dễ mắc bệnh, trong một tập thể có nhiều trẻ bị bệnh tương tự.

Nếu có nhiều trường hợp liệt với các đặc điểm như trên ở một khu vực nhất định, thì việc chẩn đoán sớm các ca bệnh dựa vào lâm sàng và dịch tễ học là chủ yếu.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn diện.

- Để phòng và điều trị tích cực biến chứng và di chứng.

2. Điều trị

2.1. Giai đoạn khởi phát

- Bất động trong vòng 2 tuần đầu.
- Điều trị triệu chứng: Giảm đau, hạ sốt, an thần, chống phù não...

2.2. Giai đoạn liệt

- Để người bệnh ở tư thế cơ năng.
- Hồi sức tích cực ở những người có suy hô hấp, suy tuần hoàn.
- Vật lý trị liệu và tâm lý liệu pháp sớm: Ngay sau khi hết sốt, không nên trì hoãn đến khi hết đau cơ.

2.3. Giai đoạn phục hồi và di chứng

- Nâng cao sức đề kháng, tiếp tục tâm lý liệu pháp và thể dục liệu pháp.
- Phẫu thuật chỉnh hình di chứng.

VIII. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh môi trường.
- Vệ sinh thực phẩm.
- Uống vacxin Sabin (vacxin giảm độc lực) theo chương trình TCMR.

Các biện pháp khi có dịch:

- Giáo dục sức khỏe: Tuyên truyền, vận động sự tham gia chống dịch của cộng đồng.
- Xử lý phân và chất thải
- Ăn chín uống chín. Vệ sinh dụng cụ ăn uống: Bát, đĩa, thìa...
- Diệt ruồi.
- Hạn chế đi lại, giao lưu hàng hoá.

IX. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Người bệnh có khó thở không?
- Người bệnh có tăng tiết đờm dãi không?

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch có đều không?

- Huyết áp có hạ hoặc kẹt không?
- Căn theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/lần hay 30 phút/1 lần: Tùy theo y lệnh.

1.3. Tình trạng liệt

- Có liệt hay không?
- Vị trí liệt?

1.4. Tình trạng chung

- Lấy nhiệt độ.
- Đo nước tiểu/24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động, chú ý dấu hiệu đau cơ.
- Xem bệnh án để biết:

+ Chẩn đoán.

+ Chỉ định thuốc.

+ Xét nghiệm.

+ Các yêu cầu theo dõi khác.

- Chế độ dinh dưỡng: Có thể cho người bệnh ăn bằng đường miệng, nếu 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 dấu hiệu liệt.
- 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.
- Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy, giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Người bệnh có nhiều đờm dãi: Hút đờm dãi, đặt nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Người bệnh có khó thở: Cho thở oxy, bóp bóng Ambu (nếu bệnh nhân không tự thở).
- Để phòng tụt lưỡi: Đặt *Canuyn Mayo*.
- Theo dõi sát nhịp thở và tình trạng tăng tiết.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần: Tùy tình trạng người bệnh và chỉ định của bác sĩ.

3.3. Theo dõi diễn tiến của bệnh

- Đánh giá mức độ liệt, vị trí liệt.

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác, kịp thời

- Thuốc.

- Các xét nghiệm.

+ Dịch nhày họng (tuần hoàn), phân (từ tuần thứ 2).

+ Dịch não tủy.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn phát hiện truy mạch.

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Cho nằm giường phẳng, cứng, chân tay để ở tư thế cơ năng.

- Đắp ấm các chi đầu 2 - 4 giờ/lần, mỗi lần 15 - 30 phút.

- Lau mát nếu có sốt cao.

- Bí tiểu: Xoa nhẹ vùng bàng quang, hoặc đắp ấm.

- Vệ sinh răng miệng, ngoài da.

- Tẩy uế chất bài tiết và đồ dùng cá nhân.

- Nuôi dưỡng: Cho ăn lỏng, dễ tiêu trong giai đoạn sốt. Người bệnh bị liệt hầu họng: Cho ăn sệt hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày. Cho ăn đủ chất để tăng sức đề kháng cho người bệnh.

- Cho người bệnh tập: 2 - 3 ngày sau khi hết sốt. Sau 3 năm còn di chứng mới làm phẫu thuật chỉnh hình.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh và người nhà của người bệnh (bằng thái độ dịu dàng làm cho người bệnh yên tâm điều trị).

- Cần cách ly người bệnh trong 2 tuần tại bệnh viện, tránh tụ tập nơi đông người để phong lây lan.

- Giải thích sự cần thiết và tác dụng của uống vắc xin *Sabin*.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- + Hồi sức cấp cứu tốt các trường hợp có suy hô hấp, suy tuần hoàn.
- + Hướng dẫn và giúp đỡ người bệnh thực hiện đúng các liệu pháp điều trị tổng hợp: Thuốc, tâm lý liệu pháp, vật lý trị liệu, thể dục...

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 9 bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

- Kể tên 3 tuyp huyết thanh của virus bại liệt:
 - Tuyp I
 - Tuyp II
 - Tuyp III
- Ba triệu chứng lâm sàng biểu hiện bại liệt đã chuyển sang giai đoạn liệt:
 -
 -
 -
- Ba yếu tố thuận lợi cho bệnh bại liệt xảy ra:
 -
 -
 -
- Hai hội chứng lâm sàng chính của thời kỳ khởi phát (thời kỳ tiền liệt):
 -
 -
- Năm đặc điểm của liệt trong bại liệt thể tuỷ sống:
 - Liệt mềm ngoại biên.
 - Không kèm rối loạn cảm giác.
 -
 -
 -
- Ba hội chứng lâm sàng để chẩn đoán bệnh bại liệt:
 - Hội chứng nhiễm khuẩn.
 -
 -
- Hai nguyên tắc điều trị bệnh bại liệt:
 -
 -

8. Ba biện pháp dự phòng của bệnh bại liệt:

- A. Vệ sinh môi trường.
- B.
- C.

9. Ba triệu chứng cơ bản khi trung tâm hô hấp bị tổn thương trong sốt bại liệt thể hành tủy:

- A.
- B.
- C.

• Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 10 đến 16 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
10.	Trước khi đến tuổi sống, virus bại liệt phải qua máu.		
11.	Vật lý trị liệu nên tiến hành sớm, ngay sau khi ngừng sốt 2 - 3 ngày.		
12.	Trong các vụ dịch bại liệt, số trường hợp nhiễm virus bại liệt không có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao so với số trường hợp có triệu chứng.		
13.	Trong sốt bại liệt thể tuỷ sống hay gặp nhất.		
14.	Sabin là một vaccin từ virus chết.		
15.	Trong sốt bại liệt thể hành tủy bệnh nhân khó thở thanh quản, nói giọng mũi do viêm phù nề vùng hầu họng.		
16.	Trong những ngày đầu của bại liệt cần phải xoa bóp các cơ hàng ngày để liệt chóng phục hồi.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 17 đến 18 bằng cách khoanh tròn vào các chữ cái đầu câu trả lời được chọn:

17. Đường lây truyền chủ yếu của sốt bại liệt là:

- A. Do muỗi đốt.
- B. Đường hô hấp do tiếp xúc trực tiếp với người bệnh.
- C. Qua da bị tổn thương.
- D. Đường tiêu hóa.
- E. Do dụng cụ tiêm truyền không vô khuẩn.

18. Biểu hiện của tổn thương trung tâm hô hấp trong sốt bại liệt thể hành tủy là:

- A. Mạch nhanh - huyết áp hạ.
- B. Khó thở thanh quản.
- C. Khó nuốt, sặc.

D. Khó thở - tăng tiết đờm dãi.

E. Nấc - khó thở - thở không đều.

• **Bạn hãy xử trí tình huống sau**

19. Cháu trai 6 tuổi, chưa uống vaccin *Sabin*. Sau 4 ngày sốt, tiêu chảy, quấy khóc nhiều, người bệnh vào viện vì liệt mềm chân phải, sốt 38°C.

- Bạn hãy chọn một việc làm đúng nhất cho người điều dưỡng:

A. Xoa bóp cơ vùng bị liệt.

B. Tiêm Vitamin B₁₂.

C. Để bệnh nhân nằm trên giường cứng, đắp ấm chi liệt và theo dõi sát tiến triển liệt.

D. Dùng thuốc làm hạ nhiệt độ.

E. Cho kháng sinh.

- Hai ngày sau liệt xuất hiện thêm ở tay phải. Kể 3 dấu hiệu cần theo dõi sát:

F.

G.

H.

Bài 17

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

Mục tiêu học tập

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.

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. MÂM 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. 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 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 dòng 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.

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 1 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.

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 mỏng.

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 về 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 vacxin 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/1 lần, 3 giờ/1 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 mọc.
- Trên một vùng da, 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

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.

- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 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 gây 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.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Các nốt thủy đậu mọc ở trên các vùng da:

A.

B.

C.

2. Liệt kê 4 biểu hiện lâm sàng của bệnh thủy đậu trong giai đoạn khởi phát:

A. Mệt mỏi.

B.

C.

D.

3. Liệt kê các biến chứng do bội nhiễm của bệnh thủy đậu:

A. Viêm tai giữa.

B. Viêm miệng.

C.

D.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 4 đến 10 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
4.	Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây bằng đường da		
5.	Mầm bệnh gây bệnh thủy đậu là: virus thủy đậu.		
6.	Người bệnh và những người xung quanh đều có khả năng truyền bệnh.		
7.	Sau khi bong vảy các nốt thủy đậu để lại sẹo ở trên da.		
8.	Vệ sinh da hàng ngày tránh được bội nhiễm.		
9.	Các nốt thủy đậu là những nốt nhỏ phỏng nước.		
10.	Bệnh thủy đậu có thể gây thành dịch lớn rất nguy hiểm.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 11 đến 13 bằng cách khoanh tròn vào các chữ cái đầu câu trả lời được chọn

11. Đặc điểm căn bản của các nốt thủy đậu là:

- A. Ban đặc hiệu kèm hội chứng nhiễm khuẩn.
- B. Các nốt thủy đậu nhỏ có mụn nước không kèm hội chứng nhiễm khuẩn.
- C. Các nốt thủy đậu mụn mủ kèm hội chứng nhiễm khuẩn.
- D. Các nốt phỏng nước to không kèm hội chứng nhiễm khuẩn.

12. Lứa tuổi hay mắc bệnh thủy đậu nhất là:

- A. 1 - 2 tuổi.
- B. 2 - 7 tuổi.
- C. 3 - 9 tuổi.
- D. 5 - 15 tuổi.

13. Thời gian cần cách ly trẻ bệnh thủy đậu dưới 7 tuổi:

- A. Khoảng 1 tuần.
- B. Khoảng 1 - 2 tuần.
- C. Khoảng 2 - 3 tuần.
- D. Khoảng 3 - 4 tuần.

Bài 18

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh cúm.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh cúm.

I. ĐỊNH NGHĨA

Cúm là bệnh truyền nhiễm cấp tính ở đường hô hấp do virus *Infuenzae*, dễ phát thành dịch lớn. Bệnh thường lành tính, tự giới hạn nhưng vẫn có thể có biến chứng nặng. Nên phân biệt cúm với 1 tình trạng cảm lạnh thông thường (*Common cold*) do nhiễm lạnh (tắm, đi mưa...) và nhiễm một số virus khác.

II. MÃM BỆNH

Virus gây bệnh thuộc họ *Orthomyxovirus* hình cầu, có 3 nhóm A, B, 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 có vú...) nhưng khác nhau về tính chất kháng nguyên, không có hiện tượng miễn dịch chéo. Riêng đối với virus cúm A ngoài khả năng gây bệnh ở người (các tupe có cấu trúc kháng nguyên H1, H2, H3 và N1, N2) còn có khả năng gây bệnh ở gia cầm (các tupe có cấu trúc kháng nguyên H1- H15 và N1 - N19). Virus cúm H5N1 chủ yếu gây bệnh ở gia cầm ngẫu nhiên lây sang người với thể bệnh nặng, tỷ lệ tử vong cao.

III. DỊCH TỄ

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 giảm nhanh.

2. Đường truyền nhiễm

Đường hô hấp, virus bám lên tế bào thượng bì phế quản.

3. Dịch cúm

- Xảy ra nhiều vào mùa đông- xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.
- Virus A gây các dịch nhỏ, dịch lưu hành địa phương hay đại dịch toàn thế giới. Trong khi các virus B và C chỉ gây bệnh lẻ tẻ hoặc 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 đường hô hấp để tăng trưởng 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 sau 1 - 2 năm.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh: 24 - 48 giờ, có trường hợp 3 ngày.

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.

3. Thời kỳ toàn phát

3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39 - 40°C liên tục.
- Mặt đỏ bừng.
- Biếng ăn, lưỡi trắng.
- Tiểu ít.
- Mệt lả.
- Chảy máu cam: Nếu có thì là dấu hiệu quan trọng.

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.
- Người bệnh cảm thấy nóng, đau vùng trên xương ức (tổn thương thượng bì khí quản).

3.3. Hội chứng hô hấp

- Xuất hiện sớm, từ những ngày đầu.
- Hắt xì hơi, sổ mũi, đỏ mặt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác khô và rất họng.
- Ho khan, khàn tiếng.
- Triệu chứng viêm phế quản cấp, viêm phổi: Ho, khó thở, khạc đờm.

3.4. Các rối loạn tiêu hóa và thần kinh

Ít gặp, có thể tiêu chảy, có dấu hiệu màng não, liệt nhẹ.

4. Thời kỳ lui bệnh

- Sau 2 - 5 ngày sốt giảm.
- Ho và đau ngực giảm chậm hơn.

VI. BIẾN CHỨNG

1. Bội nhiễm

Gặp ở người già, suy dinh dưỡng:

- Viêm xoang trán, tai giữa, thanh quản, xương chũm...
- Viêm phế quản, viêm phổi, áp - xe phổi, tràn dịch màng phổi.
- Viêm màng não mủ.
- Nhiễm trùng huyết.

2. Tim mạch

- Viêm cơ tim.
- Viêm màng ngoài tim.

3. Thần kinh

- Viêm não.
- Viêm tủy cắt ngang.

4. Viêm cơ

VII. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

1. Dịch tễ học

2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng đau.
- Hội chứng hô hấp.

3. Xét nghiệm

- Bạch cầu bình thường hoặc hơi tăng, khi tăng trên 15.000 tế bào/ mm³ máu phải đề phòng bội nhiễm.
- Phân lập virus từ dịch 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 gấp 4 lần có giá trị chẩn đoán.
- PCR khó thực hiện và đắt tiền, chỉ sử dụng ở các phòng xét nghiệm lớn.

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ ngơi.
- Giảm đau, hạ nhiệt bằng *Acetaminophene*, *Paracetamol*.
- Kháng *Histamine*.
- Giảm ho.
- Cung cấp nước và điện giải.
- Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Gần đây, có *Amantadine* là thuốc đặc trị, có hiệu quả với *Virus Influenzae A*.

IX. DỰ PHÒNG

- Phát hiện cách ly người bệnh.
- Tránh tiếp xúc, tránh tụ tập đông người.
- Vệ sinh, đeo khẩu trang.
- Tăng sức đề kháng cơ thể.
- Chủng ngừa bằng Vacxin chế tạo từ virus *Influenzae A* và B.
- Uống phòng bằng *Amantadine*.

X. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CẢM CÚM

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.

- Đo nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết.

- Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí, cho người oxy.

Bệnh cúm nặng: Cúm ác tính và cúm ngạt. Người bệnh khó thở tăng nhanh, tím tái và ho ra máu liên tục.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.

- Huyết áp.

- Căn theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần.

1.3. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ: Sốt cao đột ngột 39 - 40°C, rét run, ho không có đờm.

- Hội chứng nhiễm khuẩn.

- Hội chứng đau.

- Hội chứng hô hấp.

- Xem bệnh án để biết:

- + Chẩn đoán.

- + Chỉ định thuốc.

- + Xét nghiệm.

- + Các yêu cầu theo dõi khác.

- + Yêu cầu dinh dưỡng.

- Có kế hoạch chăm sóc thích hợp để thực hiện kịp thời, chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.

- Theo dõi tuần hoàn.

- Theo dõi các biến chứng.

- Thực hiện các y lệnh.

- 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.

- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.

- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón tay.
Nếu có khó thở cho thở oxy.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

3.3. Theo dõi biến chứng

- Biến chứng do 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.

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời

- Thuốc.

- Các xét nghiệm.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Cho nghỉ ngơi đến khi hết sốt.

- Giữ ấm cho người bệnh, nhất là khi trời lạnh.

- Lau mát nếu có sốt cao.

- Súc miệng nước tỏi hàng ngày.

- Vệ sinh mắt, mũi.

- Vệ sinh da: Tắm với nước ấm.

- Tẩy uế các chất bài tiết.

- Nuôi dưỡng:

+ Sốt cao cho ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu.

+ Thức ăn có nhiều vitamin C để nâng cao thể trạng.

+ Nặng: Cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương qua đường tĩnh mạch.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh. Bằng thái độ dịu dàng để người bệnh yên tâm điều trị.

- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.

- Hạn chế sinh hoạt, tụ họp đông đúc trong thời gian dịch bộc phát.

- Khử trùng mũi với nước muối hoặc nước tỏi.

- Tránh để bị nhiễm lạnh, lao động quá sức.

- Chủng ngừa: Vacxin đa giá.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:
 - + Sốt giảm (kéo dài 2 - 5 ngày rồi giảm đột ngột). Người bệnh vã mồ hôi nhiều, tiểu nhiều. Các dấu hiệu đau nhức, viêm họng đỡ dần, rồi hết hẳn sau 7 - 10 ngày.
 - + Người bệnh hết mệt mỏi.
- Nếu người bệnh có biểu hiện nặng lên như: Sốt cao, suy hô hấp, truy tìm mạch là tiên lượng xấu, dễ tử vong.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ số 1 đến số 5, bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống:

1. Kể các biến chứng của bệnh cúm:

A. Viêm cơ tim, màng ngoài tim.

C.

B. Viêm cơ.

D.

2. Kể các biểu hiện lâm sàng chính của bệnh cúm:

A.

B.

C. Nhức đầu.

D. Đau mình mẩy, mệt.

3. Dịch cúm thường xuất hiện đột ngột, kéo dài khoảng (A) tháng, đạt đỉnh cao trong (B) ngày rồi giảm nhanh:

A.

B.

4. Miễn dịch với virus cúm xuất hiện nhanh nhưng không sau 1 - 2 năm.

5. Nếu người bệnh cúm có số lượng bạch cầu trên (A)/mm³ máu cần để phòng (B).....

A.

B.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 6 đến 10 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
6.	Người mắc bệnh cúm là nguồn bệnh truyền nhiễm duy nhất.		
7.	Bệnh cúm rất khó phân biệt do có cùng triệu chứng lâm sàng với nhiều loại bệnh nhiễm khuẩn hô hấp khác.		

8.	Trong thời kỳ lui bệnh, biểu hiện ho và đau người của người bệnh cúm giảm trước, sốt giảm sau.		
9.	Cần hạn chế tập trung đông người trong thời gian dịch cúm xảy ra.		
10.	Khi người bệnh cúm bị sốt cao thì thuốc an toàn nhất là Aspirin.		

• Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 11 đến 12, bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời được chọn.

11. Nguyên nhân của bệnh cúm là do nhiễm:

- A. *Poliovirus*.
- B. *Rotavirus*.
- C. Thuộc họ *Orthomyxovirus*.
- E. *Paramyxovirus*.

12. Biến chứng hay gặp nhất của bệnh cúm là:

- A. Viêm thanh quản cấp.
- B. Viêm cầu thận cấp.
- C. Viêm phổi do bội nhiễm.
- D. Viêm não.
- E. Viêm cơ tim.

Bài 19

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, sinh bệnh học, phương pháp điều trị và phòng bệnh quai bị.
2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh quai bị.

I. 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.

II. MẦM BỆNH

Mầm bệnh là một virus RNA thuộc họ *Paramyxovirus*. Người là ký chủ tự nhiên, virus được thải qua đường hô hấp, chúng dễ dàng được cấy trên tế bào thận khỉ, phôi gà...

III. DỊCH TỄ

Quai bị xảy ra ở khắp thế giới, nhiều nhất là vào mùa đông. Khoảng 30% trẻ em mang virus mà không có triệu chứng.

1. Nguồn bệnh

Trẻ bệnh, nhất là 6 ngày trước và 2 - 3 tuần sau khi tuyến nước bọt sưng.

2. Đường truyền nhiễm

Virus trong tuyến nước bọt, rời người bệnh khi ho, hắt hơi.

3. Khó mắc cảm

- Trẻ em 4 - 16 tuổi hay bị bệnh nhất.
- Bệnh xảy ra quanh năm.

- Sau khi nhiễm, người bệnh có miễn dịch suốt đời.

IV. BỆNH SINH

Virus xâm nhập đường hô hấp trên, sau đó theo đường máu đến tuyến nước bọt, tinh hoàn, buồng trứng, tuyến tụy và trong một số trường hợp lên cả màng não.

Virus cũng có thể từ niêm mạc miệng đi ngược ống *Stensen (Stenon)* để lên tuyến mang tai.

V. LÂM SÀNG

1. Ủ bệnh

Từ 18 - 21 ngày.

2. Khởi phát

24 - 48 giờ.

- Xảy ra đột ngột với sốt nhẹ, đau cổ họng, chán ăn, mệt mỏi, đau tai, nhai khó và đau, ấn vùng tuyến mang tai đau.

3. Toàn phát

3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

Sốt 39°C, mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn, khó chịu, đau mang tai khi nhai hoặc uống nước chanh.

3.2. Viêm tuyến mang tai

Trong vòng 24 - 36 giờ đầu: Viêm 1 bên, sau đó lan qua 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 *Stensen* viêm đỏ.
- Vùng hạch trước tai và góc hàm cũng to và đau.

4. Hồi phục

Sau một tuần, tuyến nhỏ dần và bớt đau.

VI. BIẾN CHỨNG

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 đau bìu và sưng to tinh hoàn (nóng, đỏ, sưng đau).

- Bệnh khỏi sau 8 - 10 ngày, 30 - 40% bị teo tinh hoàn, vô sinh là hậu quả khi xơ teo cả hai tinh hoàn bị viêm.

2. Viêm màng não

- Thường gặp ở trẻ em, xuất hiện vào ngày 3 - 10 sau khi viêm tuyến mang tai.

- Người bệnh 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. Ngoài ra còn có một số biến chứng khác ít gặp hơn

- Viêm tụy cấp.

- Viêm buồng trứng.

- Viêm cơ tim.

- Viêm tuyến giáp.

VII. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố sau:

1. Dịch tễ học

- Chưa mắc bệnh lần nào.

- Có tiếp xúc với người bệnh.

2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm trùng.

- Viêm đau tuyến mang tai.

3. Xét nghiệm: Không cần thiết.

- Phân lập virus trong nước bọt, dịch não tủy, dịch cổ họng.

- Tìm kháng thể bằng các phương pháp huyết thanh học.

- *Amylase* máu.

VIII. ĐIỀU TRỊ

Chưa có thuốc đặc trị, chỉ điều trị triệu chứng.

- Nghỉ ngơi, nhất là khi người bệnh ở tuổi dậy thì, đắp ấm vùng tuyến mang tai, hạn chế chạy nhảy.

- Thuốc hạ nhiệt.
- Thuốc giảm đau.
- Cách ly người bệnh.
- Chế độ ăn nhiều đạm, dễ tiêu.

Khi có viêm tinh hoàn:

- Dùng Corticoide.
- Mặc quần lót nâng tinh hoàn.
- Phẫu thuật giải ép túi tinh khi cần.

IX. DỰ PHÒNG

Tiêm phòng: Vacxin có khả năng bảo vệ cao, trong thời gian ít nhất 10 năm.

X. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch - huyết áp.

1.3. Tình trạng viêm tuyến nước bọt

- Sốt nhẹ không làm lạnh run.
- Đau góc hàm, sau đó tuyến mang tai to dần và đau nhức.
- Tuyến mang tai lớn dần 1 - 3 ngày, sưng 1 tuần sau khi từ từ nhỏ lại.
- Da trên tuyến đỏ, không nóng.
- Đau bụng.
- Bệnh quai bị có biến chứng.
- Phát hiện tiền sốc khi có biến chứng viêm tụy cấp.
- Mạch nhỏ, huyết áp hạ để dẫn đến tình trạng sốc, truy tìm mạch.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Biến chứng viêm cơ tim hay xảy ra từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 10.
- 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.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.
- Theo dõi các biến chứng.
- 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.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.

3.3. Theo dõi các biến chứng

- Tổn thương thần kinh:
 - + Viêm màng não.
 - + Viêm não.
 - + Tổn thương thần kinh sọ não.
- Viêm tinh hoàn, mào tinh.
- Viêm tụy cấp.

3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Nằm nghỉ, nếu sốt cao.
- Đắp ấm vùng tuyến mang tai để giảm đau.
- Lau mát nếu có sốt cao: Có thể dùng thuốc hạ nhiệt.
- Mặc quần lót nâng tinh hoàn, giảm căng và đau nhức.

- Săn sóc răng miệng: Tránh bội nhiễm và giúp người bệnh ăn ngon.
- Tắm hàng ngày.
- Dinh dưỡng:
 - + Cho ăn thức ăn mềm.
 - + Tránh thức ăn lạnh, nóng, chua quá làm người bệnh đau và khó chịu.
 - + Thức ăn dễ tiêu và giàu năng lượng.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh và thân nhân.
- Tránh tiếp xúc với người bệnh.
- Mang khẩu trang.
- Cách ly người bệnh tại bệnh viện.
- Tiêm phòng:
 - + Tiêm phòng với vacxin sống giảm độc lực, có hiệu quả 90 - 98% các trường hợp tiếp xúc. Không tiêm chủng cho trẻ hay phụ nữ có thai, người bệnh bị dị ứng, đang sốt hay ung thư, bệnh về máu, đang dùng thuốc giảm miễn dịch, chất phóng xạ trị liệu.
 - + Globulin miễn dịch chuyên biệt đối với bệnh quai bị: Tiêm bắp 10 - 20 ml trong vòng 2 -3 ngày sau khi tiếp xúc người bệnh. Chỉ phòng viêm tinh hoàn nhưng không ngăn chặn được viêm tuyến mang tai.

4. 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.

Tự lượng giá

- Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ số 1 đến 3, bằng cách điền các từ cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Kể các giai đoạn lâm sàng bệnh quai bị và thời gian:

- A. Thời kỳ ủ bệnh: 18 - 21 ngày.
- B.
- C.
- D. Thời kỳ khôi phục.

2. Kể 3 biến chứng chính của bệnh quai bị:

A.

B.

C. Viêm tụy cấp tính.

3. Bốn biện pháp điều trị chính bệnh quai bị:

A. Nghỉ ngơi, đắp ấm vùng tuyến mang tai.

B. Cho thuốc hạ nhiệt, giảm đau.

C.

D.

• Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 4 đến 10 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
4.	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.		
5.	Khoảng 80% trẻ em mang virus quai bị không có triệu chứng lâm sàng.		
6.	Phần lớn trường hợp mắc quai bị chỉ sưng tuyến mang tai.		
7.	Người bệnh bị bệnh quai bị nếu có biến chứng viêm tinh hoàn thì rất nhiều khả năng bị vô sinh.		
8.	Rất hiếm người mắc bệnh quai bị lần thứ 2 nhờ tính miễn dịch thụ động của cơ thể với bệnh.		
9.	Vắc xin phòng bệnh quai bị là loại vắc xin sống giảm độc lực.		
10.	Đắp ấm vùng tuyến mang tai bị viêm có mục đích làm giảm đau.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ số 11 đến 13, bằng cách khoanh tròn vào các chữ cái đầu câu trả lời được chọn.

11. Trong những thể lâm sàng không điển hình của bệnh quai bị thì dấu hiệu quan trọng và có giá trị chẩn đoán là:

A. Đau khi nhai hoặc uống các loại thuốc có vị chua.

B. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị.

C. Tăng tiết nước bọt.

D. Men Amylaza trong máu và nước tiểu tăng cao.

E. Sốt cao.

12. Biện pháp tích cực nhất để phòng bệnh quai bị là:
- A. Tiêm globuline miễn dịch chống quai bị.
 - B. Cách ly người bệnh.
 - C. Tiêm Vaccin phòng bệnh quai bị.
 - D. Uống kháng sinh dự phòng.
 - E. Điều trị tích cực các bệnh răng miệng.
13. Nuôi dưỡng trẻ mắc quai bị cần thực hiện các việc sau, trừ:
- A. Cho trẻ ăn thức ăn dễ nuốt.
 - B. Tránh thức ăn nóng quá hoặc lạnh quá.
 - C. Tránh những thức ăn chua.
 - D. Chỉ cho trẻ ăn 1 - 2 lần trong ngày.
 - E. Cho trẻ ăn thức ăn dễ tiêu và giàu năng lượng.

Bài 20

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI

Mục tiêu học tập

1 - Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, các biến chứng, phương pháp điều trị và phòng bệnh sởi.

2 - Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sởi là bệnh truyền nhiễm do virus sởi, rất dễ lây, thường gặp ở trẻ em, đặc điểm là viêm long ở kết mạc mắt, niêm mạc hô hấp và tiêu hóa, sau đó phát ban đặc hiệu ngoài da. Bệnh thường gây những biến chứng nặng ở trẻ em.

II. MÂM BỆNH

Mâm bệnh thuộc nhóm RNA *Paramyxovirus*, người là ký chủ tự nhiên. Virus được tìm thấy trong cổ họng và máu người bệnh ở cuối thời kỳ ủ bệnh và một thời gian ngắn sau khi phát ban. Nó có thể sống ít nhất 34 giờ trong không khí, không chịu được sự khô ráo. Có thể cấy virus trên tế bào thận người và nhau thai người.

III. DỊCH TỄ

1. Nguồn bệnh

Trẻ bệnh, đặc biệt là trong giai đoạn đầu trước khi phát ban.

2. Đường truyền

Qua đường hô hấp: Khi người bệnh hắt hơi, ho, nói chuyện. Các hạt nước bọt ở trong chứa đầy virus bắn ra ngoài, lơ lửng trong không khí và bám vào niêm mạc đường hô hấp trên người khác.

3. Khối cảm thụ

Tất cả trẻ em chưa có miễn dịch đều có thể nhiễm virus, lứa tuổi bị nhiều nhất là 2 - 6 tuổi.

Bệnh dễ phát thành dịch theo chu kỳ 2 - 4 năm một lần. Tuy nhiên, người ta vẫn gặp bệnh khắp nơi và quanh năm, mùa mưa nhiều hơn mùa nắng.

IV. BỆNH SINH

Virus xâm nhập tế bào niêm mạc của đường hô hấp trên, sau đó thoát vào máu và tăng sinh trong tế bào hệ lưới mô bào. Virus truyền nhờ đường máu đến da, ban đỏ chính là viêm vách huyết quản, nơi có sự lắng đọng kháng nguyên - kháng thể. Sự hoại tử tế bào thượng bì và sự có mặt các tế bào khổng lồ có nhiều nhân là đặc trưng của các thương tổn.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh: 10 - 20 ngày.

2. Thời kỳ khởi phát: (Thời kỳ viêm long) 4 - 5 ngày.

2.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

Xuất hiện sốt 38,5 - 40°C, kèm theo mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp.

2.2. Xuất hiện niêm mạc

Triệu chứng luôn có ở mắt: Đỏ kết mạc, chảy nước mắt, phù mi mắt, sợ ánh sáng.

- Ở mũi: Sổ mũi, hắt xì hơi, hiếm khi chảy máu cam.

- Ở thanh phế quản: Khan tiếng, ho khan, hay có đờm, khô khè.

- Ở hệ tiêu hóa: Tiêu chảy, đôi khi đau bụng nhẹ.

2.3. Dấu Koplik

Rất đặc thù cho bệnh sởi: Ở niêm mạc má, ngang với răng hàm 1, niêm mạc đỏ hồng, trên là những chấm trắng nhỏ. Dấu Koplik tồn tại 24 - 48 giờ và mất đi 1 ngày sau khi phát ban ở da.

3. Thời kỳ toàn phát: (thời kỳ phát ban). Từ 5 - 7 ngày.

Trước khi nổi ban, nhiệt độ tăng vọt lên cao.

Ban có đặc điểm:

- Ban hồng, tròn 3 - 6 mm, rải rác hay từng đám.

- Bắt đầu ở chân tóc, sau tai, rồi lan dần đến theo thứ tự: Mặt, cổ, lưng bụng và các chi, sau khi lan khắp cơ thể, ban có thể tồn tại 2 - 3 ngày rồi lặn đi theo thứ tự như khi lên ban, để lại các vết thâm như các vết da hổ.

Khi ban xuất hiện, các dấu hiệu lâm sàng giảm dần.

4. Hồi phục

Người bệnh ăn uống khá hơn, thể trạng hồi phục lại dần.

Về lâm sàng có thể có.

- Sởi lành tính.

- Sởi ác tính: Phát ban ít, hội chứng ác tính (sốt cao, mê sảng, xuất huyết, tiểu ít...), dễ đi đến tử vong.

VI. BIẾN CHỨNG

1. Viêm phổi

- Hoặc do chính virus sởi, hoặc do bội nhiễm phế cầu, liên cầu, tụ cầu vàng, *Haemophilus influenzae*...

- Người bệnh vẫn tiếp tục sốt sau khi phát ban, ho, phổi có ran...

2. Viêm tai giữa

Xảy ra trong thời kỳ phát ban hồi phục. Người bệnh sốt cao, tai chảy mủ vàng, nếu can thiệp muộn màng nhĩ có thể bị thủng.

3. Viêm thanh quản

Có thể xuất hiện sớm trong thời kỳ viêm long hoặc muộn trong thời kỳ hồi phục. Người bệnh bị ho, khan tiếng, khó thở.

4. Viêm não tủy

Hiếm gặp nhưng là biến chứng trầm trọng vì có thể dẫn đến tử vong.

5. Một số biến chứng khác

- Viêm lợi.

- Hoại tử môi, miệng, má.

- Loét giác mạc do thiếu vitamin A.

- Suy dinh dưỡng do kiêng ăn không đúng cách.

VII. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các yếu tố:

1. Dịch tễ học

Có tiếp xúc với người bệnh, không tiêm chủng ngừa.

2. Lâm sàng

- Sốt.

- Viêm long.
- Tính chất ban.

3. Xét nghiệm

- Tìm tế bào *Warthin - pinkeldey* (tế bào khổng lồ đa nhân) ở dịch xuất tiết.
- Phản ứng huyết thanh: Gia tăng hiệu giá 4 lần ở 2 lần thử là có ý nghĩa chẩn đoán.
- Phân lập virus trong chất tiết.

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Chưa có thuốc đặc trị.
- Điều trị ở đây chủ yếu là triệu chứng, săn sóc, ngăn ngừa và điều trị biến chứng.

1. Dinh dưỡng

Thức ăn đầy đủ, dễ tiêu, chú ý cho thêm vitamin A.

2. Vệ sinh răng miệng, da mắt để tránh nhiễm khuẩn, lở loét

3. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt: *Acetaminophene*.
 - Cho uống nhiều nước.
 - Giảm ho: *Dextraomethophan*, siro ho, *Theralen*...
- Không dùng kháng sinh khi chưa có chỉ định.

4. Điều trị các biến chứng

- Bội nhiễm: Kháng sinh.

IX. DỰ PHÒNG

- Vệ sinh cá nhân và hoàn cảnh sống.
- Cách ly trẻ em.
- Chủng ngừa theo lịch.

X. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ BỆNH SỞI

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 người bệnh suy hô hấp cần thông khí cho thở oxy.
- Bệnh sỏi có biến chứng viêm phổi, viêm não tủy: Ho nhiều và khó thở.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

1.3. Tình trạng phát ban

Đặc biệt là thời kỳ toàn phát.

- Trước khi phát ban có dấu hiệu Koplik.
- Đầu tiên mọc ban sau tai, lan dần ra hai bên má, cổ, ngực bụng và phần chi trên.
- 24 giờ kế tiếp ban lan sau lưng, hông và chi dưới.
- 2 - 3 ngày lan toàn thân.
- Ban màu hồng nhạt, ấn vào biến mất.
- Xen kẽ có những chỗ da lành.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Viêm long:
 - + Ổ mắt.
 - + Ổ mũi.
 - + Ổ đường hô hấp.
- Khám họng: Koplik (+).
- Theo dõi ý thức, vận động.
- 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.
- Nếu người bệnh hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.
- + 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.
- 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.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón. Hút đờm nhớt. Cho thở oxy: Nếu có khó thở.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

3.3. Theo dõi, ngừa biến chứng

- Viêm phổi.
- Viêm tai giữa.
- Viêm thanh quản.
- Viêm não tủy.
- Viêm miệng.
- Viêm ruột kéo dài.
- Loét giác mạc mắt.
- Suy dinh dưỡng nặng.

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

Chính xác, kịp thời.

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Lau mát, nếu có sốt cao.
- Co giật: Giữ an toàn người bệnh, cho thuốc chống co giật theo chỉ định.
- Giữ ấm cho người bệnh khi trời lạnh.
- Cho người bệnh 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 sạch sẽ để tránh những trường hợp nhiễm trùng lở loét như nhọt ở da, lở loét. Đặc biệt là vì trùng yếm khí tấn công gây viêm miệng.

Theo dõi đau nhức vùng tai, vùng xương chũm, có chảy nước mũi hôi 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 dinh dưỡng, đặc biệt là vitamin A nên cho uống thêm để tránh gây mù mắt.

+ Không ăn được: Nuôi bằng dịch truyền hoặc ăn qua ống thông dạ dày để phòng suy dinh dưỡng.

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 lên sởi.

- Cách ly trẻ bệnh tại bệnh viện.

- Tiêm phòng sởi: 9 tháng tuổi.

+ Mũi 1: Theo lịch TCMR.

+ Mũi 2: Khi trẻ > 1 tuổi.

- Hiện nay vaccin sởi có thể phối hợp với các loại vaccin khác như bại liệt, ho gà, uốn ván, bạch hầu. Hiệu lực các loại thuốc phối hợp này không bị giảm đi.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

- Thông thường sởi bay theo trình tự xuất hiện, để lại những vết thâm đen trên mặt da.

- Người bệnh ăn uống khá hơn, thể trạng hồi phục dần.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 6, bằng cách điền các từ và cụm từ thích hợp vào khoảng trống

1. Kể 3 dấu hiệu lâm sàng chính của bệnh sởi trong kỳ khởi phát:

A.

B.

C.

2. Trình bày các biến chứng thường gặp của bệnh sởi:

A.

B.

C. Viêm thanh quản.

D. Một số biến chứng khác.

3. Chẩn đoán bệnh sởi dựa vào các yếu tố:

A.

B.

C.

4. Các biện pháp cơ bản trong điều trị bệnh sởi là:

A. Điều trị triệu chứng.

B.

C.

D.

5. Kể 3 biện pháp dự phòng bệnh sởi:

A.

B.

C.

6. Phát hiện các dấu hiệu viêm long trong bệnh sởi ở cơ quan:

A.

B.

C.

D. Ở hệ tiêu hóa.

• Phân biệt đúng sai các câu hỏi từ 7 đến 15 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
7.	Bệnh sởi lây truyền chủ yếu qua đường hô hấp.		
8.	Trong bệnh sởi dấu hiệu Koplik xuất hiện sau khi phát ban.		
9.	Ban sởi mọc không theo một trình tự nhất định.		
10.	Virus sởi có trong nhớt cổ họng nhiều nhất ở cuối thời kỳ ủ bệnh.		
11.	Trong điều trị bệnh sởi, việc chỉ định dùng kháng sinh sớm sẽ làm ngăn lại tiến triển của bệnh.		
12.	Trong chăm sóc người bệnh sởi ở thời kỳ phát ban tuyệt đối không được lau rửa bằng nước cho người bệnh.		

13.	Vệ sinh da sạch sẽ hàng ngày trong bệnh sởi sẽ làm cho ban sởi mau lặn.		
14.	Miễn dịch trong bệnh sởi là không bền vững. Người bệnh sẽ mắc những lần sau nếu tiếp xúc với mầm bệnh.		
15.	Trong và sau khi mắc bệnh sởi, sức đề kháng của người bệnh giảm sút, tạo điều kiện thuận lợi cho các vi sinh vật khác gây bệnh.		

• Chọn 1 câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 16 đến 19, bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

16. Thời kỳ khởi phát của bệnh sởi kéo dài bao nhiêu ngày?

- A. 24 - 48 giờ.
- B. 3 - 7 ngày.
- C. 1 - 2 tuần.
- D. 1 tháng.

17. Ban sởi mọc theo kiểu:

- A. Không theo một trình tự nhất định.
- B. Bắt đầu ở mặt, má, sau tai, ngực, bụng và tứ chi.
- C. Bắt đầu sau tai, mắt, mặt, cổ ngực, lưng bụng và tứ chi.
- D. Bắt đầu mọc ở các chi dưới lan dần lên toàn thân.
- E. Bắt đầu ở má, sau tai, cổ, lưng, bụng, ngực và tứ chi.

18. Lứa tuổi bị bệnh sởi nhiều nhất là:

- A. 0 - 2 tuổi.
- B. 2 - 6 tuổi.
- C. 6 - 8 tuổi.
- D. 8 - 12 tuổi.
- E. 12 - 16 tuổi.

19. Lời khuyên tốt nhất về chế độ dinh dưỡng cho các bà mẹ khi nuôi con bị bệnh sởi là:

- A. Cho trẻ ăn cháo nhạt, hạn chế thịt.
- B. Cho trẻ uống nhiều sữa.
- C. Trong lúc trẻ ỉa chảy, phải nhịn ăn, nhịn bú.
- D. Vẫn tiếp tục cho bú, thức ăn đầy đủ dinh dưỡng, dễ tiêu.
- E. Chỉ được bú và ăn cháo muối.

• Xử trí tình huống sau:

20. Một trẻ 3 tuổi bị sởi, vào ngày thứ 7 khi ban bắt đầu bay, xuất hiện sốt 39°C. Khó thở nhanh, nhịp thở 45 lần/1 phút. Hãy kể 3 việc mà điều dưỡng cần làm ngay:

- A.
- B.
- C.

Bài 21

HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI (AIDS)

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa AIDS.
2. Kể được 3 phương thức lây truyền chủ yếu của HIV.
3. Mô tả được các hình ảnh lâm sàng chủ yếu.
4. Trình bày được các biện pháp phòng lây nhiễm HIV và đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế.
5. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh AIDS.

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải là do virus gây suy giảm miễn dịch (viết tắt HIV - *Human immunodeficiency virus*) làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh, tạo ra nhiễm trùng cơ hội.

II. CĂN NGUYÊN

Virus gây suy giảm miễn dịch người (HIV) type 1 được phân lập đầu tiên vào năm 1983 và HIV type 2 được phân lập đầu tiên vào 1985.

HIV thuộc họ Lentivirus và mang tất cả các đặc điểm cấu trúc của nhóm này. Dưới kính hiển vi điện tử nó là 1 phần tử có đường kính 110nm, có vỏ bọc với 1 nhân chứa ARN và các protein bên trong.

Virus HIV khi vào cơ thể sẽ xâm nhập vào tế bào lympho T, đại thực bào, tế bào đơn phân và 1 số tế bào khác, sau đó phát triển trong các tế bào này. Tùy thuộc từng loại tế bào mà các tế bào bị nhiễm HIV có thể bị tiêu hủy hoặc có thể tổn thương ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau. Virus HIV có sức đề kháng yếu: Dễ chết, bị bất hoạt nhanh bởi các tác nhân lý hoá như: Nước Javen chết trong 1 phút, cồn 70° chết trong 1 phút, *Formaldehyde* 0,1% chết sau 30

phút – 1 giờ, nhiệt độ 56⁰C làm virus chết trong 30 phút, 100⁰C sẽ chết sau 1 phút. Tia cực tím không diệt được virus.

III. CÁC ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN

Cho đến nay người ta đã khẳng định HIV có trong:

- Tinh dịch, chất nhầy âm đạo.
- Máu và các sản phẩm của máu.
- Nước bọt, nước mắt, nước não tủy, nước tiểu.
- Sữa mẹ.

Nhưng chỉ có 3 đường lây:

- Lây truyền qua tình dục:
 - + Nguy cơ cao ở các nhóm tình dục đồng giới nam, người có bệnh truyền qua đường sinh dục khác (STD). Khả năng truyền từ nam sang nữ và từ nữ sang nam cũng khác nhau.

- Lây truyền qua 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 do dùng lại và dùng chung bơm kim tiêm để tiêm chích.

- Lây truyền từ mẹ sang con:

- + HIV có thể lây truyền qua nhau thai trong thời kỳ bào thai chuyển dạ đẻ và sau khi sinh qua sữa mẹ.

Không có bằng chứng về lây truyền qua nước mắt, nước bọt, tiếp xúc bình thường, côn trùng đốt.

IV. LÂM SÀNG

HIV gây bệnh kinh điển từ từ với giai đoạn tiềm tàng không triệu 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. Đại đa số những người nhiễm HIV hiện nay chưa đến giai đoạn AIDS. Tỷ lệ phát triển tới AIDS ở những người nhiễm HIV dao động từ 4 - 10%/1năm. Đa số người bệnh sẽ có triệu chứng lâm sàng trong 10 - 15 năm sau khi có phản ứng huyết thanh dương tính.

1. Giai đoạn nhiễm HIV cấp

Nhiễm HIV ban đầu thường không có các triệu chứng. Trong vòng vài ngày đến vài tuần khi virus nhân lên có thể có những triệu chứng của nhiễm

HIV cấp, các triệu chứng này không đặc hiệu gồm: Sốt, đau bụng, phát ban, buồn ngủ, ho, đau cơ, vã mồ hôi, rối loạn tiêu hóa, dễ nhầm với cảm cúm hoặc nhầm với bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng.

Về xét nghiệm:

+ Kháng nguyên P24 trong máu ở giai đoạn sớm.

+ Phát hiện được kháng thể HIV sau vài tuần.

2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng

- Người nhiễm HIV (+) có 1 giai đoạn không có triệu chứng lâm sàng kéo dài từ 2 - 8 năm hoặc lâu hơn.

3. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng

3.1. Giai đoạn lâm sàng 1

Bệnh hạch dai dẳng toàn thân.

- Hạch không chỉ có ở bẹn mà còn ở các vị trí khác nữa (nách, dưới đòn...), đường kính hạch trên 1 cm.

- Dấu hiệu kèm theo là sốt, sút cân, ra mồ hôi đêm, người bệnh vẫn sinh hoạt bình thường.

3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: Thời kỳ đầu (nhẹ).

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.

- Các biểu hiện ở da và niêm mạc (viêm da tuyến bã, ngứa, nấm vùng, chốc mép, loét miệng tái diễn).

- Zona trong vòng 5 năm cuối.

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn (như viêm xoang, viêm mũi, viêm họng...).

3.3. Giai đoạn lâm sàng 3: Thời kỳ trung gian (vừa phải).

- Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể.

- Ìa 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 người bệnh nằm 50% thời gian trong ngày ở những tháng cuối.

3.4. Giai đoạn lâm sàng 4: Thời kỳ muộn (nặng, giai đoạn chuyển sang AIDS)

- Hội chứng gây mòn HIV: Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể, ìa chảy không rõ nguyên nhân kéo trên 1 tháng, mệt mỏi kéo dài, sốt kéo dài không rõ nguyên căn.

- Viêm phổi do *Pneumocystic carinii*.
- *Toxoplasmosis* ở não.
- Bệnh do *Cytomegalovirus* ở ngoài gan, lách vào các hạch *Lympho*.
- Nhiễm *Herpes simplex virus* ở da, niêm mạc trên một tháng hoặc ở nội tạng.
- Bệnh nấm bất kỳ toàn thân.
- Nhiễm *Candida* thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi.
- Nhiễm *Mycobacteria* không điển hình.
- Nhiễm trùng huyết do *Salmonella* không phải thương hàn.
- Lao ngoài phổi.
- Các *Lymphoma*.
- *Sarcoma kaposi*.
- Bệnh lý não do HIV: Rối loạn chức năng nhận biết hoặc rối loạn chức năng vận động (làm ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày, tiến triển hàng tuần tới hàng tháng mà không có 1 bệnh tật hoặc trạng thái nào ngoài HIV đang diễn ra có thể giải thích được).

V. CÁC XÉT NGHIỆM

1. Tìm kháng thể với HIV bằng các xét nghiệm

- ELISA (thăm dò miễn dịch men).
- Ngưng kết *Latex*.
- *Western Blot*.
- Kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp.
- Thăm dò miễn dịch hạt nhân.

2. Các xét nghiệm huyết thanh

3. Nuôi cấy HIV

4. Phản ứng chuỗi Polymenase khuếch đại gen (PCR)

5. Xét nghiệm miễn dịch

- Đếm tế bào TCD4: Bình thường là 450 - 1280 tế bào/mm³ máu.
- TCD8: Bình thường là 250 - 800 tế bào/mm³ máu.
- Tỷ lệ TCD4/TCD8: Bình thường là 1,4 - 2,2.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị trực tiếp trên HIV

- *Zidovudin*: 200 mg x 6 lần/ngày.

- Hoặc *Didanoime* 0,5 mg/kg/ngày.

2. Điều trị phục hồi miễn dịch

- Dùng các *citokin* (*A - interferon*).

- Dùng chất kích thích sinh trưởng bạch cầu hạt và đại thực bào (GM - CSF).

3. Điều trị nhiễm trùng cơ hội

- Viêm phổi do *P. carinii*: *Bactrim* hoặc *Pentamidin*.

- Nấm *Candida* ở miệng: *Nystatin*.

- Nấm *Cryptococcus*: *Amphotericin B* + *Flucytosin*.

- *Cytomegalovirus*: Dùng *Ganciclovir* hoặc *Foscarnet*...

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 $TCD4 < 200/mm^3$ máu, dùng *Zidovudine* 600mg/ngày.

VII. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG

1. Phòng chống lây qua đường tình dục

Là ưu tiên số một vì nó là nguyên nhân chính lây lan HIV trên thế giới.

- Giáo dục tình dục lành mạnh, tình yêu chung thủy.

- Giáo dục tình dục an toàn, khuyến khích dùng bao cao su.

- Khống chế nạn mại dâm, xử lý nghiêm các chủ chứa.

- Có chương trình điều trị và dự phòng bệnh truyền qua đường tình dục kết hợp với chương trình chống lây lan HIV.

2. Phòng chống lây lan qua đường máu

- Qua máu:

+ Kiểm tra HIV tất cả các mẫu máu truyền, kể cả hiến máu tự nguyện.

+ Phát hiện HIV ở các mẫu máu bằng kỹ thuật tin cậy nhất.

- Qua sản phẩm của máu:

+ Các sản phẩm của máu phải kiểm tra HIV chặt chẽ.

+ Các tổ chức bán các sản phẩm của máu phải có giấy xác nhận sản phẩm đã được kiểm tra HIV.

3. Phòng lây lan qua tiêm chích và các dụng cụ y tế

- Ngăn chặn buôn bán ma túy, các ổ ma túy và đặc biệt là dùng bơm tiêm chung trong tiêm chích ma túy.

- Cai nghiện và tạo việc làm cho người nghiện ma túy.
- Tuân thủ nguyên tắc tiết trùng thực hành y học.
- Chỉ dùng kim, bơm tiêm 1 lần.
- Giáo dục và quy định nguyên tắc tiết trùng các dụng cụ xăm mình, bấm lỗ tai...

4. Phòng chống lây lan qua cho tinh dịch và ghép cơ quan

5. Ngăn chặn lây nhiễm chu sinh từ mẹ sang con

6. Làm giảm tác động tiêu cực của nhiễm HIV trên cá nhân và cộng đồng

- Cần có tổ chức động viên người nhiễm HIV biết giữ gìn sức khỏe, không làm lây sang người khác và hỗ trợ để họ hoà nhập vào cộng đồng. Đây là vấn đề lớn vì số người nhiễm HIV trong xã hội ngày càng cao.

7. Phòng nhiễm HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay xà phòng trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh, nếu da bị các tổn thương hoặc viêm da xuất tiết thì không trực tiếp sờ người bệnh.
- Đeo găng khi tiếp xúc với bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.
- Kim tiêm, dao mổ 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 bằng miệng mà thay bằng các phương tiện hồi sức khác.
- Khi khám nghiệm tử thi cán bộ y tế phải có đủ trang bị (quần áo, găng, ủng, kính mát) để phòng lây nhiễm.

VIII. CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

- Chủ yếu là công tác tư vấn đối với người nhiễm HIV/AIDS, nhân viên y tế phải biết mình ở vị trí săn sóc, nên phải tôn trọng phẩm cách cá nhân và có thái độ đúng mức với người bệnh.
- Các nhân viên y tế phải hiểu là có nhiều người cùng tham gia săn sóc và hỗ trợ người bệnh (như gia đình, bạn bè, tổ chức tôn giáo, câu lạc bộ...), để giúp đỡ người bệnh duy trì cuộc sống cộng đồng.

IX. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG

1. Ía chảy

- 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, cho uống ORS.
- Cứ 2 giờ cho ăn 1 lượng thức ăn ít chất thô.
- Sử dụng thuốc chống ía chảy theo y lệnh.

2. Buồn nôn và nôn

- Nếu nôn thì không được ăn gì 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 ORS.

3. Sốt: do nhiễm trùng.

- Đo nhiệt độ 4 giờ/ 1 lần.
- Dùng thuốc hạ sốt theo đơn.
- Khuyến khích uống các chất dịch nếu hấp thụ được.
- Tắm cho người bệnh bằng nước ấm, chườm lạnh bằng túi nước mát.

4. Khó thở: Do viêm phổi P: *Carinii Sarcoma Kaposi, Lao.*

- 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 oxy nếu cần.

5. Rối loạn tri thức do

- Trầm cảm.
- Nhiễm HIV.
- Các nhiễm trùng khác.
- Thuốc.
- Các biện pháp chăm sóc như:
 - + Đánh giá tình trạng tinh thần cơ bản.
 - + Tránh làm cho người bệnh phật ý vì có thể làm cho họ lo lắng.

6. Mệt mỏi do

- Nhiễm HIV.
- Thay đổi tình trạng dinh dưỡng.

Các biện pháp chăm sóc như:

- + Khuyến khích nghỉ ngơi đều đặn, xen kẽ với hoạt động.
- + Giúp đỡ người bệnh vệ sinh, vận động, ăn uống và trợ giúp tinh thần.

7. Các tổn thương ngoài da

Các biện pháp chăm sóc như:

- + Thay đổi tư thế 2 giờ/lần.
- + Rửa và lau khô da đều đặn.
- + Để hở thương tổn.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 10 bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Kể 3 đường lây truyền chính của nhiễm HIV/AIDS:

- A.
- B.
- C.

2. Virus HIV có trong:

- A.
- B.
- C. Nước bọt, nước mắt, dịch não tủy.
- D. Sữa mẹ.

3. Ba giai đoạn lâm sàng của nhiễm HIV/ AIDS:

- A.
- B.
- C. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng.

4. Năm loại xét nghiệm để phát hiện nhiễm HIV/AIDS:

- A.
- B.
- C. Nuôi cấy HIV.
- D. Phản ứng PCR.
- E.

5. Kể 3 biện pháp chính để phòng lây nhiễm HIV/AIDS qua đường máu:

- A.
- B.

C. Phát hiện HIV ở các mẫu máu bằng những kỹ thuật tin cậy.

6. Các biện pháp chính phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS qua quan hệ tình dục:

A. Giáo dục tình dục lành mạnh, tình yêu chung thủy.

B.

C.

D. Có chương trình điều trị và dự phòng các bệnh lây qua đường tình dục.

7. Phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS qua đường là biện pháp ưu tiên số một hiện nay trên thế giới.

8. HIV là chữ viết tắt của

9. Quan hệ tình dục khác giới dễ lây truyền HIV hơn quan hệ tình dục đồng giới vì dễ bị..... bộ phận sinh dục.

10. Người nhiễm HIV có một giai đoạn không có triệu chứng lâm sàng kéo dài từ (A) đến (B) năm hoặc lâu hơn.

A.

B.

• Phân biệt đúng sai các câu từ 11 đến 30 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu trả lời đúng, cột B cho câu sai

		A	B
11.	Nếu một người có test phát hiện kháng thể HIV dương tính có nghĩa là người đó đã mắc bệnh AIDS.		
12.	Hiện nay, công tác tư vấn cho những người nhiễm HIV/AIDS có vai trò rất quan trọng trong việc ngăn ngừa sự lây truyền bệnh AIDS.		
13.	Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục có mục đích duy nhất là để phòng nhiễm HIV.		
14.	Cần phải đeo găng tay khi tiếp xúc với các bệnh phẩm là máu hoặc các chất dịch khác của bất cứ người bệnh nào ở bệnh viện.		
15.	AIDS là một hội chứng gồm nhiều biểu hiện khác nhau do virus HIV làm suy giảm hệ miễn dịch của cơ thể.		
16.	Nhân viên y tế có thể lây nhiễm HIV từ những người nhiễm HIV qua những tiếp xúc thông thường.		
17.	Nhiễm HIV trong thời kỳ đầu đã có triệu chứng lâm sàng tuy không điển hình.		
18.	Mặc dù HIV có thể thấy trong sữa mẹ nhưng trong tất cả mọi trường hợp không được ngừng nuôi trẻ bằng sữa mẹ.		

19.	Hiện nay tiêm vaccin phòng nhiễm HIV/AIDS là biện pháp tích cực nhất để phòng chống căn bệnh thế kỷ này.		
20.	Virus HIV không lây truyền qua nước bọt nên mọi trường hợp ngừng thở của người bệnh, người điều dưỡng đều phải hồi sức miệng - miệng cho người bệnh ngay.		
21.	Sử dụng bơm và kim tiêm cho người HIV nên dùng 1 lần và bỏ đi ngay.		
22.	Chỉ xét nghiệm máu phát hiện HIV đối với những người thuộc nhóm nguy cơ cao (nghiện ma túy; gái mại dâm...).		
23.	Chỉ được truyền máu cho người bệnh sau khi đã kiểm tra HIV một cách chặt chẽ.		
24.	Hiện nay châu Âu là nơi có số người mắc HIV/AIDS cao nhất thế giới.		
25.	Nếu tay người điều dưỡng có tổn thương thì không nên trực tiếp chăm sóc người bệnh AIDS.		
26.	Nhiễm nấm candida là một biểu hiện thường gặp nhất của người bị nhiễm HIV trong giai đoạn đầu.		
27.	HIV chỉ lây truyền từ mẹ qua thai nhi lúc chuyển dạ.		
28.	Cần cách ly tuyệt đối tất cả những người nhiễm HIV/AIDS với cộng đồng.		
29.	Có thể phỏng đoán được số người nhiễm HIV/AIDS hiện nay bằng cách nhân đôi số người có xét nghiệm HIV dương tính.		
30.	Hiện nay, Việt Nam là nước có số người nhiễm HIV thấp nhất thế giới.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ số 31 đến 34, bằng cách khoanh tròn các chữ cái đầu câu trả lời được chọn

31. Người bệnh AIDS bị chết do:

- A. Nhiễm độc.
- B. Thiếu máu.
- C. Giảm sức đề kháng.
- D. Viêm phổi.
- E. Cả A và B.

32. Giai đoạn của bệnh AIDS thường có những biểu hiện sau, ngoại trừ:

- A. Sưng hạch dai dẳng.

- B. Sốt.
- C. Nhiễm nấm candida.
- D. Sút cân.
- E. Suy tim.

33. Virus HIV vào cơ thể xâm nhập chủ yếu vào các tế bào sau:

- A. Bạch hầu đa nhân trung.
- B. Bạch cầu đơn nhân.
- C. Tế bào lympho T.
- D. Tiểu cầu.
- E. Hồng cầu.

34. Hiện nay đường lây truyền chủ yếu trên thế giới của nhiễm HIV/AIDS là:

- A. Quan hệ tình dục.
- B. Qua đường máu.
- C. Tiếp xúc thông thường.
- D. Mẹ truyền cho con.
- E. Mẹ truyền cho con qua sữa.

Bài 22

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị và phòng bệnh sốt rét.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt rét.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng sốt rét (*Plasmodium* sp) gây ra, bệnh được truyền từ người này sang người khác qua trung gian muỗi *Anopheles*. Đây là một bệnh toàn thân, ngoài sốt rét cơn điển hình còn có thể có các bệnh cảnh rất nặng, gây tử vong.

II. MÂM BỆNH

Plasmodium sp thuộc nhóm huyết trùng bào tử, có 4 tuýp gây bệnh cho người là: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* và *Plasmodium ovale*. Hai loại đầu chiếm ưu thế trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Trong cơ thể người, các *Plasmodium* sp xâm nhập hồng cầu và đi qua các giai đoạn tự dưỡng, phân liệt. Thể phân liệt vỡ ra, phóng thích các mảnh trùng. Mảnh trùng vào hồng cầu và tiếp xúc chu trình hồng cầu theo lối sinh sản vô tính. Một số mảnh trùng phát triển thành giao bào.

Muỗi *Anopheles* sp đốt người và tiêm thoa trùng vào da. Thoa trùng xâm nhập máu rồi gan, lớn dần lên thành thể phân liệt ngoài hồng cầu. Thể này vỡ ra phóng thích mảnh trùng. Mảnh trùng thâm nhập hồng cầu và tiếp tục chu trình hồng cầu: Với *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* và *Plasmodium ovale*, một số mảnh trùng tái xâm nhập tế bào gan tạo thành chu trình ngoài hồng cầu.

Thời gian hoàn thành chu trình vô tính trong hồng cầu thì cố định: 48 giờ với *Plasmodium Vivax*, 24 - 36 giờ với *Plasmodium falciparum*, 72 giờ với *Plasmodium malariae*.

Thời gian hoàn thành chu trình hữu tính ở muỗi tùy thuộc nhiệt độ ngoại cảnh: Khi thấp hơn 14°C chu trình ngưng lại, khi nhiệt độ tăng thì chu trình sẽ rút ngắn đi.

III. DỊCH TỄ

Sốt rét là bệnh xã hội cần lưu ý ở nhiều quốc gia vùng nhiệt đới, châu Phi, châu Á, Trung Mỹ và Nam Mỹ. Môi trường thuận lợi về sinh địa cảnh cũng như ý thức kém làm tăng tiếp xúc giữa người và muỗi *Anopheles sp* là nguyên nhân gia tăng số người mắc bệnh. Hiện có khoảng 100 quốc gia nằm trong vùng sốt rét, số người bị nhiễm sốt rét ước lượng là 270 triệu người. Bệnh sốt rét phổ biến ở Việt Nam thường gặp ở vùng núi cao, đầm lầy, vùng nước lợ ven biển... Người ta thường dựa vào tỷ lệ lách to và ký sinh trùng ở trẻ em 2 - 9 tuổi đánh giá mức độ lưu hành bệnh sốt rét.

Từ thập niên 60 của thế kỷ XX đến nay, lần lượt xuất hiện các chủng *Plasmodium falciparum* kháng thuốc, khiến cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn.

Sự xuất hiện các dòng *Anopheles* kháng DDT khiến người ta phải sử dụng các loại thuốc lân hữu cơ hoặc *Carbamate* thay thế.

Ngoài phương thức truyền tự nhiên qua muỗi *Anopheles*, các ký sinh trùng sốt rét còn có 2 phương thức lan truyền khác:

- Qua tiêm chích, truyền máu: Gặp ở các thành phố.
- Quan nhau thai: Gặp ở phụ nữ có thai sống trong vùng dịch tễ sốt rét.

IV. BỆNH SINH

Sự vỡ hồng cầu, phóng thích sắc tố sốt rét mang tính chu kỳ đều đặn. Sắc tố sốt rét tác động lên trung khu điều hoà nhiệt độ ở hành tủy gây sốt. Như vậy, các cơn sốt cũng có tính chu kỳ.

V. TRIỆU CHỨNG

Thời gian ủ bệnh: Khoảng 1 - 3 tuần.

1. Cơn sốt rét thông thường, điển hình

- Giai đoạn rét run:

+ Khoảng 30 - 60 phút, thân nhiệt tăng nhưng người bệnh lạnh dữ dội, run, nổi da gà.

- Giai đoạn sốt:
 - + Khoảng 1 - 2 giờ, sốt nóng 38, 5⁰C - 40⁰C, kèm nhức đầu, nôn mửa.
- Giai đoạn đổ mồ hôi:
 - + Mồ hôi ra nhiều, khát nước, sốt hạ dần.
 - + Giữa hai cơn sốt người bệnh có khi mệt, buồn ngủ, bỏ ăn nhưng đôi khi vẫn sinh hoạt bình thường.
 - + Khoảng cách giữa 2 cơn sốt rét 24 - 36 giờ (*Plasmodium falciparum*) 48 giờ (*Plasmodium Vivax*).
 - + Một số trường hợp cơn sốt không rõ rệt hoặc kéo dài liên tục.
 - + Ở người bị sốt rét lâu ngày thường kèm da vàng, xanh xao, thiếu máu, gan lách to.
 - + Nếu không điều trị hay chưa điều trị đủ, bệnh im lặng một thời gian rồi tái phát.

2. Sốt rét nặng (sốt rét ác tính)

Là một thể rất nguy hiểm, tử vong cao, cần điều trị kịp thời. Tùy theo triệu chứng nổi bật chia các thể khác nhau.

2.1. Sốt rét ác tính thể não

- + Sốt cao liên tục, đột ngột.
 - + Rối loạn tri giác: Từ lơ mơ đến hôn mê.
 - + Rối loạn tâm thần.
 - + Tổn thương thần kinh: Co giật, liệt một số dây thần kinh...
- Người bệnh tử vong do suy tuần hoàn, suy hô hấp, suy thận, suy gan.

2.2. Sốt rét tiểu huyết sắc tố

- Do những cơn tan huyết cấp gây ra:
 - + Sốt cao.
 - + Vàng da.
 - + Lách to.
 - + Nước tiểu sậm màu (màu xám xịt).
- Xét nghiệm: KSTSR (+) trong 50 - 70% các trường hợp. Có Hemoglobin trong nước tiểu.
- Thường kèm theo suy thận.

2.3. Sốt rét nặng (Sốt rét ác tính)

- Sốt cao liên tục > 39⁰C.
- Có rối loạn tri giác (mê sảng, trả lời chậm, lơ mơ...).

- Vàng da.
- Nắc, tiểu ít < 40ml/24 giờ.
- Thở nhanh > 30 lần/phút.
- Huyết áp kẹt.
- Phụ nữ có thai.

Xét nghiệm: Máu ngoại biên KST SR (+).

Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, tim, phổi...

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Dịch tễ học

- Sống hoặc đi qua vùng sốt rét.
- Truyền máu, tiêm chích ma túy...

2. Lâm sàng

- Cơn sốt rét điển hình.
- Rối loạn thần kinh (sốt rét thể não).

3. Xét nghiệm

- Tìm KST sốt rét (+) trong máu, trong tủy xương, cần làm nhiều lần, cách nhau 6 giờ bằng kỹ thuật nhuộm Giem sa.
- Phản ứng ELISA.
- Test thử nhanh.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Sốt rét cơn

1.1. Sốt rét cơn do *Plasmodium Viax*:

- Người lớn:
 - + Chloroquin, viên 250 mg cơ chất:
 - Ngày 1 : 4 viên.
 - Ngày 2: 4 viên.
 - Ngày 3 : 2 viên.
 - + Primaquin: 15 mg cơ chất/ngày x 4 - 10 ngày.
 - (2 viên:13,2 mg Primaquin hoặc 4 viên một lần duy nhất).
- Trẻ em:
 - + Chloroquin.

Ngày 1 : 10mg/kg (cơ chất).

Ngày 2 : 5 mg/kg.

Ngày 3 : 5 mg/kg.

+ Primaquin 0,3 mg/kg x 10 ngày.

1.2. Sốt rét cơn do *Plasmodium falciparum* đề kháng chloroquin

- Người lớn:

Quinin Sulfat 30 mg/kg/ngày chia 3 lần x 7 - 1 ngày hoặc kèm: *Sulfadoxine Pyrimethamin* 3 viên 1 lần duy nhất.

1.3. Các loại thuốc mới

Mefloquin (Lariam, Fansimef) 15 mg/kg x 1 lần duy nhất.

Artemisinin và dẫn xuất (*Artesunate*). Liều dùng *Artemisinin* và *Artesunate*: ngày đầu 4 viên, 4 ngày sau mỗi ngày 2 viên.

2. Điều trị sốt rét ác tính

- *Artermete* truyền tĩnh mạch.
- Viên đạn *Artesunate*.
- Truyền tĩnh mạch các loại dung dịch.

3. Điều trị triệu chứng

- Điều chỉnh cân bằng nước và điện giải.
- Chống hạ đường huyết.
- Chống suy hô hấp, suy thận.
- Điều chỉnh mạch, huyết áp.

VIII. DỰ PHÒNG

1. Giải quyết các nguồn lây

- Phát hiện người bệnh và điều trị.
- Quản lý người bệnh.

2. Diệt và chống muỗi đốt

- Cải tạo môi trường: Phát quang, lấp ao tù, nước đọng, khai thông cống rãnh, tổng vệ sinh thường xuyên.
- Hóa chất: *Sumithion*, *ICON*, *Permethrine*, nhang xua muỗi...

3. Bảo vệ người lành

- Giáo dục sức khỏe.

- Uống thuốc phòng khi đến vùng sốt rét.
- Ngủ màn.
- Khám tại trạm y tế khi có sốt.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.
- Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí, cho thở oxy.
- Sốt rét nặng có biến chứng.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/ 1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.
- Sốt rét cơn theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ 6 giờ/1 lần, 12 giờ/ 1 lần ở bệnh nhân còn sốt.

1.3. Tình trạng thiếu máu

Là hậu quả không thể tránh được ở những trường hợp sốt rét nặng hay ở những người cư ngụ tại vùng sốt rét lâu năm.

- Dung tích hồng cầu: Dung tích hồng cầu $<15\%$ cần được truyền máu hoặc Hb $<5\text{g/dl}$.
- Mật độ KST sốt rét, Hb.
- Da, niêm mạc xanh nhợt.

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ: Sốt cao.
- Đo lượng nước tiểu 24 giờ, sốt rét nặng có biến chứng suy thận cấp.
- Vàng da và thay đổi chức năng gan. Sốt rét nặng thể gan mật, vàng sậm do suy gan nặng.

- Tri giác: Bứt rứt, vật vã, nói sảng, nhức đầu nhiều. Sốt rét nặng thể não.

Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng Glasgow.

- Tán huyết trong sốt rét tiểu huyết sắc tố.
- Phù phổi: Tăng nhịp thở, khó thở tăng dần, phổi đầy ran.
- Tiểu huyết sắc tố có thể biến chứng suy thận, truy tìm mạch.
- Hạ đường huyết: Nặng có thể hôn mê.
- Thiếu nước.

- Xem bệnh án để biết: Có kế hoạch chăm sóc thích hợp, để kịp thời thực hiện chính xác, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

+ Chẩn đoán: Loại *Plasmodium* nào?

+ Chỉ định thuốc.

+ Xét nghiệm.

+ Các yêu cầu theo dõi khác.

+ Yêu cầu dinh dưỡng: Có thể cho người bệnh ăn bằng đường miệng không?

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bảo đảm thông khí.

- Theo dõi tuần hoàn.

- Theo dõi các diễn biến của bệnh.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.

- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng một bên hoặc tư thế dẫn lưu. Để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết (đối với các bệnh nhân nặng).

- Đặt *Canuyn Mayo*.

- Để phòng tụt lưỡi.

- Bóp bóng Ambu nếu có ngừng thở.

- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, hút đờm dãi. Cho thở oxy nếu có khó thở nặng.

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.

- Chuẩn bị dịch truyền, dụng cụ truyền dịch để thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần. Tùy tình trạng người bệnh và chỉ định của bác sĩ.

3.3. Theo dõi các diễn biến

- Theo dõi tình trạng chung như ở trên. Báo cáo bác sĩ kịp thời xử lý.

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ chính xác kịp thời

- Thuốc.

- Các xét nghiệm: Tiêu bản máu.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Lau mắt nếu có thuốc cao, thuốc hạ nhiệt.
- Co giật: Giữ an toàn và cho thuốc chống co giật.
- Đo nước tiểu 24 giờ trong người bệnh suy thận.
- Đặt thông tiểu tiện, nếu không có nước tiểu báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi tri giác trong sốt rét thể não.
- Theo dõi hạ đường huyết.
- Dùng thuốc lợi tiểu đường tĩnh mạch theo chỉ định vào theo dõi lượng nước tiểu sau tiêm 1 giờ trong phù phổi cấp.
- Vệ sinh răng miệng, tai, mắt, mũi.
- Vệ sinh da: Tắm cho người bệnh hàng ngày và thay đổi tư thế.
- Nuôi dưỡng.
- + Người bệnh sốt cho uống nhiều nước, ăn lỏng dễ tiêu.
- + Có suy thận thì giảm đạm.
- + Có suy gan thì giảm mỡ.
- + Người bệnh hôn mê: Nuôi ăn bằng dung dịch đường ưu trương truyền tĩnh mạch, tránh hạ đường huyết và cung cấp năng lượng hoặc ăn qua ống thông qua dạ dày: Súp, sữa.

3.6. Giáo dục sức khỏe

Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.

- Diệt muỗi, bọ gậy, lăng quăng.
- Ngủ màn.
- Uống thuốc phòng: Uống thuốc 1 tuần, uống thuốc trong khi vùng dịch, uống tiếp thêm 6 tuần nữa.
- Dùng: Fansidar, Chloroquin.
- Hiện nay, ở vùng dịch tế cho dân ngủ màn có tẩm Permethrin và phun diệt muỗi với Deltamethrin từ năm 1990.

4. Đánh giá kết quả chăm sóc

Được đánh giá là chăm sóc tốt, nếu:

- Sốt rét cơn: Giữa các cơn người bệnh vẫn cảm thấy dễ chịu, bình thường, người bệnh có thể xanh xao, thiếu máu, gan và lách to, cần bồi dưỡng thêm một thời gian mới bình phục sau khi xuất viện.

Tự lượng giá

• Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 22, bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Thời gian hoàn thành chu kỳ vô tính trong hồng cầu của *Plasmodium*:
A. *P. falciparum*...
B. *P. vivax*.....
2. Ngoài phương thức truyền tự nhiên qua muỗi *Anopheles*, các ký sinh trùng sốt rét còn có 2 phương thức lan truyền khác là:
A.
B.
3. Kể 2 thể chính thức của sốt rét ác tính:
A.
B.
4. Xác định bệnh sốt rét phải dựa vào các chẩn đoán:
A.
B.
C.
5. Hai việc phải làm để giải quyết các nguồn lây trong bệnh sốt rét:
A.
B.
6. Để phòng bệnh sốt rét cần tiến hành các biện pháp sau:
A.
B.
C.
7. Nhận định tình trạng người bệnh sốt rét cần dựa vào:
A. Tình trạng hô hấp.
B. Tình trạng tuần hoàn.
C.
D.
8. Sáu nhiệm vụ của người điều dưỡng phải thực hiện khi chăm sóc người bệnh sốt rét:
A. Đảm bảo thông khí.
B. Theo dõi tuần hoàn.
C. Thực hiện y lệnh.
D.
E.
F. Giáo dục sức khỏe.

9. Nêu bốn dấu hiệu của người bệnh sốt rét ác tính thể não:

- A. C.
B. D. Tổn thương thần kinh.

10. Nêu các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm để chẩn đoán sốt rét ác tính thể tiểu huyết sắc tố:

- A.
B.
C. Thường kèm theo sốc.

11. Kể tên 2 loại thuốc thông thường điều trị cắt cơn sốt rét do *P. vivax*:

- A.
B.

12. Nêu tên 2 loại thuốc mới điều trị cắt cơn sốt rét:

- A.
B.

13. Nêu 3 biện pháp để diệt muỗi trong công tác phòng bệnh sốt rét:

- A.
B.
C.

14. Khoảng cách giữa 2 cơn sốt rét do *P. falciparum* là (A) đến (B)giờ:

15. Khoảng cách giữa 2 cơn sốt rét do *P. vivax*giờ.

16. Nước tiểu của người bệnh sốt rét ác tính thể tiểu ra huyết sắc tố có màu...

17. Giai đoạn sốt trong cơn sốt rét điển hình kéo dài giờ.

18. Giai đoạn rét trong cơn sốt rét điển hình kéo dài phút.

19. Đặc điểm sốt của người bệnh sốt rét ác tính thể não là

20. Đặc điểm da của người bệnh sốt rét lâu ngày là

21. Thời gian ủ bệnh của bệnh sốt rét từtuần.

22. Bệnh sốt rét do muỗi truyền.

• Phân biệt đúng sai cho các câu hỏi từ 23 đến 30 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
23.	<i>P. falciparum</i> có chu kỳ ngoại hồng cầu.		
24.	Thời gian sốt cao của bệnh sốt rét thường 1 ngày.		
25.	Sốt cách nhật là đặc điểm thường thấy ở sốt rét do <i>P. vivax</i> .		
26.	Triệu chứng rét run trong bệnh sốt rét là do thân nhiệt của người bệnh hạ đột ngột.		

27.	Chườm lạnh là một chống chỉ định cho người bệnh sốt rét.		
28.	Dựa vào đặc điểm cơn sốt có thể chẩn đoán xác định bệnh sốt rét.		
29.	Điều chỉnh mạch, huyết áp là một bước cần thiết trong điều trị sốt rét.		
30.	Nguyên nhân thiếu máu trong sốt rét là do hồng cầu bị phá vỡ.		

• Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ số 31 đến 32, bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời được lựa chọn

31. Loại ký sinh trùng sốt rét phổ biến nhất ở Việt Nam là:

- A. *P. falciparum*.
- B. *P. vivax*.
- C. *P. ovale*.
- D. *P. malariae*.
- E. Cả A và B.

32. Trong bệnh sốt rét, cơn sốt rét thông thường diễn hình qua 3 giai đoạn.

- A. Sốt - rét - vã mồ hôi.
- B. Sốt - vã mồ hôi - rét.
- C. Rét - sốt vã mồ hôi.
- D. Rét - vã mồ hôi - sốt.
- E. Vã mồ hôi - sốt - rét.

Bài 23

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, phương pháp điều trị, phòng bệnh đại.
2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đại lên cơn.

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus đại (*Rhabdoviruts*) từ động vật có máu nóng (chó, mèo, dơi hút máu...) truyền sang người qua vết cắn, gây tổn thương thần kinh và tử vong chắc chắn khi phát bệnh.

II. MÂM BỆNH

Virus đại rất nhỏ, có một chuỗi RNA, hình trụ, một đầu phẳng, một đầu dạng nón, virus có thể ký sinh rất nhiều loại ký chủ, gặp ở tất cả các động vật có vú, có tính hướng thần kinh, người ta gặp nó trong mô thần kinh và nước bọt các động vật bị đại.

Virus đại bị bất hoạt bởi ánh sáng mặt trời, tia cực tím, tia X, sự khô ráo, nhiệt độ 60°C trong một giờ, hầu hết các dung môi hữu cơ, chất tẩy rửa, chất oxide và xà phòng đặc 20%.

III. DỊCH TỄ

1. Nguồn bệnh thiên nhiên

Các thú hoang như chồn, gấu trúc (*Raccoons*), dơi và các thú nuôi trong gia đình (chó, mèo) 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.

2. Đường truyền nhiễm

Vết cắn, vết cào xước ở da, niêm mạc.

Trong những trường hợp hiếm, virus có thể lây qua đường hô hấp khi người ta vào hang động có dơi trú ẩn.

3. Bệnh dại trên thế giới

Bệnh dại vẫn còn gặp trên thế giới

Tại các nước châu Phi, châu Á, 90% số trường hợp là do chó, mèo cắn.

IV. BỆNH SINH

Virus tăng sinh tại vết cắn, rồi theo dây thần kinh cảm giác tiến dần về tủy 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, nó theo nước bọt xâm nhập vào vết cắn. Không có giai đoạn virus vào máu.

Ở hệ thần kinh trung ương, virus làm viêm não và làm mất *Myelin*, chết tế bào thần kinh. Những tế bào thần kinh có virus chứa một thể vùi ưa acid gọi là thể *Negri*, thể này có nhiều ở sừng *Amon*, vỏ não, cuống não, tế bào *Purkinje* của tiểu não... và là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh dại.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Bệnh dại ở động vật

Virus có ở động vật nhiều ngày trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

Chó bị bệnh dại, 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 dưới, chân trước... bị liệt, cho không sủa, chết trong im lặng.

Chó thường chết 3 - 7 ngày từ khi phát bệnh.

2. Bệnh ở người

2.1. Ủ bệnh

20 - 60 ngày, có thể từ 4 ngày đến nhiều năm. Vết cắn càng gần mặt, ủ bệnh càng ngắn.

2.2. Khởi phát

Triệu chứng phức tạp, không rõ rệt.

- Vết cắn: Có cảm giác ngứa, kiến bò, đau.

- Tính tình thay đổi: Buồn bã, hay dễ bị kích động.
- Ít gặp: Ho, ớn lạnh, nôn mửa, tiêu chảy, tiểu khó....

2.3. Toàn phát

- Thể hung dữ:
 - + Kích thích hành tủy: Thở hỗn hển, dồn dập, sợ nước, sợ gió (co thắt cổ họng khi uống nước...), không nuốt thức ăn được.
 - + Kích thích toàn bộ thần kinh: Áo giác, dễ bị kích động, xuất tinh liên tục, tăng tiết nước bọt (nhỏ liên tục), giận dữ với xung quanh, tử vong do suy tim hay liệt dân.
 - + Người bệnh hoàn toàn tỉnh táo cho đến khi chết.
 - Thể bại liệt:
 - + Dị cảm gây vết cắn, đau chi bị cắn, đau cột sống.
 - + Liệt tiến triển, lan toả lên các chi và cơ khác, mất phản xạ gân - xương.
- Người bệnh bí tiểu tiện, liệt cơ cổ, lưỡi gây sặc, liệt cơ hô hấp. Tử vong sau 2 - 20 ngày.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Dịch tễ học

Bị chó dại cắn không tiêm phòng.

2. Lâm sàng

- Sợ nước, sợ gió, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, liệt.

3. Xét nghiệm

- Có thể *Negri* ở não.

VII. ĐIỀU TRỊ - DỰ PHÒNG

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 15 ngày, nếu nó chết hoặc mất tích phải tiêm vacxin dại.
- Nghỉ ngơi, không uống rượu.

2. Với người bệnh lên cơn

- Người lên cơn dại chắc chắn tử vong. Mọi biện pháp điều trị đều nhằm làm giảm những rối loạn thần kinh (an thần, truyền dịch...).

3. Biện pháp chung

- Quản lý và chích ngừa chó.
- Cấm thả chó rong ngoài đường.
- Chích ngừa cho chó trên 3 tháng tuổi.
- Gia súc bị chó dại cắn: Giết chết.
- Với gia súc cắn người:
 - + Nhốt, theo dõi 10 ngày. Nếu thấy triệu chứng dại, cắt đầu gia súc gửi lên viện Pasteur xét nghiệm.
 - + Nếu nó đã bị đập chết: Cắt đầu gửi lên viện Pasteur xét nghiệm.
- Nếu người bị chó cắn:
 - + Nếu là chó dại, phải tiêm vaccin phòng bệnh.
 - + Nếu nghi ngờ phải theo dõi chó trong 7 ngày. Nếu chó chết phải tiêm vaccin cho người bệnh. Nếu chó vẫn sống, không phải là chó dại, không phải tiêm phòng cho người bệnh.

VIII. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DẠI LÊN CƠN

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 người bệnh suy hô hấp cần tìm mọi cách thông khí, cho thở oxy (nếu được).

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch
- Huyết áp
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/1 lần, 1 giờ/1 lần, 3 giờ/1 lần.

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 đập tim, ngừng thở.
- Ngoài ra còn sợ gió, sợ ánh sáng, bóng nắng, sợ nước.

1.4. Tình trạng chung

- Thể hung dữ:

+ Lúc lên cơn dại, người bệnh vùng vẫy cắn xé, run lên như chó sủa, thở dồn dập, đứt hơi.

+ Đo nhiệt độ: Sốt cao hơn 40°C.

+ Tăng tiết nước bọt.

+ Khó nuốt.

+ Khạc nhổ lung tung.

+ Có thể tử vong lúc lên cơn, giữa hai cơn người bệnh tỉnh táo.

+ Sùi bọt mép.

- Ở thể liệt:

+ Dị cảm nơi vết cắn: Có thể kéo dài từ 2 đến 20 ngày.

+ Đau chi bị cắn, liệt tiến triển lan lên chi trên sau đó bí tiểu tiện, liệt cơ cổ, mặt, lưỡi, liệt các cơ hô hấp.

+ Xem bệnh án để biết:

- Chẩn đoán.

- Chỉ định thuốc.

- 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 tiến triển của bệnh.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng.

- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Bảo đảm thông khí

- Cho người bệnh thở oxy.

- Vì người bệnh lên cơn vùng vẫy, cắn xé không nằm yên, lại có cơn co thắt vì sợ nước hay do tình trạng co giật toàn thân cũng như do liệt cơ hô hấp, liệt hành tủy ở thể dại bại liệt cho nên người bệnh ngạt thở, thiếu oxy.

3.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh, báo cáo ngay bác sĩ.
- Theo dõi dấu hiệu trên để phát hiện ngừng tim, ngừng thở đột ngột.

3.3. Theo dõi tiến triển bệnh

- Người bệnh lên cơn đại thể hung dữ sẽ chết sau 2 - 4 ngày. Còn 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.

3.4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Thuốc: An thần, để khống chế người bệnh thể hung dữ.
- Xét nghiệm: Phân lập siêu vi trùng ở tuần lễ đầu.

3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Cách ly tuyệt đối.
- Cho nằm phòng yên tĩnh, phòng tối, tránh gió lùa, tránh nghe nước chảy, tiếng động quá mức.
- Người bệnh nhỏ nước miếng lung tung: Cho ống nhỏ cá nhân chứa dung dịch sát trùng.
- Chăm sóc vết cắn hàng ngày như một vết thương.
- Nhân viên y tế cần mang găng tay và khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh. Để tránh lây đại, nếu có vết trầy da: Không được chăm sóc.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Khi người bệnh vào viện phải tiếp xúc hết sức tế nhị và giải thích cho thân nhân của người bệnh biết đây là bệnh không chữa khỏi.
- Hướng dẫn phòng bệnh khi bị động vật nghi bị đại cắn:
 - + Xử trí vết cắn: Rửa nước xà phòng 20% và nước nhiều lần, để hở vết cắn.
 - + Cần đi tiêm phòng vacxin đại.

4. Đánh giá

Đã lên cơn đại dù là thể hung dữ hay thể bại liệt đều chết cho nên thấy thuốc chỉ cho an thần và theo dõi sát người bệnh để chăm sóc tốt.

Tự lượng giá

- Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 7, bằng cách điền các từ và cụm từ vào khoảng trống

1. Hai biểu hiện sớm của bệnh đại là:

A.

- B.
2. Hai thể lâm sàng của đại lên cơn:
- A.
- B.
3. Kể 3 việc nên làm khi bị chó cắn:
- A.
- B.
- C. Theo dõi ít nhất 5 ngày.
4. Năm biện pháp chung phòng chống bệnh dại:
- A.
- B.
- C. Chích ngừa cho chó > 3 tháng tuổi.
- D. Gia súc bị chó dại cắn phải giết chết.
- E. Gia súc cắn người phải nhốt vào và theo dõi 10 ngày.
5. Ba biểu hiện chính của bệnh dại thể liệt:
- A. Gặp ở người chích ngừa vaccin sau khi bị thú dại cắn:
- B.
- C.
6. Biểu hiện lâm sàng của thể hung dữ:
- A. Bệnh nhân vùng vẫy, cắn xé, gào thét.
- B. Thở dồn dập.
- C.
- D.
- E. Sốt.
7. Kể 4 tình trạng cần nhận định người bị bệnh dại:
- A. Tình trạng hô hấp.
- B. Tình trạng tuần hoàn.
- C.
- D.

• Phân biệt đúng sai các câu sau từ 8 đến 14 bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

		A	B
8.	Người bị bệnh dại có lúc không tỉnh.		
9.	Người bị bệnh dại không dám uống nước vì co thắt thanh quản.		
10.	Cần cho người bệnh dại nằm trong phòng tối, tránh gió lùa.		

11.	Mọi tiếng ồn không làm ảnh hưởng gì đến người bệnh dại.		
12.	Virus dại từ vết thương vào máu rồi đến hệ thần kinh trung ương.		
13.	Chăm sóc vết thương do chó dại cắn phải làm hàng ngày như một vết thương khác.		
14.	Sau khi chó dại cắn phải tiêm vắc xin phòng dại ngay.		

• Chọn câu trả lời đúng nhất cho câu hỏi 15, bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn

15. Để đến tuyến nước bọt, virus dại đã đi theo con đường:

- A. Da.
- B. Dây thần kinh .
- C. Tuyến nước bọt.
- C. Máu.
- E. Hệ thần kinh trung ương.

ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ

ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------|
| 1. B. Khởi phát | C. Toàn phát | E. Lại sức |
| 2. B. Còn tổn thương | C. Mang mầm bệnh | |
| 3. A. Tàn phát | B. Lưu hành địa phương | C. Dịch lớn |
| 4. A. Tiêu hóa | B. Hô hấp | C. Máu |
| 5. B. Tuổi, giới tính, địa phương | C. Tình trạng sức khỏe kém | |
| E. Dịch vụ y tế cộng đồng kém | | |
| 6. B. Nguy cơ cao | C. Xác định những trường hợp nghi ngờ | |
| 7. A. Có cơ sở tiếp nhận, cách ly | B. Có điều kiện để chẩn đoán và điều trị | |
| 8. C. Vệ sinh, dinh dưỡng | D. Dinh dưỡng | |
| 9. A. Báo ngay khi có nghi ngờ | C. Có sổ báo dịch ghi đủ, chính xác | |
| 10. B. TT tiêm phòng | C. TT dự phòng khi tiếp xúc người bệnh | |
| 11. A. Dịch tễ | B. Điều trị thăm dò | |
| 12. C. Thói quan sinh hoạt | D. Súc vật mà bệnh nhân tiếp xúc | |
| 13. A. Lây truyền | B. Người bệnh sang | |
| 14. A. Mang mầm bệnh | B. Lây sang | |
| 15. A. Tập trung | B. Đốt | |
| 16. A. Rửa tay | B. Xà phòng | |
| 17. A. Hai | B. Dung dịch sát khuẩn | |
| 18. Một | | |
| 19. A. Tia cực tím | B. Xông hơi | |
| 20 A; 21A; 22B; 23A; | 24B; 25B; 26A; 27B; | 28B; 29A. |
| 30. A. Truyền nhiễm | B. Hô hấp | C. Cách ly |

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG VÀ CHOÁNG NHIỄM KHUẨN

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------|
| 1. A. Do vi khuẩn | B. Do virus | |
| 2. A. Mặt hốc hác | B. Lưỡi bẩn | C. Sốt cao |
| 3. A. Sốt nhẹ | B. Sốt vừa | C. Sốt cao |
| 4. A. Bỏ chăn, nới quần áo | B. Lau mát | C. Chườm mát |
| 5. A. Uống nước ORS | B. Dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh | |
| | C. Theo dõi nhiệt độ | |
| 6. A. Da tím tái | B. Huyết áp hạ | |
| | C. Giảm khối lượng nước tiểu | |
| 7 - A | 8. A | 9. A |
| 12. D | 13. C | 14. D |
| | | 15. A |
| | | 11. A |

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THƯƠNG HÀN

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| 1. A. Trục khuẩn thương hàn | B. Trục khuẩn phó thương hàn | |
| 2. B. Đau bụng, buồn nôn | C. Sốt tăng dần | |
| 3. A. Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc | | B. Rối loạn tiêu hóa |
| 4. A. Tiêu hóa | B. Tim mạch | |
| 5. B. Thủng ruột | C. Viêm túi mật | |
| 6. B. Mạch nhiệt phân li | C. Rối loạn tri giác | |
| 7. A. Tiêu chảy xen kẽ táo bón | B. Bụng chướng | |
| 8. B. Xét nghiệm | C. Dịch tễ học | |
| 9. A. Bạch cầu giảm | B. Cây máu (+) | C. Cây phân (+) |
| 10. B. Ampicillin | C. Cotrimoxazole | |
| 11. B. Cách ly người bệnh | C. Điều trị người lành mang vi trùng | |
| 12. A. Phân, nước tiểu | B. Hai | |
| 13. Tiêu hóa | | |
| 14. O, H, Vi | | |
| 15A; 16A; 17B; 18B; 19A; 20B; 21A; 22B; 23A; 24B; 25A; 26A; 27C; 28B. | | |

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. A. Nguồn bệnh | B. Đường truyền nhiễm |
| 2. A. Người bệnh | B. Người lành mang vi trùng |
| 3. A. Tiêu chảy phân nước đục như nước gạo | B. Nôn nhiều |

C. Chuột rút

4. A. Soi phân

5. A. Bù nước và điện giải sớm

6. A. Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng

D. Hạn chế đi lại và giao lưu hàng hóa

7. B. Vệ sinh thực phẩm

8. D. Chun giãn da

9. B; 10. A; 11. A; 12. A; 13. A; 14B; 15A; 16A;

17B; 18B; 19B; 20B; 21B; 22E;

B. Cấy phân

B. Dùng kháng sinh diệt khuẩn

C. Kiểm soát chặt chẽ nguồn nước

E. Khát

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY TRỰC KHUẨN

1. A. Shigella Dysenteriae

2. B. Mệt mỏi, buồn nôn

3. A. Đau bụng quặn

4. A. Hội chứng nhiễm trùng

5. A. Ampicilline

6. C. Xử lý phân

7. C. Tình trạng tuần hoàn

8. A. Số lần đi tiêu

9. B. Lơ mơ

10. C. Xét nghiệm

11. Nhóm Shigella Dysenteriae

12. A. Tiêu hóa

13. A. Bệnh

14. A. Không được

15A; 16A; 17B; 18A; 19A; 20B; 21D; 22B;

B. Shigella Flexeneri

C. Đi tiêu phân lỏng

B. Mót rặn

B. Hội chứng ly

B. Cotrimoxazol

D. Vệ sinh ăn uống

D. Tình trạng tri giác

B. Số lượng phân C. Có máu trong phân

C. Hôn mê

D. Yêu cầu theo dõi E. Dinh dưỡng

B. Hồi phục

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY AMIP

1. A. Thở hoạt động chưa ăn
hồng cầu

C. Bào nang

2. A. Hội chứng nhiễm khuẩn

3. A. Gan

4. A. Emetin

5. Entamoeba Histolytica

6. Bào nang

B. Hoạt động ăn hồng
cầu

B. Hội chứng ly

B. Phổi

B. Klion (flagyl)

C. Não

7. 3 - 4 tuần

8B; 9B; 10A; 11B; 12C; 13D;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẠCH HẦU

1. B. Gravis

2. B. Giai đoạn khó thở

3. B. Bạch hầu ác tính

4. A. Viêm cơ tim

5. A. Trung hoà độc tố

F. Phát hiện và xử lý các biến chứng

6. A. Chăm sóc cơ bản

C. Theo dõi và ngăn chặn ngừa biến chứng

7. C. Tình trạng thần kinh

8.A; 9.B; 10.A; 11.B; 12.B; 13.B; 14.A; 15.B; 16.A; 17.B;

18.D; 19.E; 20.B; 21.B;

C. Intermedius

C. Giai đoạn ngạt thở

C. Bạch hầu thanh quản

B. Viêm dây thần kinh ngoại biên

B. Diệt vi khuẩn bằng kháng sinh

B. Đảm bảo thông khí

E. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

D. Tình trạng chung

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO GÀ

1. B. Thời kỳ khởi phát 5 - 10 ngày

C. Thời kỳ toàn phát 2 - 4 tuần

2. D. Theo dõi các biến chứng

3. A. Tiêm vacxin DPT đúng lịch

B. Với người tiếp xúc uống Erythromyxin

C. Cách ly trẻ bị bệnh

4. A. Hô hấp

B. Thần kinh

C. Tiêu hóa

5. Một

B. Sáu

6A; 7B; 8A; 9A; 10A; 11B; 12B; 13E; 14C; 15C;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XOẮN KHUẨN LEPTOSPIRA

1. A. Da

2. B. Hội chứng gan mật

3. B. Kiểm soát bệnh ở thú nuôi

4. C. Đảm bảo không khí

5. 7 -14 ngày

6B; 7B; 8B; 9B; 10A; 11D; 12E

B. Niêm mạc

C. Hội chứng thận

C. Uống ngừa bằng Doxycyclin

D. Theo dõi các biến chứng

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. A. Co cứng vợ vân | B. Co giật toàn thân | |
| 2. A. Nói khó | B. Cứng hàm | C. Miệng há hạn chế |
| 3. A. Nghẹt thở | B. Tím tái | C. Ngừng thở |
| 4. A. Tình trạng hô hấp | B. Tình trạng tuần hoàn | C. Tình trạng thần kinh |
| 5. A. Quản lý thai | B. Đỡ đẻ vô khuẩn | C. Tiêm vaccin cho phụ nữ có thai |
| 6. A. Trẻ em | B. Phụ nữ có thai | |
| 7. B; | 8. B; | 9. A; 10. A; 11. A; 12. A; |
| 13. A; | 14. A; | 15. B; 16. A; 17. B; 18. A; |
| 19. B; | 20. B; | 21. D; 22. C; |

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN B

- | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------------|
| 1. A. Lâm sàng | B. Xét nghiệm | C. Dịch tễ học |
| 2. A. Diệt muỗi | B. Phòng muỗi đốt | C. Vaccin |
| 3. A. Hô hấp | C. Thần kinh | D. Tình trạng chung |
| 4. A; | 5. A; | 6. B; 7. B; 8. A; 9. B; |
| 10. B; | 11. C; | 12. E. |

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MŨ

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. A. Hội chứng nhiễm trùng | B. Hội chứng màng não | |
| 2. A. Nhức đầu | B. Nôn | C. Táo bón |
| 3. A. Cổ cứng | B. Kerniq (+) | C. Vạch màng não |
| 4. A. Thóp phồng | B. Cổ cứng | C. Vạch màng não |
| 5. B. Tuần hoàn | C. Hội chứng màng não | |
| D. Tình trạng chung | | |
| 6. A. Thông khí | B. Theo dõi tuần hoàn | |
| | C. Trợ giúp chọc dò tủy sống | |
| 7. B. Mạch, nhiệt độ ổn định | C. Người bệnh tỉnh | D. Không sốt |
| 8. A. Tăng | B. Trung tính | |
| 9. A. Penixilin | B. Ampixillin | |
| 10. B; | 11. A; | 12. A; 13. B; 14. B; 15. A; |
| 16. B; | 17. A; | 18. D; 19. B. |

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI

- | | |
|--|--|
| <p>1. C. Chán ăn, ho khan</p> <p>2. B. Sốt nhẹ về chiều</p> <p>3. Ho > 15 ngày</p> <p>4. B. Tốc độ lắng máu tăng cao</p> <p>5. A. Phối hợp các thuốc chống lao</p> <p>E. Điều trị theo 2 giai đoạn: Tấn công và duy trì</p> <p>6. D. Ethambutol</p> <p>7. C. Tiêm BCG theo lịch</p> <p>8. B. Tình trạng hô hấp</p> <p>9. D. Theo dõi tiến triển của bệnh</p> <p>10. A 11. B</p> <p>14. A 15. A</p> <p>18. A 19. A</p> <p>22. A 23. A</p> <p>16. D 27. E</p> <p>30. D</p> | <p>D. Đám mờ thâm nhiễm, hạch trung thất to</p> <p>C. Ăn kém, sút cân</p> <p>B. Tổng trạng suy sụp</p> <p>C. BK (+)</p> <p>B. Thuốc phải đúng liều</p> <p>E. Rifampicin</p> <p>D. Quản lý tốt bệnh nhân</p> <p>C. Tình trạng chung</p> <p>E. Chăm sóc hệ thống cơ quan</p> <p>12. A 13. A</p> <p>16. B 17. B</p> <p>20. A 21. A</p> <p>24. B 25. B</p> <p>28. C 29. D</p> |
|--|--|

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN DO VIRUS

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1. A. Nhiễm khuẩn</p> <p>2. A. Viêm gan A</p> <p>3. A. HBsAg</p> <p>4. A. Đường máu</p> <p>5. A. Chán ăn</p> <p>C. Đau hạ sườn phải</p> <p>6. C. Phân trắng nhạt</p> <p>7. A. Virus trong phân</p> <p>8. A. Nghi ngơi ăn uống</p> <p>C. Theo dõi các dấu hiệu suy gan</p> <p>9. B. Kiểm tra khâu cho máu</p> <p>10. A. Ăn thấy ngon miệng</p> <p>11. A. Viêm tụy</p> | <p>B. Đau</p> <p>B. Viêm gan B</p> <p>B. HBcAg</p> <p>B. Đường sinh dục</p> <p>B. Nôn (ói) chướng bụng</p> <p>D. Nước tiểu sẫm màu</p> <p>B. Kháng thể trong máu</p> <p>B. Tránh thuốc có hại cho gan</p> <p>D. Vệ sinh ăn uống</p> <p>B. Tiểu nhiều</p> <p>B. Viêm cơ tim</p> | <p>C. Tiêu hóa</p> <p>C. HBeAg</p> <p>C. Sữa mẹ</p> <p>E. Bilirubin tăng</p> <p>D. Tiêm vaccin</p> <p>C. Vàng da</p> |
|---|--|--|

C. Viêm tủy - dây thần kinh

12. 30 - 180 ngày

13. A. Virus viêm gan A B. Nước

14A; 15A; 16B; 17B; 18A; 19B; 20B; 21A; 22A; 23A; 24B; 25A; 26B;
27B; 28D; 29E; 30D;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

1. B. Hội chứng xuất huyết

2. Huyết áp hạ, kẹt

B. Mạch nhanh yếu

C. Mệt

3. A. Sốt

B. Tiểu cầu giảm

C. Hematocrite tăng

4. A. Phân lập virus

D. Huyết thanh chẩn đoán (+)

5. A. Hạ sốt

B. Uống ORS

C. Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ

6. A. Đau bụng dữ dội

C. Xuất huyết phủ tạng

E. Tím tái

7. A. Dấu hiệu dây thắt

B. Các dấu hiệu xuất huyết

8.A; 9.A; 10B; 11B; 12B; 14B; 15A; 16A; 17A; 18B; 19C; 20D;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẠI LIỆT

1. A. Brunhild

B. Lansing

C. Leon

2. A. Sốt giảm

B. Đau tăng khi liệt xuất hiện 2 - 3 ngày rồi giảm

C. Liệt xuất hiện đột ngột

3. A. Nguồn nước bị ô nhiễm

B. Trẻ < 5 tuổi

C. Chưa uống vaccin hoặc chưa đủ

4. A. Hội chứng nhiễm khuẩn

B. Dấu hiệu thần kinh

5. C. Liệt không đều

D. Teo cơ nhanh

E. Giảm trương lực cơ

6. B. Hội chứng đau

C. Tính chất liệt

7. A. Điều trị toàn diện

B. Giúp bệnh nhân hồi phục

8. B. Vệ sinh thực phẩm

C. Ngừa bằng vaccin

9. A. Nấc

B. Khó thở

C. Thở không đều

10. A; 11. A; 12. A;

13. B; 14. B; 15. B;

16. B; 17. D; 18. E;

19. F. Nhịp thở

G. Mạch + huyết áp

H. Tri giác

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

1. A. Sau tai

B. Lưng, bụng

C. Tứ chi

2. B. Sốt

C. Quấy khóc

D. Ho

3. C. Viêm da

D. Viêm phế quản, viêm phổi

4.B; 5.A; 6.B; 7.B; 8.A; 9.A; 10.B; 11.B; 12.B; 13.A;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÚM

1. C. Bội nhiễm

D. Viêm não

2. A. Sốt

B. Ho khan

3. A. Một

B. 12 - 14 ngày

4. Bền vững

B. Bội nhiễm

5. 15.000 6.B; 7.A; 8.B; 9.A; 10.D; 11.D; 12.C;

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

1. B. Thời kỳ khởi phát (24 - 48 giờ) C. Thời kỳ toàn phát (5 - 7 ngày)

2. A. Viêm tinh hoàn

B. Viêm màng não

3. C. Cách ly người bệnh

D. Cho thức ăn dễ tiêu

4.A; 5.B; 6.B; 7.B; 8.B; 9.A; 10.A; 11.A; 12.C; 13.D.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI

1. A. Hội chứng nhiễm khuẩn

B. Xuất huyết niêm mạc

C. Dấu hiệu Koplik

2. A. Viêm phổi

B. Viêm tai giữa

3. A. Lâm sàng

B. Xét nghiệm

C. Dịch tễ

4. B. Dinh dưỡng

C. Vệ sinh răng miệng, da, mắt

D. Điều trị các biến chứng

5. A. Vệ sinh cá nhân và môi trường

B. Cách ly trẻ bệnh

C. Chung ngừa theo lịch

6. A. Mắt

B. Mũi

C. Đường hô hấp

7.B; 8.B; 9.B; 10.A; 11.B; 12.B; 13.B; 15.A; 16.B; 17.C; 18.B; 19.D;

20. A. Cho trẻ thở O₂

B. Hạ nhiệt độ

C. Báo ngay cho bác sĩ

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH AIDS

1. A. lây truyền qua đường tình dục

B. lây qua đường máu

C. lây truyền từ mẹ sang con

2. A. Tinh dịch, chất nhờn âm đạo
3. A. Giai đoạn nhiễm HIV cấp
4. A. Tìm kháng thể
E. Các xét nghiệm miễn dịch
5. A. Kiểm tra HIV tất cả các mẫu máu truyền
6. A. Giáo dục tình dục an toàn
7. Quan hệ tình dục
8. Human - Immuno Deficiency virus
9. Xây xát
10. A.2; B: 10
11. B
12. A
13. B
14. A
15. A
16. B
17. B
18. B
19. B
20. B
21. A
22. B
23. A
24. B
25. A
26. B
27. B
28. B
29. B
30. B
31. C
32. E
33. C
34. A

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

1. A. 24 - 36 giờ B. 48 giờ
2. A. Qua tiêm chích, truyền máu B. Qua nhau thai
3. A. Thở não B. Thở tiểu ra huyết sắc tố
4. A. Dịch tễ B. Lâm sàng C. Xét nghiệm
5. A. Phát hiện người bệnh và điều trị B. Quản lý người bệnh
6. A. Giải quyết các nguồn lây B. Diệt muỗi C. Bảo vệ người lành
7. C. Tình trạng thiếu máu D. Tình trạng toàn thân
8. D. Theo dõi biến chứng E. Chăm sóc hệ thống cơ quan
9. A. Sốt cao liên tục, đột ngột B. Rối loạn tri giác C. Rối loạn tâm thần

10. A. Xuất huyết đột ngột sau cơn sốt rét
B. Xét nghiệm KST sốt rét (+)
11. A. Chloroquin
B. Primaquin
12. A. Mefloquin
B. Artemisininine (Fancimef, Iariam)
13. A. Cải tạo môi trường
B. Thả cá diệt bọ gậy, hóa chất diệt muỗi
C. Dùng hóa chất diệt muỗi
14. 24 – 26 giờ
15. 48 giờ
16. Nâu sẫm
17. 1 – 2 giờ
18. 30 – 60 phút
19. Sốt cao liên tục đột ngột
20. Xanh, vàng
21. 1 - 3 tuần
22. Anopheles
23. B
24. B
25. A
26. B
27. B
28. B
29. A
30. A
31. E
32. C

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI

1. A. Ngứa, kiến bò (tại chỗ)
B. Tính tình thay đổi
2. A. Hung dữ
B. Liệt
3. A. Rửa sạch vết thương bằng xà phòng
B. Nghỉ ngơi, không được uống rượu
4. A. Quản lý và chích ngừa cho chó
B. Cắm thả chó chạy rong
5. B. Đau chi bị cắn, đau cột sống
C. Liệt kiểu hướng thượng
6. C. Tăng tiết nước bọt
D. Sợ nước
7. C. Tình trạng sợ nước
D. Tình trạng chung
8. B; 9. A; 10. A; 11. B; 12. B; 13. A; 14. B; 15. A;

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh An và nhóm tác giả - *Nội khoa cơ sở* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2003.
1. Bộ Y tế - *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2003.
3. Bộ Y tế - *Hướng dẫn thực hiện các chương trình y tế quốc gia* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2003.
4. Bộ Y tế - *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2003.
5. Bộ Y tế - *Hướng dẫn thực hiện chương trình chống lao quốc gia* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội năm 1999.
6. Lê Huy Chính - *Vi sinh vật học* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2001.
7. Hoàng Tân Dân và nhóm tác giả - *Điều dưỡng truyền nhiễm - thần kinh - tâm thần* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 1996.
8. Bùi Đại, Nguyễn Văn Mùi, Nguyễn Hoàng Tuấn - *Bệnh học truyền nhiễm* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2002.
9. Vũ Văn Đính và nhóm tác giả - *Điều dưỡng nội khoa* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2003.
10. Dương Đình Thiện - *Dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm* - Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 2002.

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	3
<i>Lời nói đầu</i>	5
1. Đại cương bệnh truyền nhiễm.....	9
2. Hội chứng nhiễm trùng và choáng nhiễm trùng.....	19
3. Chăm sóc người bệnh thương hàn.....	27
4. Chăm sóc người bệnh tả.....	38
5. Chăm sóc người bệnh lỵ trực trùng.....	47
6. Chăm sóc người bệnh lỵ amip.....	53
7. Chăm sóc người bệnh bạch hầu.....	57
8. Chăm sóc người bệnh ho gà.....	67
9. Chăm sóc người bệnh nhiễm xoắn khuẩn <i>Leptospira</i>	75
10. Chăm sóc người bệnh uốn ván.....	82
11. Chăm sóc người bệnh viêm não Nhật Bản B.....	91
12. Chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ.....	95
13. Chăm sóc người bệnh lao phổi.....	103
14. Chăm sóc người bệnh viêm gan virus.....	115
15. Chăm sóc người bệnh sốt dengue và sốt xuất huyết dengue.....	125
16. Chăm sóc người bệnh bại liệt.....	136
17. Chăm sóc người bệnh thủy đậu.....	146
18. Chăm sóc người bệnh cúm.....	152
19. Chăm sóc người bệnh quai bị.....	160
20. Chăm sóc người bệnh sởi.....	168
21. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS).....	177
22. Chăm sóc người bệnh sốt rét.....	188
23. Chăm sóc người bệnh dại.....	199
<i>Đáp án tự lượng giá</i>	207
<i>Tài liệu tham khảo</i>	217

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI
4 - TỔNG DUY TÂN, QUẬN HOÀN KIẾM, HÀ NỘI
ĐT: (04) 8252916, 8257063 - FAX: (04) 8257063

GIÁO TRÌNH
MÔN ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM
NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI - 2005

Chịu trách nhiệm xuất bản:
NGUYỄN KHẮC OÁNH

Biên tập:
TRƯƠNG ĐỨC HÙNG

Bìa:
VĂN SÁNG

Trình bày - Kỹ thuật vi tính:
THÙY LIÊN - THU HIỀN

Sửa bản in:
ĐỒNG THỊ VÂN

In 1.860 cuốn, khổ 17 x 24 cm, tại Công ty In Khoa học Kỹ thuật - Hà Nội.
Số in: 73. Giấy phép xuất bản số: 68GT/512 CXB cấp ngày 27/4/2004.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 4 năm 2005.

BỘ GIÁO TRÌNH XUẤT BẢN NĂM 2005
KHOİ TRƯỜNG TRUNG HỌC Y TẾ

1. GIẢI PHẪU SINH LÝ
2. VI SINH - KÝ SINH TRÙNG
3. DƯỢC LÝ
4. DINH DƯỠNG
5. KỸ NĂNG GIAO TIẾP - GIÁO DỤC SỨC KHỎE
6. ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN
7. KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG
8. ĐIỀU DƯỠNG NỘI KHOA
9. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA
10. ĐIỀU DƯỠNG NHI KHOA
11. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM
12. VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
13. ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG
14. VỆ SINH PHÒNG BỆNH
15. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH CHUYÊN KHOA
16. Y HỌC CỔ TRUYỀN
17. CẤP CỨU BAN ĐẦU



¥509 194

GT DIỆU D... 41... IE



10152316

28.500 đ/C

hn.p

08/04/5

Giá: 28.500đ