

BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI
TRƯỜNG CAO ĐẲNG PHƯƠNG ĐÔNG

GIÁO TRÌNH

MÔ ĐUN: CHĂM SÓC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

NGÀNH/ NGHỀ: ĐIỀU DƯỠNG

TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: /QĐ-CDPD ngày ...tháng... năm
của Hiệu trưởng trường cao đẳng Phương Đông*

Quảng Nam, năm 2019

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Việc cung cấp giáo trình, tài liệu tham khảo cho sinh viên học tập, nghiên cứu là nhiệm vụ cần thiết của các cơ sở giáo dục nghề nghiệp. Nhà trường biên soạn tài liệu này nằm trong kế hoạch xây dựng hệ thống giáo trình các môn học. Mục tiêu của giáo trình nhằm cung cấp cho sinh viên một tài liệu tham khảo chính về môn học này, đồng thời trang bị những kiến thức và một số kỹ năng chủ yếu trong hoạt động nghề nghiệp chuyên môn.

Nhà trường xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành đến các thầy cô là giảng viên, giáo viên, nhà nghiên cứu, Ban chỉ đạo biên soạn, Hội đồng thẩm định giáo trình nhà trường đã cố gắng hoàn thành nhiệm vụ quan trọng này để sinh viên có được tài liệu tham khảo, nghiên cứu và học tập.

Mặc dù các tác giả, Hội đồng biên soạn giáo trình, Hội đồng thẩm định giáo trình đã thực hiện đúng quy trình chuyên môn và hết sức cố gắng, song giáo trình này vẫn không tránh khỏi những hạn chế, thiếu sót. Mong đọc giả tiếp tục góp ý để nhà trường tiếp tục sửa chữa, hoàn thiện hơn nữa.

Xin trân trọng cảm ơn!

T.M TÁC GIẢ THAM GIA BIÊN SOẠN
Chủ biên

MỤC LỤC

BÀI 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM.....	1
BÀI 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RUT CẤP.....	4
BÀI 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE.....	10
BÀI 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT.....	17
BÀI 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ.....	24
BÀI 6: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN.....	31
BÀI 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU.....	41
BÀI 8: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ.....	49
BÀI 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI.....	56
BÀI 10: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG.....	64
BÀI 11: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN MẮC BỆNH GIUN SÁN.....	71
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	79

GIÁO TRÌNH MÔ ĐUN

Tên môn học/mô đun: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Mã môn học/mô đun: MĐ32

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** Chăm sóc bệnh truyền nhiễm là môn học bắt buộc trong chương trình dạy nghề trình độ trung cấp, trình độ cao đẳng.

- **Tính chất:** Chăm sóc bệnh truyền nhiễm là một trong những nội dung quan trọng của đào tạo nghề nhằm thực hiện mục tiêu giáo dục toàn diện người lao động.

Các học phần tiên quyết: Giải phẫu sinh lý, điều dưỡng cơ bản cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở 1,2.

Các học phần học trước: Sinh lý bệnh, dược lý đại cương, dinh dưỡng và tiết chế, bệnh học nội khoa, chăm sóc nội khoa.

Các học phần song hành: Chăm sóc nội khoa, chăm sóc sản khoa, chăm sóc nhi khoa, chăm sóc hồi sức tích cực, chăm sóc ngoại khoa.

II. Mục tiêu của học phần

- **Về kiến thức:** Liệt kê được các kỹ thuật cận lâm sàng dùng trong y học nhiệt đới.

- **Về kỹ năng:** Sử dụng được các thiết bị trong chăm sóc người mắc bệnh truyền nhiễm. Thực hiện được các kỹ thuật chăm sóc người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm. Lập và thực hiện được quy trình chăm sóc người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm.

- **Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:** Thận trọng, tỷ mỉ khi tiến hành các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh.

Tôn trọng người bệnh trong suốt quá trình chăm sóc.

III. Nội dung môn học:

Bài 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Mục tiêu học tập:

1. Định nghĩa được bệnh truyền nhiễm
2. Trình bày được các đặc điểm của bệnh truyền nhiễm
3. Trình bày được các yếu tố để chẩn đoán bệnh truyền nhiễm
4. Nêu được các vấn đề chăm sóc bệnh truyền nhiễm

1. Định nghĩa bệnh truyền nhiễm

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

2. Đặc điểm bệnh truyền nhiễm

2.1 Tính đặc hiệu

Bệnh truyền nhiễm là bệnh do vi sinh vật gây ra gọi là mầm bệnh, mỗi bệnh truyền nhiễm do một loại mầm bệnh gây nên.

Mầm bệnh được xét nghiệm trực tiếp như cấy bệnh phẩm hay tiêm truyền các bệnh phẩm đó cho động vật thí nghiệm hoặc xác định gián tiếp bằng cách xác định các kháng thể đặc hiệu xuất hiện trong cơ thể như các phương pháp chẩn đoán huyết thanh để tìm di ứng bằng chứng nghiệm trên da. Vì vậy mà lâm sàng bệnh truyền nhiễm bao giờ cũng gắn liền với vi khuẩn học và ký sinh trùng học.

2.2 Tính lây truyền

Bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền từ người bệnh hoặc người mang mầm bệnh sang người lành bằng nhiều đường khác nhau gọi là quá trình sinh dịch

Quá trình sinh dịch gồm ba yếu tố:

- Nguồn lây: Người, động vật bị bệnh mang mầm bệnh
- Đường lây: Các điều kiện ngoại cảnh tạo đảm bảo cho mầm bệnh tồn tại và lan truyền từ nguồn lây đến người tiếp xúc.
- Cơ thể cảm thụ: Là cơ thể tiếp nhận mầm bệnh và phát bệnh. Sau khi mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể, các cơ thể khác nhau sẽ có đáp ứng khác nhau và kết quả là có nhiều hình thái lâm sàng và biểu hiện bệnh khác nhau phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- + Khả năng miễn dịch
- + Tuổi, giới
- + Nghề nghiệp
- + Địa phương, tập quán sinh hoạt
- + Điều kiện kinh tế xã hội

- Nếu ở trong một tập thể hoặc một địa phương có số lớn người không miễn dịch đối với mầm bệnh đó thì dịch sẽ xảy ra, đó là đặc tính nguy hiểm nhất và quan trọng nhất về mặt xã hội của bệnh truyền nhiễm.

2.3 Tính chu kỳ

Nói chung các bệnh truyền nhiễm phát triển có chu kỳ và trải qua 4 giai đoạn (hay thời kỳ): nung bệnh, khởi phát, toàn phát và lui bệnh

2.4 Tính sinh miễn dịch đặc hiệu

Mầm bệnh vào cơ thể, cơ thể có phản ứng miễn dịch: thực bào và sinh kháng thể đặc hiệu. Thời gian và mức độ miễn dịch khác nhau ở từng cơ thể tùy theo bệnh

3. Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm

Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm thường dựa vào:

3.1 Dịch tễ

Khai thác những người cùng sống đã có ai mắc bệnh tương tự chưa, nhất là tiếp xúc với những người bệnh có căn bệnh đã được chẩn đoán

Động vật nơi sống có gì đặc biệt

Khu vực người bệnh sống hoặc đến công tác có dịch lưu hành, mùa bệnh

Yếu tố dịch tễ chỉ là tham khảo, gợi ý hướng chẩn đoán

3.2 Lâm sàng

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

3.3 Cận lâm sàng

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

Xét nghiệm đặc hiệu: là yếu tố quyết định chẩn đoán, có thể xác định được mầm bệnh hoặc các dấu chứng của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể)

4. Chăm sóc bệnh truyền nhiễm

4.1 Nguyên tắc

Khẩn trương, đáp ứng các nhu cầu của người bệnh, giúp việc điều trị đạt kết quả tốt. Chăm sóc phải đảm bảo phòng bệnh, cách ly người bệnh

4.2 Các biện pháp chăm sóc

- Cách ly người bệnh truyền nhiễm: tùy bệnh và mức độ nặng nhẹ của người bệnh để áp dụng biện pháp cách ly tại nhà hoặc bệnh viện

+ Cách ly tại nhà: bệnh sởi, bệnh thủy đậu không có biến chứng. Những bệnh này hạn chế tiếp xúc với người lành nhất là trẻ em, người chăm sóc đã tiêm chủng hay mắc bệnh rồi.

+ Cách ly tại buồng bệnh: hầu hết các bệnh truyền nhiễm

- Hạ sốt: người bệnh nhiễm khuẩn thường có sốt. Cần theo dõi sốt nhất là trẻ em để co giật, mê sảng
 - + Khi hạ sốt ưu tiên dùng phương pháp vật lý như quạt nhẹ, nới rộng quần áo, lau mát...
 - + Khi thân nhiệt hạ đột ngột người bệnh có thể lạnh thì phải ủ ấm
 - + Sau cơn sốt thường toát mồ hôi, khát nước, vì vậy phải cho người bệnh uống đủ nước, lau người khô ráo và giữ yên tĩnh cho người bệnh ngủ
 - Chăm sóc da và niêm mạc
 - Vệ sinh răng miệng, mũi, họng, mắt...
 - Nuôi dưỡng người bệnh
 - + Cho ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng trong giai đoạn cấp
 - + Giai đoạn hồi phục cho ăn về chế độ bình thường dần
 - + Người bệnh không nuốt được hoặc nôn nhiều cho ăn qua sonde và truyền dịch
 - Phải tiến hành tẩy uế buồng bệnh thường xuyên và tẩy uế cuối cùng
- Tẩy uế thường xuyên: nhằm tiêu diệt mầm bệnh hàng ngày ở buồng bệnh bao gồm:
- + Lau sàn nhà, tường nhà, giường bệnh...
 - + Đồ vải ngâm và giặt xà phòng, phơi nắng
 - + Bô chậu ngâm dung dịch khử khuẩn, rồi ngâm xà phòng rửa sạch để lên giá cho khô
 - + Diệt ruồi, muỗi, chấy, rận, rệp...
- Tẩy uế cuối cùng: tiến hành khi không có người bệnh như: rửa tường, sàn nhà, giường bệnh, chiếu đèn cực tím nếu có.

Bài 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RUT CẤP

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, lâm sàng, hướng điều trị, dự phòng bệnh viêm gan vi rút cấp.
2. Nhận định và lập kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm gan vi rút cấp.

1. Tổng quan

Viêm gan vi rút cấp là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường gặp, do vi rút viêm gan gây nên với đặc trưng là tổn thương viêm lan tỏa và hoại tử tế bào gan.

Là bệnh phổ biến trên thế giới với nhiều nguyên nhân khác nhau; mỗi loại có đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hình thái. Thuật ngữ viêm vi-rút cấp thường liên quan đến nhiễm trùng gan do một trong những loại vi-rút viêm gan. Các vi-rút khác (ví dụ, Epstein-Barr virus, vi-rút sốt vàng, cytomegalovirus) cũng có thể gây viêm gan vi-rút cấp nhưng ít gặp hơn.

2. Kiến thức liên quan

2.1 Dịch tễ học

Bệnh cảnh lâm sàng điển hình thường qua 2 thời kỳ tiền hoàng đản và hoàng đản. Có 6 loại vi rút viêm gan, đó là: viêm gan vi rút A, viêm gan vi rút B, viêm gan vi rút C, viêm gan vi rút D, viêm gan vi rút E, viêm gan vi rút G. Với vi rút viêm gan B và C bệnh có thể tiến triển từ cấp tính sang mạn tính và dẫn tới xơ gan, ung thư tế bào gan.

2.2 Cơ chế bệnh sinh

Bệnh thường biểu hiện qua các thời kỳ sau:

- *Thời kỳ thâm nhập của vi rút:* với vi rút A và E thâm nhập theo đường tiêu hóa. Vi rút B, C, D, G thâm nhập theo đường máu.
- *Thời kỳ nhân lên của vi rút:* tại các tổ chức đường tiêu hóa, sau đó là các hạch Lympho mạc treo, vi rút được nhân lên. Do tác động của vi rút làm tăng tính thấm của tế bào, thoái hóa – hoại tử tổ chức.
- *Thời kỳ nhiễm vi rút huyết tiên phát:* vi rút từ hạch Lympho vào máu gây ra các phản ứng của cơ thể biểu hiện bằng sốt.
- *Thời kỳ lan tràn tổ chức:* vi rút từ máu thâm nhập vào tất cả các cơ quan mà chủ yếu là gan, vi rút gây tổn thương gan: phân hủy tế bào nhu mô gan, tổn thương tế bào trung diệp, ứ tắc mật.
- *Thời kỳ nhiễm vi rút huyết thứ phát:* vi rút từ gan trở lại máu gây nên những đợt bột phát, hiện tượng nhiễm độc dị ứng, phát sinh biến chứng và tái phát.

2.3 Triệu chứng lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: chưa có triệu chứng lâm sàng, phụ thuộc vào loại vi rút viêm gan:

- + Viêm gan A: 1- 6 tuần
 - + Viêm gan B: 1- 6 tháng
 - + Viêm gan C: 1- 6 tháng
 - + Viêm gan D: 1- 3 tháng
 - + Viêm gan E: 1- 2 tháng
- Thời kỳ khởi phát: cách khởi phát của viêm gan rất đa dạng
- + Sốt nhẹ hoặc sốt vừa trong vài ngày đến một tuần
 - + Đau tức vùng hạ sườn phải, hầu hết có gan to.
 - + Chán ăn, sợ mỡ, buồn nôn, nôn, đau bụng và đôi khi rối loạn đại tiện.
 - + Đau các khớp
 - + Sổ mũi, đau họng, ho khan
 - + Mệt mỏi, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ
 - + Nước tiểu màu vàng thẫm.
 - + Xét nghiệm nước tiểu có Urobilinogen (+).
- Thời kỳ toàn phát:
- + Bệnh nhân hầu như hết sốt.
 - + Gan to, đau, có thể có lách to
 - + Chán ăn, sợ mỡ, mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa, vàng da nặng, phân trắng như vôi hoặc phân bạc màu.
 - + Nước tiểu ít và sẫm màu như nước vối, người bệnh rất ngứa nên có nhiều vết gãi trên da.
 - + Xét nghiệm: Transaminase tăng cao, đặc biệt SGPT, Bilirubin toàn phần tăng (chủ yếu là Bilirubin trực tiếp), Urobilinogen trong nước tiểu từ (+) sang (-). Xét nghiệm công thức máu ít biến đổi.
- Giai đoạn lui và phục hồi:
- Người bệnh cảm thấy dễ chịu, các triệu chứng của bệnh mất dần, ăn ngủ được, nước tiểu trong, gan thu dần về bình thường, các xét nghiệm dần trở về bình thường. Tuy vậy cảm giác mệt mỏi, tức nặng vùng gan nhất là sau khi ăn còn có thể kéo dài.
- ## 2.4 Chẩn đoán
- Căn cứ vào lâm sàng
 - Căn cứ vào xét nghiệm
 - Căn cứ vào tiền sử, dịch tễ
- ## 2.5 Điều trị
- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, tất cả điều trị chỉ giải quyết triệu chứng, nâng cao thể trạng và tránh các biến chứng.

- Nghỉ ngơi, nằm nghỉ tại giường trong giai đoạn khởi phát và toàn phát sau đó hoạt động nhẹ nhàng. Ở tư thế nằm, lượng máu qua gan sẽ tăng lên 25 – 30 %, giúp cho gan được tưới máu nhiều hơn.
- Chế độ ăn giàu đạm, đường, Vitamin, giảm mỡ động vật nhất là các món xào, rán. Tăng cường hoa quả tươi và sữa chua.
- Kiên rượu - bia, hạn chế sử dụng các thuốc, hóa chất độc cho gan.
- Thuốc: truyền dịch, lợi mật, lợi tiểu khi có vàng da đậm, thuốc có tác dụng bảo vệ tế bào gan, làm giảm men Transeminase, thuốc chống vi rút, VitaminK khi có hội chứng xuất huyết, các Vitamin nhómB.

3. Qui trình chăm sóc

3.1 Nhận định

- Tình trạng toàn thân
- Tiền sử về viêm gan
- Tình trạng vàng da:
 - + Thời kỳ tiền vàng da
 - + Thời kỳ vàng da : Đánh giá mức độ vàng da và sự tổn thương của gan, gan to, trẻ em gan to hơn và có thể có lách to.
- Ý thức, vận động: tiền hôn mê gan
- Dấu hiệu xuất huyết da, niêm mạc
- Yêu cầu về dinh dưỡng (nếu người bệnh hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ)
- Đau tức vùng hạ sườn phải?
- Chán ăn, khó tiêu, đi cầu?
- Số lượng và màu sắc nước tiểu
- Kiến thức của người bệnh về nguyên nhân, triệu chứng và cách phòng bệnh.

3.2 Vấn đề chăm sóc

Qua hỏi người bệnh, quan sát, thăm khám, thu thập thông tin, các vấn đề chăm sóc có thể gặp ở người bệnh viêm gan vi rút như sau:

- Người bệnh sốt do nhiễm virút
- Chán ăn, buồn nôn, đầy bụng
- Mệt mỏi, lo lắng, khó ngủ.
- Đau vùng hạ sườn phải
- Vàng da, vàng mắt.
- Người bệnh đi tiểu ít, màu vàng đậm

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc:

3.3.1 Người bệnh sốt do nhiễm virút

- * Mục tiêu
- Hạ sốt

* Can thiệp

- Lau mát, thực hiện y lệnh thuốc hạ nhiệt

3.3.2 Chán ăn, buồn nôn, đầy bụng

* Mục tiêu

- Động viên người bệnh ăn uống

* Can thiệp

- Đảm bảo dinh dưỡng hợp lý

3.3.3 Mệt mỏi, lo lắng, khó ngủ.

* Mục tiêu

- Giảm lo lắng, giúp người bệnh ngủ được

* Can thiệp

- Trấn an tinh thần, giúp người bệnh ngủ đủ giấc.

3.3.4 Đau vùng hạ sườn phải

* Mục tiêu

- Giảm đau

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng đau vùng hạ sườn phải

3.3.5 Vàng da, vàng mắt.

* Mục tiêu

- Giảm vàng da, vàng mắt

* Can thiệp

- Theo dõi và đánh giá tình trạng vàng da, vàng mắt.

- Uống nhiều nước

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

3.3.6 Người bệnh đi tiểu ít, màu vàng đậm

* Mục tiêu

- Nước tiểu bớt vàng

* Can thiệp

- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu

- Uống nhiều nước

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi phòng thoáng, nới rộng áo quần, lau mát toàn thân bằng nước ấm, thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt, theo dõi sát nhiệt độ. Trường hợp viêm gan nặng diễn tiến tới cấp gây suy hô hấp, theo dõi nhịp thở, màu sắc da, nếu có suy hô hấp cho người bệnh thở oxy. Trường hợp viêm gan nặng diễn tiến tới cấp gây xuất huyết

tiêu hóa có thể gây suy tuần hoàn, cần theo dõi sát mạch và huyết áp, theo dõi biến chứng cơ tim.

- Đảm bảo nhu cầu về dinh dưỡng:

- + Cho ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng có thể chia nhiều bữa nhỏ
- + Tăng đạm, tăng đường, hạn chế mỡ
- + Tăng Vitamin đặc biệt là Vitamin C, khuyên người bệnh ăn trái cây tươi.
- + Kiêng rượu 6 tháng.
- + Vệ sinh răng miệng.

- Cải thiện trạng thái tâm lý:

+ Để người bệnh nghỉ ngơi thoải mái cả về thể chất và tinh thần, giải thích tình trạng bệnh, động viên, an ủi người bệnh người bệnh yên tâm điều trị.

+ Dặn người bệnh và những người xung quanh nên giữ bệnh phòng yên tĩnh, không tiếp khách khi tới giờ ngủ. Tinh thần thoải mái, không suy nghĩ lo lắng để dễ đi vào giấc ngủ.

- Theo dõi tình trạng đau vùng gan của người bệnh.

- Theo dõi và đánh giá mức độ vàng da, nốt xuất huyết trên da, màu sắc phân. Chăm sóc da sạch sẽ.

- Theo dõi màu sắc và số lượng nước tiểu trong ngày. Khuyên người bệnh uống nhiều nước. Thực hiện thuốc theo y lệnh thuốc lợi gan mật.

- Thực hiện y lệnh chính xác, đầy đủ: thuốc, các xét nghiệm

3.5 Lượng giá

- Người bệnh hết sốt

- Đau vùng hạ sườn phải giảm dần

- Người bệnh cảm thấy khỏe, ngủ được và ăn có cảm giác ngon miệng.

- Vàng da, vàng mắt giảm dần

- Người bệnh đi tiểu số lượng tăng, màu sắc nhạt dần và vàng trong.

4. Tình hướng lâm sàng

Lúc 8 giờ ngày 16/8/2015 người bệnh tên là NGUYỄN VĂN NGHÊ 60 tuổi vào nhập viện khoa Y học nhiệt đới. Ghi nhận tại khoa như sau:

Người bệnh tỉnh, tiếp xúc được. Thể trạng gầy 45 kg. Da và kết mạc mắt vàng đậm. Chán ăn, khó tiêu. Tụ tiểu, nước tiểu màu vàng đậm. Đi cầu phân bạc màu.

4.1. Bổ sung nhận định

4.2 Đưa ra vấn đề chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Tư vấn về tình trạng của người bệnh, không nên quá lo lắng.

- Nghỉ ngơi trong 6 tháng đầu, tránh lao động gắng sức

- Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng: ăn nhiều chất đạm, chất đường, hạn chế dầu mỡ, uống nhiều nước, tăng cường Vitamin.
- Có thể dùng các cây thuốc nam có tác dụng lợi tiểu như: râu bắp, rễ cỏ tranh, mã đề... Tác dụng lợi mật như: nhân trần, bồ bồ, diệp hạ châu, nhọ nồi, kim ngân hoa..
- Phòng ngừa lây truyền bệnh cho gia đình và những người xung quanh (Dựa vào đường lây truyền).

6. Tư vấn giáo dục sức khỏe

- Đảm bảo an toàn trong tiêm - truyền máu, phẫu thuật để tránh nhiễm vi rút viêm gan B,C,D,G. Viêm gan vi rút B có thể lây qua đường tình dục do vậy quan hệ tình dục an toàn.
- Tiêm vaccin phòng bệnh.
- Vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh an toàn thực phẩm, quản lý và khử trùng phân của bệnh nhân để tránh nhiễm viêm gan vi rút A và E.
- Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng để nâng cao thể trạng, tăng cường trái cây để cung cấp Vitamin.
- Nghỉ ngơi hợp lý
- Rèn luyện thể dục thể thao để nâng cao sức đề kháng.
- 6 tháng sau đến tái khám để đánh giá tình trạng bệnh (có nguy cơ chuyển sang mạn tính không).

7 Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Trong những loại vi rút gây viêm gan, vi rút nào dễ gây viêm gan mạn tính

- A. Vi rút B,C
- B. Vi rút B,A
- C. Vi rút E,C
- D. Vi rút D,C

Câu 2: Trường hợp viêm gan diễn tiến tới cấp người bệnh có thể

- A. Suy hô hấp
- B. Suy thận
- C. Suy gan
- D. Suy đa phủ tạng

Câu 3: Chế độ ăn của người bệnh viêm gan vi rút cấp nên:

- A. Tăng đạm, tăng đường, hạn chế mỡ, tăng Vitamin
- B. Tăng đạm, giảm đường, hạn chế mỡ, tăng Vitamin
- C. Giảm đạm, tăng đường, hạn chế mỡ, tăng Vitamin
- D. Tăng đạm, tăng đường, tăng dầu mỡ, tăng Vitamin

Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, lâm sàng, hướng điều trị và các biện pháp phòng bệnh sốt xuất Dengue .
2. Nhận định và lập kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue .

1. Tổng quan

Bệnh sốt Dengue được Spaniards mô tả lần đầu tiên vào năm 1764. Căn nguyên gây bệnh là các vi rút Dengue do Ashburn và Graig phát hiện năm 1907. Năm 1953 một vụ dịch sốt xuất huyết Dengue xảy ra ở Philippin. Năm 1958 một vụ dịch tương tự xảy ra ở Thái lan, căn nguyên gây bệnh là các vi rút Dengue đã được xác định. Do dịch ngày càng lan rộng ra các nước Đông nam á, như Việt nam năm 1958- 1960, Singapo, Lào, Cămpuchia ... và các nước Tây Thái Bình Dương trong những năm sau, tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 1964 đã thống nhất tên gọi của bệnh là sốt xuất huyết Dengue.

Cho đến nay, hầu hết các nước trên thế giới đều có thể có bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue. Nhiều công trình nghiên cứu về bệnh này đã được tiến hành. Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề như cơ chế bệnh sinh của bệnh, điều trị những thể bệnh nặng và phòng chống dịch bệnh sốt xuất huyết Dengue vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

2. Kiến thức liên quan

Dengue xuất huyết là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút Dengue gây ra và muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh. Bệnh có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sốt cấp và xuất huyết với nhiều dạng khác nhau, những thể nặng có sốc do giảm khối lượng máu lưu hành.

2.1. Dịch tễ học

- Mầm bệnh :

Vi rút Dengue có 4 typ huyết thanh: I, II, III, IV, ở nước ta cũng gặp cả 4 typ nhưng chủ yếu là typ I và II.

- Nguồn bệnh :

Là người bệnh, cần chú ý những người mắc thể nhẹ, ít được quản lý nên là nguồn bệnh quan trọng

- Đường lây truyền:

Chủ yếu là muỗi *Aedes aegypti* (ở thành thị), thứ yếu là muỗi *A.albopictus* (ở nông thôn và trong rừng). Ngoài ra vi rút Dengue còn ở một số muỗi *Aedes* khác.

Aedes aegypti là loại muỗi vẫn có nhiều ở thành phố, thị xã, sống trong nhà và ngoài trời, ưa đốt người, đốt dai, sau khi đốt đậu ở nơi tối. Chủ yếu đốt vào ban ngày,

bay xa 400m, đầu cao 2m trở xuống. Sinh sản thuận lợi ở những dụng cụ chứa nước nhân tạo gần nhà. Nhiệt độ thuận lợi cho trứng phát triển là trên 26⁰C (11-18 ngày), nhiệt độ cao hơn 32-35⁰C chỉ cần 4-7 ngày.

- Cơ thể cảm thụ:

Chủ yếu là trẻ em, lứa tuổi bị bệnh có xu hướng càng ngày càng nhỏ dần. Địa phương lần đầu có dịch thì mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh. Không có khác nhau về giới tính.

2.2 Cơ chế bệnh sinh

Vi rút Dengue có thể gây nhiều thể bệnh khác nhau, hiện nay có hai giả thuyết chính :

- Giả thuyết về độc lực của vi rút
- Giả thuyết về cơ địa người bệnh: người bệnh bị sốt Dengue và Dengue xuất huyết có sức do nhiễm Dengue xuất huyết khác typ và đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Giả thuyết này được nhiều người ủng hộ.

- Dengue xuất huyết : có hai rối loạn chủ yếu

* Tăng tính thấm thành mạch :

Do phản ứng kháng nguyên- kháng thể- bổ thể, do vi rút Dengue sinh sản trong bạch cầu đơn nhân dẫn đến.

- + Giải phóng chất trung gian vận mạch
- + Kích hoạt bổ thể
- + Giải phóng Thromboplastin tổ chức

* Rối loạn đông máu do

- + Tăng tính thấm và tổn thương thành mạch
- + Tiểu cầu giảm
- + Các yếu tố đông máu giảm do bị tiêu thụ vào quá trình tăng đông
- + Suy gan: giảm tổng hợp các yếu tố đông máu.

2.3 Triệu chứng lâm sàng

2.3.1 Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 4- 10 ngày

2.3.2 Thời kỳ khởi phát: thường đột ngột bằng sốt cao (thường ngắn).

2.3.3 Thời kỳ toàn phát

- Hội chứng nhiễm khuẩn - nhiễm độc

- + Sốt: thường sốt cao liên tục, trung bình 4-7 ngày, cũng có khi sốt dao động. Khi hạ nhiệt độ có thể xuống từ từ, nhưng thường là hạ đột ngột, kèm theo huyết áp hạ.

- + Có thể có gai rét, nhức đầu nhiều, đau mỏi toàn thân, vã mồ hôi, buồn nôn và nôn, ăn ngủ kém, mệt nhiều...

- + Bạch cầu bình thường hoặc giảm nhẹ.

- Hội chứng xuất huyết:

Thường gặp ở ngày thứ 3 đến ngày thứ 7. Có thể gặp một hoặc nhiều dạng xuất huyết kết hợp. Nếu không có chấm xuất huyết nhiều thì nghiệm pháp dây thắt cũng (+) (dấu Lacet). Các dạng xuất huyết thường gặp:

+ Xuất huyết dưới da: có thể gặp các dạng chấm, đốm hoặc nốt xuất huyết dưới da. Đốm xuất huyết thường có rải rác khắp cơ thể, nhưng thường mọc dày ở cẳng chân, cẳng tay.

+ Xuất huyết niêm mạc: hay gặp nhất là chảy máu cam, chảy máu lợi, chảy máu chân răng ít gặp hơn, cũng có khi xuất huyết dưới kết mạc.

+ Xuất huyết phủ tạng: phổ biến nhất là xuất huyết tiêu hóa (nôn và đi cầu ra máu hoặc phân đen), sau đó là xuất huyết niệu (đái ra máu), ho ra máu, xuất huyết màng não, phụ nữ thường gặp xuất huyết tử cung (kinh nguyệt bất thường, kéo dài)....

- Các triệu chứng khác:

+ Tim mạch: khi mất nước nhiều, xuất huyết nhiều hoặc khi có sốc thường mạch nhanh và yếu. Huyết áp thường giảm khi hạ sốt hoặc khi xuất huyết nhiều, nặng hơn là tụt huyết áp hoặc sốc.

+ Tiêu hóa: thường hay gặp đau bụng, đau vùng gan, gan to, các xét nghiệm về gan ít nhiều có thay đổi... Một số trường hợp có rối loạn tiêu hóa (ỉa lỏng, chướng bụng).

+ Hạch: một số người bệnh có hạch sưng đau nhẹ toàn thân.

+ Ban rát sần có thể gặp, cũng hiếm gặp hơn trong Dengue cổ điển.

+ Nhức đầu, đau mình mẩy, có thể có kích thích hoặc li bì...

+ Hô hấp: có thể viêm đường hô hấp trên xuất hiện sớm giống như cúm. Muộn hơn có thể có tràn dịch màng phổi hoặc viêm phổi.

+ Có biểu hiện mất nước, máu cô (Hematocrit tăng), rối loạn điện giải, giảm Na^+ Cl^-

+ Rối loạn đông máu: tiểu cầu giảm, tỷ lệ Prothombin giảm, Fibrinogen máu giảm.

2.4 Chẩn đoán

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng

- Dựa vào cận lâm sàng

- Dựa vào yếu tố dịch tễ.

2.5 Điều trị

- Bổ sung dịch sớm tùy theo mức độ: uống ORS, uống nước chanh, nước cam. Có dấu hiệu mất nước thì truyền dịch.

- Hạ nhiệt khi sốt cao bằng Paracetamol, lau mát.

- Nếu có xuất huyết nặng thì truyền máu, truyền dung dịch cao phân tử, Plasma

- Phát hiện và xử trí sớm nếu có sốc.

- Nuôi dưỡng đầy đủ.

3. Qui trình chăm sóc

3.1. Nhận định

- Tình trạng hô hấp: quan sát màu sắc da, niêm mạc. Đếm nhịp thở, kiểu thở
- Tình trạng tuần hoàn: đếm mạch, huyết áp
- Tình trạng chung: đo nhiệt độ, giai đoạn hạ sốt có thể rơi vào sốt.
- Tình trạng xuất huyết:
 - + Xuất huyết tự nhiên hay xuất huyết sau thủ thuật.
 - + Xuất huyết ngoài da, chảy máu cam, chảy máu răng - lợi,.
 - + xuất huyết tiêu hóa, tiết niệu, não - màng não...
- Giai đoạn hạ nhiệt: từ ngày thứ 3 đến ngày thứ năm theo dõi tình trạng tiền choáng và choáng
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ, màu sắc.
- Tri giác người bệnh.
- Tình trạng ăn uống.

3.2 Vấn đề chăm sóc

2 Vấn đề chăm sóc

Qua hỏi người bệnh, quan sát, thăm khám, thu thập thông tin, các vấn đề chăm sóc có thể gặp ở người bệnh sốt xuất huyết Dengue như sau:

- Sốt cao liên tục
- Chảy máu cam, chảy máu răng - lợi.
- Các nốt xuất huyết toàn thân.
- Đau đầu, mệt mỏi
- Chán ăn, buồn nôn.
- Lo lắng, mất ngủ
- Tiểu ít...

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1 Người bệnh sốt cao do nhiễm virút

* Mục tiêu

- Hạ sốt

* Can thiệp

- Lau mát, thực hiện y lệnh thuốc hạ nhiệt
- Theo dõi sát nhiệt độ

3.3.2 Chảy máu cam, chảy máu răng - lợi.

* Mục tiêu

- Giảm chảy máu

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng chảy máu

- Vệ sinh răng - miệng

3.3.3 Các nốt xuất huyết toàn thân.

* Mục tiêu

- Theo dõi tình trạng xuất huyết

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng xuất huyết dưới da

- Vệ sinh thân thể

- Theo dõi mạch, huyết áp.

3.3.4 Đau đầu, mệt mỏi

* Mục tiêu

- Giảm đau

* Can thiệp

- Hướng dẫn massage vùng đầu và trán

- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau

3.3.5 Chán ăn, buồn nôn.

* Mục tiêu

- Đảm bảo dinh dưỡng

* Can thiệp

- Tăng cường các chất dinh dưỡng, Vitamin

3.3.6 Lo lắng, mất ngủ

* Mục tiêu

- Giảm lo lắng, giúp người bệnh dễ ngủ

* Can thiệp

- Trấn an tinh thần

- Giữ yên tĩnh trong giờ ngủ

3.3.7 Tiểu ít

* Mục tiêu

- Tăng số lượng nước tiểu

* Can thiệp

- Khuyến người bệnh uống nhiều nước

- Theo dõi lượng nước tiểu trong ngày

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Lau mát thường xuyên cho người bệnh bằng nước ấm. Không được dùng nước đá, nước lạnh để lau vì càng khiến cơ thể sốc nhiệt, sốt cao hơn. Khi sốt cao > 39⁰c cho người bệnh uống thuốc hạ sốt đúng theo y lệnh, chủ yếu dùng Paracetamol, không dùng quá liều vì thuốc có thể gây độc cho gan. Cho người bệnh nằm phòng thoáng mát, mặc

quần áo mềm - mỏng- rộng để không gây cản trở lau mát và tỏa nhiệt. Theo dõi sát nhiệt độ.

- Dẫn người bệnh không nên đánh răng, súc miệng bằng nước muối 2- 3 lần/ ngày. Theo dõi tình trạng chảy máu cam, chảy máu răng - lợi.

- Theo dõi tình trạng xuất huyết dưới da, dẫn người bệnh nếu có ngứa thì không nên gãi vì có thể làm trầy xước da, vệ sinh thân thể sạch sẽ. Theo dõi mạch và huyết áp.

- Hướng dẫn người nhà có thể massage nhẹ nhàng vùng đầu và trán, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau.

- Nuôi dưỡng: cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu như cháo, súp đảm bảo đầy đủ chất dinh dưỡng, cho ăn ít, nhiều bữa để tránh nôn. Không ăn - uống những thức ăn, nước uống có màu đỏ sẫm vì dễ nhầm xuất huyết tiêu hóa khi người bệnh nôn. Tăng cường nhiều hoa quả tươi.

- Để người bệnh nghỉ ngơi hoàn toàn đầu không kê gối, phòng bệnh yên tĩnh, trấn an tinh thần để người bệnh yên tâm điều trị.

- Cho người bệnh uống nhiều nước: bù nước do sốt và nôn. Khuyến người bệnh uống nước ORS, nước trái cây, nước cháo loãng với muối, uống lượng nhỏ, nhiều lần. Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu trong ngày.

- Lập đường truyền để giữ ven, hạn chế các thủ thuật gây chảy máu.

3.5 Lượng giá

- Nhiệt độ giảm, bớt nhức đầu, người bệnh yên tâm điều trị

- Ăn uống được, ngủ được, cảm giác đỡ mệt

- Tình trạng xuất huyết giảm dần. Không có xuất huyết nội tạng.

- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định.

- Lượng nước tiểu dần trở lại bình thường.

- Không xảy ra choáng

- Thực hiện đầy đủ, kịp thời y lệnh về thuốc và các xét nghiệm.

4. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Những trường hợp xuất huyết nhẹ có thể hướng dẫn nghỉ ngơi, chăm sóc tại nhà, dẫn người bệnh khi có dấu hiệu bất thường thì nhập viện ngay.

- Khi người bệnh ra viện hướng dẫn người bệnh cách ăn uống, nghỉ ngơi tại nhà để phục hồi sức khỏe.

5. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người bệnh biết nguyên nhân gây bệnh và cách phòng chống muỗi đốt cũng như diệt bọ gậy - diệt muỗi trong gia đình.

- Cần cho người bệnh biết mức độ nguy hiểm của bệnh đặc biệt biến chứng của bệnh.

- Hướng dẫn cho người bệnh cách ăn uống, nghỉ ngơi trong thời gian nằm viện.

Cách pha và uống dung dịch ORS.

6. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Thị An 26 tuổi vào viện với các dấu hiệu sau: Người bệnh sốt cao 40°C, sốt liên tục, người mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, khát nước nhiều. Khám thấy có chảy máu răng - lợi.

6.1 Bổ sung nhận định

6.2 Vấn đề chăm sóc

6.3 Lập kế hoạch chăm sóc

7. Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Nguyên nhân gây bệnh sốt xuất huyết là do:

A. Vi rút Dengue

B. Do muỗi vằn đốt

C. Do muỗi Aedes

D. Do muỗi Aedes aegypti

Câu 2: Khi thực hiện thủ thuật trên người bệnh sốt xuất huyết có giảm tiểu cầu nên chú ý:

A. Hạn chế các thủ thuật gây chảy máu

B. Truyền dịch để bù nước

C. Truyền máu cho người bệnh

D. Làm các xét nghiệm cần thiết

Câu 3: Người bệnh sốt xuất huyết nặng dễ dẫn đến choáng khi:

A. Người bệnh đang sốt cao, ngày thứ 2

B. Người bệnh đã hạ sốt ngày thứ 8

C. Người bệnh hạ nhiệt đột ngột ngày thứ 5

D. Người bệnh hạ nhiệt đột ngột ngày thứ 2

Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, lâm sàng, hướng điều trị và các biện pháp phòng bệnh sốt rét.
2. Nhận định và lập kế hoạch chăm sóc người bệnh sốt rét.

1. Tổng quan

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng sốt rét gây ra. Bệnh lây lan từ người bệnh sang người lành qua vật trung gian truyền bệnh là muỗi Anophen. Bệnh lưu hành địa phương và có thể phát thành dịch. Đây là một bệnh toàn thân có tổn thương nhiều cơ quan và có thể dẫn đến tử vong vì các thể sốt rét ác tính.

2. Kiến thức liên quan

2.1 Dịch tễ học

Sốt rét là một bệnh xã hội được lưu hành rất nhiều ở các quốc gia vùng nhiệt đới. Môi trường thuận lợi về nhiệt độ, độ ẩm, tình trạng nước ao tù giúp cho sự sinh sản của muỗi.

Có 4 loại ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) ở người đó là: Plasmodium. Falciparum, Plasmodium Vivax, Plasmodium Malariae, Plasmodium Ovale. Ở Việt Nam phổ biến nhất là P. Falciparum, P. vivax, tỷ lệ P. Falciparum cao hơn P.vivax.

Chu kỳ phát triển của KSTSR: hữu tính ở muỗi và vô tính ở người

+ Chu kỳ hữu tính: Giao bào được muỗi A. nophen hút vào dạ dày sẽ phát triển thành giao tử, sau thành hợp tử, trứng, trứng lớn lên và vỡ ra giải phóng thoi trùng, thoi trùng di chuyển về tuyến nước bọt của muỗi rồi truyền vào người khi muỗi đốt người.

+ Chu kỳ vô tính có 2 giai đoạn: giai đoạn trong gan và giai đoạn trong máu.

2.2 Cơ chế bệnh sinh

Thoi trùng do muỗi truyền vào sẽ vào máu trong thời gian ngắn (30 phút), rồi vào nhu mô gan, phân chia thành các meroziote (tiểu thể hoa cúc), sau đó lại xâm nhập vào máu (với P. vivax một số thoi trùng ở lại gan gọi là thể ngủ).

Các meroziote xâm nhập vào hồng cầu, phát triển thành thể nhân, sau thành thể tư dưỡng, thể phân liệt, cuối cùng phá vỡ hồng cầu và các meroziote hồng cầu từ trong thể phân liệt được giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể đực và cái (giao bào đực, giao bào cái).

Thể phân liệt vỡ ra, giải phóng các sắc tố sốt rét (hemozoin) vào máu, sắc tố này như là một chí nhiệt tố tác động lên trung tâm điều hòa thân nhiệt tương tự như một nội độc tố. Cơn sốt thường xuất hiện khi đạt ngưỡng chí nhiệt tố.

KSTSR phát triển gây thương tổn nhiều cơ quan

- Thay đổi của hồng cầu:
 - + Giảm khả năng thay đổi về hình thể, hồng cầu trở nên cứng hơn khó len lỏi qua các mao mạch.
 - + Trên bề mặt hồng cầu tạo nên những nút lồi và hồng cầu không còn trơn láng nữa.
 - + Tăng tính kết dính vào thân mao mạch
 - + Tăng tính thấm với Na^+ làm cho hồng cầu dễ vỡ
 - + Giảm khả năng vận chuyển oxy.
 - + Nhiễm sắc tố sốt rét: sắc tố sốt rét là sản phẩm chuyển hóa Hb, lúc đầu có màu vàng, sau chuyển sang màu đen, tất cả phủ tạng, da đều bị nhiễm làm cho môi thâm, da xám.
- Tổn thương thành mao mạch: các mao mạch tăng tính thấm. Nước, Protein, hồng cầu thoát ra ngoài dẫn đến tình trạng cô đặc máu.
- Thay đổi lưu lượng tuần hoàn: các vi động mạch co thắt, các vi tĩnh mạch giãn nở nên lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn.
- Thiếu dưỡng khí ở các mô: số lượng hồng cầu giảm, hồng cầu giảm khả năng vận chuyển oxy, lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn tất cả dẫn đến lượng máu đến tưới các mô bị suy giảm. Sự thiếu oxy này còn xảy ra trong chính các tế bào.
- Đông máu nội mạch rải rác
- Tổn thương cơ thể bệnh
 - + Hệ thần kinh trung ương: mô não bị phù nề với những xuất huyết điểm ở chất trắng. Các mao mạch chứa đầy các hồng cầu bị ký sinh, số lớn các hồng cầu này kết dính vào nội mạc mạch máu.
 - + Thận: thoái hóa nội bì ống thận, hoại tử vỏ thận do sự thiếu dưỡng khí ở mô. Sự giảm lưu lượng máu tới thận dẫn đến tình trạng thiếu niệu hay vô niệu.
 - + Gan: lớn, nhiều tế bào Kupffer, lymphoB và tương bào.
 - + Lách: lớn, mềm, màu xám, chứa nhiều hồng cầu mang KSTSR bị phá hủy và các sắc tố sốt rét.
 - + Tủy xương: bị phì đại, các xoang chứa đầy sắc tố sốt rét và hồng cầu nhiễm KST.
 - + Ống tiêu hóa: niêm mạc ống tiêu hóa phù nề, sung huyết, xuất huyết điểm...
 - + Tim: có thể gặp xuất huyết điểm ở màng ngoài tim, cơ tim có thể bị thoái hóa. Suy tim thường là giai đoạn cuối, nhất là ở bệnh nhân thiếu máu nặng.
 - + Phổi: thường sung huyết. Các mao mạch tăng tính thấm, có thể có phù phổi.

2.3 Triệu chứng lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng rất phong phú, có thể thay đổi từ nhẹ đến nặng

- Thời kỳ ủ bệnh:

Thay đổi tùy loại KSTSR, trung bình 12 ngày, không có triệu chứng hoặc cảm thấy khó chịu, ớn lạnh, mệt mỏi.

- Thời kỳ khởi phát:

Ở sốt rét tiên phát khởi phát theo nhiều cách: có cơn sốt rét ngay đầy đủ hoặc chỉ là sốt cao liên tục hoặc chỉ có cảm giác gai lạnh, nhức đầu và sốt nhẹ.

- Thời kỳ toàn phát: đầy đủ qua các giai đoạn

+ Giai đoạn lạnh: cơn rét run kéo dài từ 15 phút đến 1 giờ. Kèm theo mệt mỏi, nhức đầu, buồn nôn và nôn mửa. Sờ da lạnh, mạch nhanh. Đôi khi người bệnh chỉ thấy ớn lạnh hoặc cơn nhức đầu dữ dội.

+ Giai đoạn nóng: nhiệt độ tăng cao 39- 40°C, có thể từ 30 phút đến vài giờ.

Da nóng và khô, nhức đầu, giảm buồn nôn.

+ Giai đoạn vã mồ hôi: vã mồ hôi, nhiệt độ giảm, dễ chịu hơn cảm giác buồn ngủ, da ấm, mạch trở về bình thường. Giai đoạn này kéo dài khoảng trên một giờ.

Sau đó người bệnh có thời gian không sốt: đối với *P. Falciparum* 24g, *P. vivax* 48g.

- Khám thực thể: có thể có gan lớn, lách lớn. người bệnh xanh xao, thiếu máu...

2.4 Chẩn đoán:

- Dựa vào yếu tố dịch tễ
- Dựa vào triệu chứng lâm sàng
- Dựa vào xét nghiệm cận lâm sàng.

2.5 Điều trị

- Chẩn đoán sớm, điều trị sớm
- Điều trị cắt cơn, triệt căn, chống tái phát
- Nâng cao thể trạng
- Dùng thuốc an toàn, đúng liều tránh đề kháng thuốc
- Sốt rét do *P. vivax*

+ Chloroquin

+ Primaquin

- Sốt do *P. Falciparum*

+ Quinin

+ Artesunat

+ Artemisinin

+ Primaquin

3. Quy trình chăm sóc

3.1. Nhận định

- Tình trạng toàn thân
- + Sốt cao, rét run
- + Da, niêm mạc: da khô, xanh, niêm mạc nhợt nhạt, dấu xuất huyết
- Nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn,

- Đau vùng thượng vị hoặc đau dọc cột sống
- Số lượng và màu sắc nước tiểu
- Gan lớn, lách lớn
- Nghe tim: tiếng thổi tâm thu (nếu có do thiếu máu nặng).
- Các xét nghiệm: công thức máu (hồng cầu thường giảm), điện giải đồ, mật độ ký sinh trùng sốt rét.

3.2 Vấn đề chăm sóc

Qua hỏi người bệnh, quan sát, thăm khám, thu thập thông tin, các vấn đề chăm sóc có thể gặp ở người bệnh sốt rét như sau:

- Tăng thân nhiệt
- Nhức đầu, chóng mặt
- Người mệt mỏi, chán ăn
- Khát nước, da khô- nóng
- Tiểu ít, nước tiểu màu vàng hoặc màu đỏ sẫm
- Nguy cơ sốt rét ác tính. (có thể lo lắng, sợ hãi, li bì, hôn mê)

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1 Tăng thân nhiệt

* Mục tiêu

- hạ sốt

* Can thiệp

- Hạ nhiệt cho người bệnh: lau mát, uống thuốc hạ sốt
- Bệnh nhân nghỉ ngơi, hạn chế vận động nhiều do sốt cao

3.3.2 Nhức đầu, chóng mặt

* Mục tiêu

- Giảm nhức đầu

* Can thiệp

- Hướng dẫn người nhà mát sa vùng trán và thái dương
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau

3.3.3 Người mệt mỏi, chán ăn

* Mục tiêu

- Đảm bảo dinh dưỡng

* Can thiệp

- Tăng cường dinh dưỡng, uống đủ nước

3.3.4 Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt

* Mục tiêu

- Cải thiện tình trạng thiếu máu

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng da và niêm mạc
- Dẫn người bệnh ăn những thực phẩm tạo máu
- Thực hiện y lệnh thuốc: tạo máu, truyền máu (nếu có y lệnh)

3.3.5 Khát nước, da khô- nóng

* Mục tiêu

- Bù nước cho người bệnh

* Can thiệp

- Dẫn người bệnh uống nhiều nước

3.3.6 Tiểu ít, nước tiểu màu vàng hoặc màu đỏ sẫm

* Mục tiêu

- Tăng số lượng nước tiểu

* Can thiệp

- Khuyến người bệnh uống nhiều nước
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu

3.3.7 Nguy cơ sốt rét ác tính

* Mục tiêu

- Ngăn ngừa nguy cơ

* Can thiệp

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và tình trạng tri giác
- Phát hiện và báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Hạ nhiệt bằng các biện pháp như: cởi bớt quần áo, nằm phòng thoáng mát, lau mát bằng khăn ẩm, uống thuốc hạ nhiệt (nếu nôn nhiều dùng viên hạ sốt bằng viên đạn đặt hậu môn). Không nên dùng thuốc có Aspirin. Theo dõi chặt chẽ dấu hiệu sinh tồn của người bệnh đặc biệt chú ý đến nhiệt độ bằng cách lấy nhiệt độ thường xuyên, 3h/lần.

- Hướng dẫn người nhà có thể massage nhẹ nhàng vùng trán và thái dương, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau.

- Cho người bệnh nghỉ ngơi, hạn chế vận động. Người bệnh cần được ăn đủ calo ngay từ ngày đầu, cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu như cháo, súp đảm bảo đầy đủ chất dinh dưỡng, cho ăn ít, nhiều bữa để tránh nôn. Tăng cường nhiều hoa quả tươi. Khi người bệnh ăn uống kém, cần bổ sung năng lượng bằng đường truyền tĩnh mạch.

- Người bệnh sốt rét dễ bị thiếu máu, nhất là những người sốt dai dẳng, thường là thiếu máu nhược sắt (giảm hồng cầu và huyết sắc tố) do vỡ hồng cầu. Do vậy, ngoài vấn đề nuôi dưỡng tốt cần bổ sung sắt và các nguyên tố vi lượng, tăng cường Vitamin, nhất Vitamin A, kẽm, Axit folic, khi thiếu máu nặng nên truyền máu cùng nhóm. Theo dõi tình trạng da và niêm mạc

- Trong cơn sốt cho người bệnh uống nhiều nước để tránh khô miệng, mất nước do sốt cao. Đối với trẻ ăn lỏng dễ tiêu, bú nhiều hơn bình thường. Vệ sinh thân thể người bệnh sạch sẽ.
- Theo dõi lượng nước tiểu hằng ngày bằng bô có chia vạch, sự biến đổi về màu sắc nước tiểu. Theo dõi lượng dịch vào - ra trong ngày, báo cáo bác sỹ điều chỉnh dịch kịp thời.
- Thực hiện y lệnh thuốc: đúng phát đồ.
- Theo dõi các xét nghiệm cận lâm sàng.

3.5 Lượng giá

- Dấu hiệu sinh tồn ổn, nhiệt độ cải thiện, giảm sốt, cắt sốt và hồi phục nhanh chóng.
- Da niêm mạc bình thường
- Số lượng và màu sắc nước tiểu không biến đổi
- Lượng dịch vào – ra cân bằng
- Không xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị
- Các kết quả xét nghiệm trở về bình thường, ký sinh trùng trong máu âm tính.
- Người bệnh ăn uống đầy đủ đảm bảo dinh dưỡng...

4. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà biết các biện pháp phòng bệnh sốt rét như : ngủ màn, tắm màn bằng hóa chất, vệ sinh ngoại cảnh, khơi thông cống rãnh, lấp các ao tù nước đọng, thả cá vào các dụng cụ chứa nước để cá ăn bọ gậy...
- Khi ra viện nên đến cơ sở y tế để tái khám và nhận thuốc uống chống tái phát.
- Cần nghỉ ngơi thêm một thời gian để phục hồi sức khỏe, ăn đầy đủ chất dinh dưỡng nhất là các chất tạo máu như thịt bò....

5. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người bệnh biết được tầm quan trọng của việc tuân thủ chế độ điều trị để người bệnh và người nhà thực hiện đúng.
- Giáo dục chế độ ăn giàu đạm, Vitamin để nâng cao thể trạng cho người bệnh.

6. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Thị Mai Lan 36 tuổi vào viện với các dấu hiệu sau: Người bệnh sốt cao 40°C, sốt liên tục, người mệt mỏi, nhức đầu, khát nước nhiều. Khám thấy da niêm mạc nhợt nhạt...

6.1 Bổ sung nhận định

6.2 Vấn đề chăm sóc

6.3 Lập kế hoạch chăm sóc

7. Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Khi muỗi Anophen hút máu người bệnh, hút được thể nào sau đây sẽ lây truyền bệnh sốt rét

A. Giao bào

- B. Tư dưỡng non
- C. Tư dưỡng già
- D. Phân liệt

Câu 2 : Lấy máu tìm KST SR nên lấy khi nào thì dễ tìm thấy KST:

- A. Khi người bệnh đang lên cơn sốt
- B. Lấy khi người bệnh vừa hạ cơn sốt
- C. Cách 3- 4 giờ lấy 1 lần
- D. Lấy máu tĩnh mạch

Câu 3: Thuốc sốt rét có thể làm người bệnh đái huyết sắc tố là:

- A. Choloroquine
- B. Quinin clohydrate
- C. Artesunate
- D. Artemisininine

Bài 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, lâm sàng, hướng điều trị, dự phòng bệnh viêm màng não mủ.
2. Nhận định và lập kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ.

1. Tổng quan

Viêm màng não mủ là hiện tượng viêm của màng não, chứng minh bằng sự hiện diện của một số lớn bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy. Phản ứng viêm này có thể xảy ra từ não bộ đến tủy sống, ảnh hưởng cả màng nhện lẫn màng nuôi. Đây là hậu quả của một sự xâm lấn của các loại vi trùng sinh mủ vào màng não.

2. Kiến thức liên quan

2.1 Dịch tễ học

Có rất nhiều loại vi trùng có thể gây nên viêm màng não được thường xuyên ghi nhận là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli* và các loại gram âm khác. Tuy nhiên, tùy thuộc vào lứa tuổi người bệnh, một số yếu tố liên quan đến sức đề kháng của chủ thể.

2.1.1 Dựa vào lứa tuổi :

- Ở lứa tuổi sơ sinh: trong 1-2 tháng đầu, vi trùng gây viêm màng não thường có liên quan đến các loại vi trùng bình thường của âm đạo người mẹ hoặc tùy thuộc vào môi trường của đứa bé sinh sống.

- Ở trẻ nhũ nhi: từ trên 3 tháng tuổi đến 2 tuổi, tỉ lệ bị viêm màng não mủ cao nhất đứng đầu là vi trùng *Haemophilus influenzae* typ B. Sau 2 tuổi, tỉ lệ mắc bệnh lại giảm xuống.

- Ở lứa tuổi đến trường và thiếu niên (12-15 tuổi) các loại vi trùng *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* chiếm tỉ lệ cao hơn.

- Người già trên 50 tuổi nguyên nhân chủ yếu gây viêm màng não mủ là *Streptococcus pneumoniae*.

2.1.2 Môi trường sinh sống:

Các trẻ em ở môi trường tập thể dễ có nguy cơ mắc hơn các trẻ em được chăm sóc tại nhà.

2.1.3 Các yếu tố miễn dịch của chủ thể:

Người ta ghi nhận thấy có một số khuyết tật bẩm sinh hay mắc phải trong cơ chế đề kháng của cơ thể có khuynh hướng làm cho bệnh nhân dễ bị loại vi trùng này hơn các loại vi trùng khác.

Ngoài ra những người nghiện rượu cũng mắc bệnh với tỉ lệ 10-20%, thường gặp nhất là do *Streptococcus pneumoniae*. Viêm màng não mủ cũng thường gặp ở những người bệnh bị đái đường, giảm sức đề kháng miễn dịch, sau mổ cách lách, sau phẫu thuật thần kinh, có bệnh van hai lá...

2.2 Cơ chế bệnh sinh

Đa số các trường hợp viêm màng não diễn tiến qua bốn giai đoạn : đầu tiên là nhiễm trùng hô hấp, thứ đến vi khuẩn từ đường hô hấp sẽ đi vào máu, trực tiếp xâm nhập và lan tỏa vào màng não, cuối cùng gây hiện tượng viêm của màng não.

Một số vi trùng ở trong máu đi vào màng não cũng có thể có nguồn gốc từ viêm nội tâm mạc, viêm phổi, viêm tắc tĩnh mạch, cũng có thể xâm nhập trực tiếp từ các ổ viêm xoang, viêm tai giữa, viêm mũi...

Ở các người bệnh bị chấn thương sọ não, có vết gãy ở xoang mũi, gãy xương sàng dễ bị viêm màng não tái đi tái lại.

Các phẫu thuật ngoại thần kinh cũng có thể gây viêm màng não nhất là các thủ thuật đụng chạm đến dịch não tủy.

Viêm màng não còn có thể do các vi khuẩn nhiễm từ môi trường bên ngoài như ở người bệnh bị bông. Các trẻ em nằm trong môi trường ẩm ướt có thể bị nhiễm trùng huyết hay viêm màng não do các loại vi trùng phát triển trong không khí ẩm.

Ở trẻ sơ sinh, màng ối bị vỡ, dễ bị nhiễm bởi các loại vi khuẩn có mặt thường xuyên trong âm đạo hay trực tràng người mẹ, từ đường tiết niệu người mẹ cũng là những nguyên nhân gây viêm màng não sơ sinh.

2.3 Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của viêm màng não mủ rất đa dạng tùy thuộc vào lứa tuổi, thời gian trước khi nhập viện, phản ứng của từng bệnh nhân với tình trạng nhiễm trùng.

- Hội chứng nhiễm khuẩn – nhiễm độc: khởi phát cấp, có khi dữ dội

Sốt cao liên tục, đôi khi kèm theo rét run, vã mồ hôi, đau cơ, sợ ánh sáng, buồn nôn, nôn mửa (kiểu nôn vọt), gan lách to.... Một số trường hợp có sốc nội độc tố, trụy tim mạch, huyết áp tụt, đái ít...

- Hội chứng màng não: thường là phát triển nhanh, rầm rộ, tương đối đầy đủ triệu chứng

+ Nhức đầu dữ dội (không bớt với các thuốc giảm đau), sợ ánh sáng, buồn nôn, nôn mửa (kiểu nôn vọt)

+ Dấu hiệu kích thích màng não: trẻ hay bứt rứt, lăn lộn, bỏ bú, ngủ gà, quấy khóc, thở không đều, tím tái, hay co giật.

+ Khám thực thể: dấu cổ cứng (+), Kerning(+), Brudzinski(+), dấu thóp phồng ở trẻ sơ sinh và trẻ nhũ nhi. Ở người già đôi khi có tình trạng lú lẫn, thay đổi tính tình, dấu Kerning, Brudzinski không có hoặc rất kín đáo.

+ Dịch não tủy điển hình của viêm màng não mủ: dịch đục, Protein tăng cao, Glucose thấp, tế bào tăng cao. Công thức máu, bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, có nhiều tế bào thoái hóa, tế bào mủ.

- Biểu hiện ngoài da: các tử ban điểm những đốm xuất huyết thường do não mô cầu gây nên.

- Biểu hiện co giật: xảy ra với tỉ lệ 20-30%. Co giật thường xuất hiện trong các ngày đầu, co giật toàn thân.

- Các dấu hiệu thần kinh: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt mặt, mù mắt, lé... Các biểu hiện tổn thương tiền đình như điếc tai do nghẽn động mạch hay tĩnh mạch vỏ não. Phù gai thị (ít gặp).

- Các biểu hiện toàn thân khác: đau cơ, đau khớp, viêm khớp, viêm phổi, nhiễm trùng huyết....

2.4 Chẩn đoán

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Dựa vào các xét nghiệm

- Dựa vào yếu tố dịch tễ.

2.5 Điều trị

- Điều trị nguyên nhân:

+ Điều trị sớm, ngay khi có chẩn đoán

+ Điều trị theo kháng sinh đồ, kháng sinh dễ đi qua màng não

+ Dùng đường tĩnh mạch, đủ liều, đúng thời gian.

- Điều trị hỗ trợ :

+ chống phù não, chống co giật

+ Bù nước và điện giải

+ Ngăn ngừa biến chứng và điều trị biến chứng thần kinh.

3. Quy trình chăm sóc

3.1 Nhận định

-Tình trạng hô hấp:

Quan sát màu sắc da, móng tay, móng chân, nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết
Nếu bệnh nhân suy hô hấp, cần thông khí, cho thở oxy.

- Tình trạng tuần hoàn:

Mạch, huyết áp. Mạch nhanh, huyết áp hạ để đưa đến choáng nhiễm khuẩn.

- Tình trạng kích thích màng não:

Nhức đầu, nôn mửa, táo bón, cổ cứng, Kernig, Bruzinki, thóp phồng (ở trẻ sơ sinh).

- Tình trạng chung:

Nhiệt độ, tri giác, lượng nước tiểu, co giật, dấu hiệu mất nước.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú

- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

3.2. Vấn đề chăm sóc

Qua hỏi người bệnh, quan sát, thăm khám, thu thập thông tin, các vấn đề chăm sóc có thể gặp ở người bệnh viêm màng não mủ như sau:

- Nhịp thở nhanh, tím môi, tím đầu chi

- Người bệnh sốt

- Đau đầu, nôn mửa

- Táo bón

- Cứng cổ, Kernig, Bruzinki (+).

- Nguy cơ lơ mơ, hôn mê

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1 Nhịp thở nhanh, tím môi, tím đầu chi

*Mục tiêu

- Giảm khó thở

* Can thiệp

- Cho người bệnh thở oxy

3.3.2 Người bệnh sốt

*Mục tiêu

- Hạ sốt

* Can thiệp

- Lau mát

- Thực hiện y lệnh thuốc hạ nhiệt

3.3.3 Đau đầu, nôn mửa

*Mục tiêu

- Giảm đau đầu

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng đau đầu, nôn mửa

- Hạn chế những kích thích: ánh sáng, tiếng động.

- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau

3.3.4 Táo bón

*Mục tiêu

- Cải thiện tình trạng táo bón

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng táo bón
- Cho người bệnh ăn thêm rau, chuối, đu đủ

3.3.5 Cứng cổ, Kernig, Bruzinki (+).

*Mục tiêu

- Cải thiện tình trạng cứng cổ, Kernig, Bruzinki (+).

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng cứng cổ, Kernig, Bruzinki (+).

3.3.6 Nguy cơ lơ mơ, hôn mê

*Mục tiêu

- Ngăn ngừa nguy cơ

* Can thiệp

- Theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
- Chống phù não

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đặt người bệnh nghỉ ngơi tại giường ở tư thế Fowler, thở oxy qua ống thông mũi hầu 4 lít/phút, theo dõi sát nhịp thở.

- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi phòng thoáng, nới rộng áo quần, lau mát toàn thân bằng nước ấm, thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt, theo dõi sát nhiệt độ.

- Cho người bệnh nằm phòng thoáng, yên tĩnh, tránh kích thích của ánh sáng và âm thanh, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau.

- Cho người bệnh ăn theo nhu cầu, đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn thêm rau xanh, các loại trái cây như: chuối, đu đủ, khoai lang... uống đủ nước. (Người bệnh hôn mê cho ăn qua ống thông dạ dày, người bệnh co giật liên tục hoặc có xuất tiêu hóa nặng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch).

- Động viên, thông báo với người nhà về tình trạng, diễn tiến của bệnh, thủ thuật có thể làm trong quá trình điều trị để người nhà hợp tác trong chăm sóc và theo dõi người bệnh. Khám và theo dõi tình trạng cứng cổ, Kernig, Bruzinki (+).

- Nguy cơ hôn mê

+ Theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow

+ Chống phù não:

. Đặt người bệnh nằm nghiêng để tránh đờm và chất nôn rơi vào phế quản

. Đặt một miếng gạc hoặc đờ lưỡii có quần gạc vào giữa hai hàm răng để tránh cho người bệnh không cắn vào lưỡii.

. Tốt nhất dùng dụng cụ làm thông đường thở (có tác dụng làm thông đường thở, vừa tránh lưỡii tụt, vừa tránh cắn phải lưỡii).

.Chống co giật hiệu quả: cho người bệnh nằm đầu cao, thông khí tốt, cho người bệnh thở o xy khi có tím tái, làm trống dạ dày.

. Hút đờm rãi khi có tăng tiết.

. Hạn chế nước (1/2 - 2/3 nhu cầu về nước).

. Thực hiện thuốc theo y lệnh: thuốc lợi tiểu, Manitol, cắt cơn co giật nhanh chóng khẩn trương.

Vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, phòng ngừa loét ép.

- Thực hiện thuốc - dịch truyền theo y lệnh của bác sĩ: kịp thời, chính xác

3.5 Lượng giá

- Dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là nhiệt độ của người bệnh ổn định và dần trở về bình thường.

- Tình trạng thần kinh (tri giác), người bệnh tỉnh táo, không có biểu hiện liệt

- Các dấu chứng màng não giảm dần và hết.

- Lượng dịch vào ra trong ngày bình thường

- Nhu cầu về dinh dưỡng đầy đủ

- Không có xuất hiện biến chứng.

4. Tình huống lâm sàng

Lúc 10 giờ ngày 20/9/2015 bệnh nhân Nguyễn Văn Phát 30 tuổi vào khoa Y học nhiệt đới với ghi nhận như sau: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc được. Đau đầu dữ dội, nôn mửa. Sốt cao 39⁰c, cổ cứng (+), Kerning (+). Chẩn đoán: Viêm màng não mủ.

4.1 Bổ sung nhận định

4.2 Đưa ra vấn đề chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà cách chăm sóc và theo dõi các triệu chứng, biến chứng viêm màng não mủ.

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà thực hiện đúng hướng dẫn của thầy thuốc

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà tái khám ngay khi có triệu chứng bất thường: đau đầu, sốt cao, cổ cứng...

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà có chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý.

6. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người nhà và người bệnh biết các nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây bệnh viêm màng não

- Giáo dục cho người bệnh kiến thức phòng bệnh: vệ sinh mũi - họng, điều trị triệt để các bệnh nhiễm trùng.

- Dặn người bệnh tái khám: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tùy tình trạng di chứng thần kinh.

- Tiêm vac cin phòng bệnh.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Nguyên nhân gây bệnh viêm màng não mủ là do:

- A. Vi khuẩn
- B. Vi rút
- C. Ký sinh trùng
- D. Nấm

Câu 2: Khi người bệnh bị viêm màng não mủ, để chống phù não nên áp dụng chế độ ăn – uống:

- A. Hạn chế nước
- B. Hạn chế đạm
- C. Hạn chế dầu mỡ
- D. Hạn chế tinh bột

Câu 3: Nguyên nhân gây viêm màng não mủ ở trẻ nhũ nhi, đứng hàng đầu là:

- A. *Haemophilus Influenzae*
- B. *Streptococcus pneumoniae*
- C. *Escherichia coli*
- D. *Neisseria meningitidis*

Bài 6: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được tác nhân gây bệnh, triệu chứng lâm sàng, các biến chứng của bệnh uốn ván.
2. Chăm sóc được bệnh nhân uốn ván.
3. Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người người nhà.

1. Tổng quan

Uốn ván (Tetanus) là một bệnh có đặc điểm rối loạn thần kinh vận động, biểu hiện tăng trương lực cơ và các cơn co giật, gây nên bởi ngoại độc tố Tetanospasmin. Bệnh uốn ván có một số thể lâm sàng như uốn ván toàn thân, uốn ván cục bộ, uốn ván sơ sinh.

Vi khuẩn gây bệnh là Clostridium tetani, kỵ khí, Gram (-), thường tồn tại khắp nơi quanh chúng ta dưới dạng bào tử; rất khó tiêu diệt. Bào tử có thể tồn tại nhiều năm trong nhiều môi trường, bền vững với nhiều loại thuốc diệt khuẩn và đun sôi dưới 20 phút. Khi nhiễm vào cơ thể và có điều kiện thuận lợi, bào tử chuyển thành dạng hoạt động, tiết ra độc tố Hemolysin và Tetanospasmin gây bệnh.

- Hemolysin ít quan trọng trên lâm sàng.

- Tetanospasmin gây ra các triệu chứng của bệnh uốn ván. Tetanospasmin là một chuỗi polypeptide đơn, bao gồm 1 chuỗi nặng (100 kDt) và 1 chuỗi nhẹ (50 kDt). Chuỗi nặng gắn vào thụ thể tế bào thần kinh và thâm nhập vào trong tế bào còn chuỗi nhẹ ức chế sự phóng thích các chất dẫn truyền thần kinh.

2. Kiến thức liên quan

2.1. Dịch tễ học

- Trục khuẩn uốn ván được tìm thấy trong lớp nông của đất, trong đất giàu chất hữu cơ và trong phân một vài động vật như trâu, bò, ngựa..., gặp ở vùng khí hậu nóng và ẩm.

- Bệnh không gây dịch mà là bệnh lưu hành địa phương, do nhiễm bào tử uốn ván qua vết thương ngoài da hoặc niêm mạc.

- Bệnh phổ biến trên toàn thế giới, chủ yếu ở các nước nghèo, y tế lạc hậu, không tiêm phòng uốn ván cho toàn dân. Năm 2000 toàn thế giới có 9.766.000 trường hợp uốn ván, trong đó có 309.000 tử vong (theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới).

- Nước ta chưa có thống kê đầy đủ trên phạm vi toàn quốc nhưng nhờ chương trình tiêm chủng mở rộng và phát triển mạng lưới hộ sinh, tỷ lệ uốn ván rớt giảm rõ rệt. Tuy nhiên, tỷ lệ ở người lớn vẫn còn cao. Ở BVTU Huế, số bệnh nhân uốn ván nhập viện trong những năm 1996 - 2000 khoảng 12-15 người/ năm, chiếm 0.3-0.6 % bệnh nhân Khoa Truyền nhiễm.

2.2. Sinh lý bệnh

Đa số vết thương đều có nhiễm bào tử uốn ván, Tuy nhiên chỉ khi có điều kiện

thuận lợi, thiếu Oxy, bào tử mới chuyển thành dạng vi khuẩn hoạt động.

Vi khuẩn uốn ván không gây phản ứng viêm, Chúng sản xuất ngoại độc tố Tetanospasmin, độc tố này theo máu đến các đầu mút thần kinh ở đĩa vận động. Độc tố không trực tiếp vào hệ thần kinh trung ương vì không thấm qua hàng rào mạch máu não. Từ đĩa vận động, độc tố ngược dòng thần kinh vận động vào trung ương đến phong tỏa các synap có chứa GABA (Gamma amino butyric acid) và Glycin là các chất dẫn truyền thần kinh. Sự co cứng cơ toàn thân xuất hiện khi mất sự ức chế của luồng thần kinh từ trung ương đến ngoại vi.

Độc tố uốn ván cũng có tác động lên hệ thần kinh giao cảm, tạo nên một hội chứng cường giao cảm, làm tăng lượng catecholamin, gây nên tăng huyết áp mạnh, mạch nhanh, sốt cao, vã nhiều mồ hôi, tăng tiết đờm dãi..

Biểu hiện lâm sàng là tình trạng co cứng các cơ quá liên tục, tăng trương lực cơ thường xuyên, rối loạn thần kinh thực vật và một số trường hợp liệt vận động các dây sọ não. Cơ nhai- có dây vận động ngắn nhất, nên độc tố vào sớm nhất. Vì vậy, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đầu tiên là cứng hàm. Khi có miễn dịch không đầy đủ, độc tố chỉ được trung hòa ở một số nơi, gây nên thể cục bộ.

Độc tố Tetanospasmin rất độc, chỉ một lượng rất nhỏ đã gây bệnh, nhưng không đủ kích thích cơ thể tạo miễn dịch. Vì thế, người bệnh không có miễn dịch mà phải chủng ngừa như người chưa mắc bệnh.

2.3 Biểu hiện lâm sàng

2.3.1 Thể toàn thân điển hình

2.3.1.1. Ủ bệnh

Trung bình 7-10 ngày, có 15% trường hợp < 3 ngày và 10% trường hợp > 14 ngày. Thời gian ủ bệnh càng ngắn, tiên lượng càng nặng.

2.3.1.2. Khởi phát

Từ khi cứng hàm (trismus) đến khi co cứng toàn thân, thời gian từ vài giờ đến vài ngày, trung bình 48 giờ. Mức độ cứng hàm tăng dần đến khi khít hàm, lan ra các cơ vùng mặt, vùng hầu họng, vùng cổ làm bệnh nhân khó nhai, khó nói, khó nuốt. Bệnh nhân có vẻ mặt đau khổ (risus sardonicus): trán nhăn, lông mày xéch lên, khóe miệng bị kéo tẽ ra ngoài cả hai bên.

2.3.1.3. Toàn phát

Cứng cơ lan đến các cơ cổ, cơ lưng, cơ bụng rồi tứ chi. Trương lực cơ tăng thường xuyên. Có khi co thắt đột ngột gây ngạt, gây tử vong bất ngờ. Bệnh nhân thường tăng phản xạ quá mức. Các cơ cổ, cơ lưng co cứng gây nên tình trạng co cứng toàn thân điển hình của uốn ván: bệnh nhân uốn cong người, lưng rời khỏi giường, tay co rút, các cơ chân duỗi ra (opisthotonos).

Các kích thích nhẹ như ánh sáng, tiếng động, sờ, tiêm thuốc hoặc những kích

thích từ bên trong cơ thể như bàng quang căng đầy nước tiểu, phân ứ đọng do táo bón đều có thể gây những cơn co giật kịch phát trên nền co cứng ấy, gây đau đớn nhiều cho bệnh nhân. Nếu cơn kéo dài, bệnh nhân có thể ngạt thở vì các cơ hô hấp co cứng kéo dài. Tần số cơn co giật trong ngày tùy vào tình trạng bệnh nhân và thuốc can thiệp. Nếu tần số cao, lượng thuốc không chế càng nhiều, bệnh càng nặng. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn tỉnh táo và ý thức được, trừ khi bị không chế bởi an thần liều cao.

Những trường hợp bệnh nặng có rối loạn thần kinh thực vật kèm theo.

Biểu hiện nhẹ: vã mồ hôi, sốt (không có bội nhiễm kèm theo), nặng hơn: tăng hay hạ huyết áp kéo dài hoặc xen kẽ, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp, đôi khi ngừng tim đột ngột.

Bệnh uốn ván diễn tiến kéo dài vì độc tố gắn vào thần kinh rất bền, trung bình 4-6 tuần. Nếu nguồn nhiễm được giải quyết, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, các cơn co giảm tần số, hàm há to dần. Bệnh nhân có thể uống được rồi ăn trở lại và lành bệnh. Trong giai đoạn toàn phát có thể xảy ra nhiều biến chứng.

2.3.2. Uốn ván sơ sinh

Đa số do nhiễm khuẩn rốn. Xảy ra ở trẻ sơ sinh và mẹ không có miễn dịch chống uốn ván. Bệnh khởi phát khoảng hai tuần sau sinh. Triệu chứng ban đầu là khó bú, miệng chum lại rồi không bú được. Sau đó bệnh nhân co cứng, lên cơn co giật toàn thân và thường dẫn đến tử vong do suy hô hấp.

2.3.3. Uốn ván cục bộ

Chỉ biểu hiện co cứng ở một số cơ, khu trú ở vị trí tương ứng với nơi xâm nhập của vi khuẩn uốn ván. Tiên lượng thường nhẹ, tuy nhiên cũng có một số trường hợp tiến triển thành thể toàn thân.

2.3.4. Uốn ván thể đầu

Là một thể đặc biệt của uốn ván cục bộ. Thường do vết thương ở vùng mặt cổ. Biểu hiện gồm cứng hàm, liệt một số dây thần kinh sọ não, thường là dây VII. Có thể chuyển qua thể toàn thân.

2.4 Chẩn đoán

2.4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh ở tuyến y tế cơ sở cũng như ở các tuyến trên chủ yếu dựa vào lâm sàng với các dấu chứng:

Cứng hàm, không kèm theo đau ở vùng mặt cổ.

Dấu tăng trương lực cơ toàn thân liên tục.

Các cơn co giật điển hình từng đợt.

Trong một số trường hợp có thể phát hiện đường xâm nhập của vi khuẩn, thường gặp nhất là vết thương ở chân, tay.

Trong trường hợp uốn ván cục bộ, thể đầu, dấu hiệu cứng hàm giúp ta nghĩ đến

bệnh uốn ván. Nếu miệng vẫn há to được nhưng khó khăn khi nhai, nuốt, tăng phản xạ cắn cũng giúp chẩn đoán.

Các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ có giá trị chỉ điểm các biến chứng (bạch cầu tăng trong bội nhiễm, giảm PaO₂ trong suy hô hấp...).

2.4.2 Chẩn đoán gián biệt

Chỉ có triệu chứng cứng hàm: phân biệt với cứng hàm do bệnh nhân đau không dám há miệng trong các bệnh viêm khớp thái dương - hàm, viêm amidal, áp xe quanh amidal, tai biến răng khôn. Thường có thêm các triệu chứng khác kèm theo (sốt trong áp xe, cứng hàm buổi sáng trong thấp khớp...). Dùng đèn lưỡi làm há miệng dễ dàng.

Cứng cổ và cứng lưng: cần gián biệt với viêm màng não và viêm não.

Cơ co giật toàn thân: gián biệt với bệnh dại (có biểu hiện sợ gió, sợ nước ..), tình trạng tetani (thường không cứng hàm, calci hoặc magie máu thấp hoặc có dấu hiệu kiềm hô hấp), ngộ độc Strychnin (tiến triển rất nhanh, tiền sử uống thuốc, tìm thấy chất độc trong dạ dày và nước tiểu...), ngộ độc Phenothiazine hoặc Metoclopramide (cứng hàm kèm theo rung các chi...) và với Hysteria.

2.5 Biến chứng

2.5.1. Do độc tố uốn ván

Suy hô hấp cấp (co thắt thanh hầu, cơ co kéo quá dài gây ngạt).

Ngưng tim đột ngột (hiếm), tăng hay giảm huyết áp nghiêm trọng,

Gãy xương, nhất là xương sống ở trẻ nhỏ, rách cơ, đứt dây chằng, tụ máu trong bao cơ (do cơ cứng cơ quá mức).

2.5.2. Do nằm lâu

- Thuyên tắc động mạch phổi, xẹp phổi.

- Bội nhiễm: viêm phổi thùy hoặc viêm phế quản - phổi, viêm bàng quang, nhiễm trùng huyết (dùng catheter kéo dài).

- Loét dạ dày tá tràng.

2.5.3 Các tai biến do điều trị

- Tai biến huyết thanh (dùng SAT ngựa)

- Tai biến do mở khí quản: hẹp khí quản, nịt thịt khí quản, sẹo lồng, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất.

- Ngộ độc các thuốc an thần vì dùng quá liều.

- Tai biến do thở máy kéo dài.

2.6. Tiên lượng

Trước đây, tiên lượng bệnh uốn ván dựa vào:

- Thời gian ủ bệnh (từ khi vi khuẩn xâm nhập đến triệu chứng đầu tiên): càng ngắn càng nặng. Thời gian ủ bệnh < 3 ngày: uốn ván tối cấp, 3-7 ngày: uốn ván cấp.

- Thời gian khởi bệnh (từ khi cứng hàm đến khi co cứng toàn thân): càng ngắn càng nặng. Nếu dưới 24 giờ: rất nặng. Trên 5 ngày: tương đối nhẹ.

- Đường vào và ổ vi khuẩn: Nếu tìm được và giải quyết triệt để, tiên lượng tốt. Nếu không tìm thấy đường vào hay ổ nhiễm khó can thiệp (sâu, nhiều góc ngách, ở nội tạng): tiên lượng xấu.

- Tần số cơn co giật: càng dày càng xấu, nếu hơn 4 cơn/giờ kèm co thắt họng, thanh quản gây ngạt, khó thở thì tiên lượng rất nặng.

- Rối loạn thần kinh thực vật: sốt > 40°C. mạch nhanh >120 lần/phút, vã nhiều mồ hôi, tăng tiết đờm dãi: tiên lượng nặng.

Hiện nay, tiên lượng còn phải căn cứ vào tuổi (tuổi > 50 nặng hơn người trẻ), tình trạng sức khỏe (có bệnh lý mạn tính kèm theo như suy thận, xơ gan, bệnh tim, nghiện rượu...bệnh càng nặng), tình trạng miễn dịch của bệnh nhân, chất lượng điều trị. Trong đó chất lượng điều trị là quan trọng nhất.

Tỷ lệ tử vong do uốn ván ở người lớn khoảng 10 - 20%, riêng ở Khoa Truyền nhiễm (người lớn), Bệnh viện TƯ Huế, trong các năm 1996-1999 khoảng 12 -15%.

2.7.Điều trị

Điều trị trên nguyên tắc:

- Kiểm soát các cơn co giật.
- Diệt vi khuẩn.
- Trung hòa độc tố.
- Chăm sóc bệnh nhân.
- Theo dõi và xử trí các biến chứng.

3. Quy trình chăm sóc

3.1 Nhận định

Hỏi bệnh nhân về thời gian bị vết thương ngoài da hoặc niêm mạc.

Bệnh nhân có cảm giác cứng hàm?

Cảm giác khó nhai, khó nuốt có không và có từ khi nào?

Cách xử trí vết thương và các thuốc đã sử dụng.

Tiền sử bệnh tật.

Quan sát thể trạng chung của bệnh nhân.

Bệnh nhân có vẻ mặt đau khổ: trán nhăn, lông mày xéch lên, khóe miệng bị kéo trễ ra ngoài cả hai bên.

Bệnh nhân vã nhiều mồ hôi, tăng tiết đờm dãi.

Quan sát có thể thấy bệnh nhân đau đớn, ngạt thở.

- Tình trạng co cứng toàn thân, bệnh nhân uốn cong người, lưng rời khỏi giường, tay co rút, các cơ chân duỗi ra.

- *Bệnh nhân có thể có những cơn co giật*

- Cần lưu ý khi thăm khám bệnh nhân: các kích thích nhẹ như ánh sáng, tiếng động, sờ, tiêm thuốc, hoặc những kích thích từ bên trong cơ thể như bàng quang căng đầy nước tiểu, phân ứ đọng do táo bón đều có thể gây những cơn co giật kịch phát. Vì vậy, việc thăm khám chủ yếu vẫn là quan sát bệnh nhân.

- Trong một số trường hợp có thể phát hiện đường xâm nhập của vi khuẩn, thường gặp nhất là vết thương ở chân, tay.

3.2. Vấn đề chăm sóc

Bệnh nhân có thể có một số vấn đề chăm sóc dưới đây:

- Cứng hàm, hạn chế động tác nhai, nuốt.
- Tăng thân nhiệt.
- Khó thở .
- Có những cơn co giật và có tình trạng co cứng cơ
- Lo lắng, mất ngủ.
- Thiếu hụt dinh dưỡng
- Vết thương có nguy cơ nhiễm trùng
- Táo bón, bí tiểu
- Nguy cơ loét.
- Thiếu hụt kiến thức về bệnh

3.3 . Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Tình trạng cứng hàm, hạn chế động tác nhai, nuốt

- Mục tiêu: giảm tình trạng cứng hàm, tăng cường khả năng nhai, nuốt cho bệnh nhân.
- Can thiệp:
 - Trấn an cho bệnh nhân an tâm điều trị
 - Theo dõi tình trạng cứng hàm, mức độ há miệng, khả năng nhai nuốt để báo bác sỹ.
 - Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, globulin miễn dịch.

3.3.2. Tăng thân nhiệt

- Mục tiêu: đảm bảo thân nhiệt ổn định
- Can thiệp:
 - Bố trí bệnh nhân nằm phòng kín, thoáng, tránh gió lùa
 - Cho bệnh nhân mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát.
 - Theo dõi thân nhiệt 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 2 giờ/lần
 - Thực hiện lau mát
 - Thực hiện y lệnh thuốc: hạ sốt, truyền dịch

3.3.3. Khó thở

- Mục tiêu: đảm bảo hô hấp

- Can thiệp:
 - o Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên
 - o Cho thở oxy theo y lệnh
 - o Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để phụ giúp bác sỹ đặt mở khí quản
 - o Hút đờm dãi đúng kỹ thuật
 - o Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh (nếu có)
 - o Theo dõi tình trạng hô hấp: tần số thở, kiểu thở, sự tím môi, da, đầu chi.

3.3.4. Có những cơn co giật và có tình trạng co cứng cơ

- Mục tiêu: hạn chế cơn co giật và co cứng cơ
- Can thiệp:
 - Bố trí bệnh nhân nằm phòng yên tĩnh
 - Hạn chế tối đa những yếu tố kích thích: tiếng ồn, ánh sáng...
 - Trấn an cho bệnh nhân an tâm điều trị
 - Theo dõi các cơn co giật: tần số, cường độ, thời gian...
 - Khi thực hiện các y lệnh thuốc hoặc chăm sóc phải tiến hành hết sức nhẹ nhàng, cẩn thận.
 - Thực hiện y lệnh thuốc: an thần
 - Theo dõi tình trạng đáp ứng với thuốc để báo bác sỹ

3.3.5. Lo lắng, mất ngủ.

- Mục tiêu: giảm lo lắng, giúp bệnh nhân ngủ ngon
- Can thiệp:
 - Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật để cùng hợp tác trong quá trình chăm sóc và tuân thủ chế độ điều trị.
 - Phổ biến nội quy khoa phòng cho bệnh nhân và người nhà.
 - Bố trí phòng yên tĩnh, tránh tiếng ồn.
 - Hạn chế những thủ thuật và thăm khám không cần thiết
 - Hướng dẫn người bệnh cách thư giãn
 - Thực hiện y lệnh thuốc: an thần, vitamin B1, B6
 - Theo dõi tình trạng người bệnh

3.3.6. Thiếu hụt dinh dưỡng

- Mục tiêu: đảm bảo dinh dưỡng
- Can thiệp:
 - Cho bệnh nhân ăn thức ăn lỏng, sệt (tránh sặc). Trường hợp không nhai nuốt được cần đặt sonde dạ dày cho ăn.
 - Thực hiện y lệnh truyền dịch nuôi dưỡng: đạm, đường
 - Theo dõi thể trạng, tình trạng tiêu hóa của người bệnh.

3.3.7. Nguy cơ nhiễm trùng vết thương

- Mục tiêu: xử lý tốt vết thương không để xảy ra tình trạng nhiễm trùng
- Can thiệp:
 - Thay băng vết thương hàng ngày: mở rộng miệng vết thương, cắt lọc tổ chức hoại tử, phá bỏ góc ngách, lấy dị vật (nếu có).
 - Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh
 - Theo dõi tình trạng vết thương: sưng, nóng, đỏ, đau, có mủ chảy ra?

3.3.8. Tình trạng táo bón, bí tiểu

- Mục tiêu: hạn chế táo bón, bí tiểu cho bệnh nhân
- Can thiệp:
 - Theo dõi tình trạng đại tiện, tiểu tiện của bệnh nhân
 - Chế độ ăn tăng cường chất xơ và uống đủ lượng nước trong ngày
 - Thực hiện chính xác y lệnh truyền dịch
 - Theo dõi tình trạng mất nước của người bệnh: qua da, mồ hôi, hơi thở...
 - Thực hiện y lệnh: đặt sonde tiểu khi bí tiểu

3.3.9. Nguy cơ loét

- Mục tiêu: không để bệnh nhân bị loét
- Can thiệp:
 - Vệ sinh thân thể người bệnh, ra trái giường hàng ngày
 - Cho người bệnh nằm nệm nước
 - Thay đổi tư thế
 - Xoa bóp (Thoa bột tal) các vị trí tì đè: vùng cùi cụt mông, gót chân...
 - Theo dõi phát hiện sớm các tổn thương trên da để xử trí kịp thời

3.3.10. Thiếu kiến thức về bệnh

- Mục tiêu: giúp bệnh nhân và người nhà có kiến thức về bệnh uốn ván
- Can thiệp:
 - Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người nhà: nguyên nhân, triệu chứng, biến, chứng, cách xử trí vết thương, cách phòng bệnh...
 - Hướng dẫn cách chăm sóc, chế độ dinh dưỡng khi đã bị bệnh để nhanh chóng phục hồi sức khỏe.
 - Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cần tuân thủ theo đúng y lệnh của bác sỹ điều trị.
 - Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cần báo cáo ngay với nhân viên y tế nếu có bất kỳ vấn đề nào bất thường.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Áp dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở để thực hiện các công việc can thiệp điều dưỡng trên người bệnh.

3.5. Lượng giá

- Các nhu cầu của bệnh nhân có được đáp ứng không: hạn chế động tác nhai, nuốt, táo bón, ngạt thở... Có xuất hiện các biến chứng không?

- Bệnh nhân và người nhà giảm lo lắng không, biết cách chăm sóc phòng ngừa bệnh không?

4. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam 30 tuổi vào viện với lý do cứng hàm, khó nói, khó nuốt. Tại khoa bệnh nhân được chẩn đoán : uốn ván toàn thân ngày thứ ba. Hiện tại tình trạng bệnh nhân: cứng hàm, khó thở, sốt cao, có những cơn co giật vừa (2h/1 lần), sợ ánh sáng, mất ngủ, ăn qua sonde, táo bón. Hãy đưa ra vấn đề chăm sóc của bệnh nhân và lập kế hoạch chăm sóc vấn đề đó.

4.1 Bổ sung nhận định

4.2 Các vấn đề cần chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cách chăm sóc vết thương
- Hướng dẫn các triệu chứng của bệnh
- Theo dõi sát tình trạng bệnh nhân để phát hiện các dấu hiệu bất thường
- Hướng dẫn chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý
- Sử dụng thuốc theo y lệnh bác sỹ. Tái khám ngay nếu có bất thường

6. Giáo dục sức khỏe

- Cần xử lý tốt vết thương

Vi khuẩn uốn ván chỉ gây bệnh khi vết thương bị dập nát, vết thương do dụng cụ lao động và những vật gỉ, bẩn gây ra, vết thương nhiễm trùng, vết thương hở, vết thương bị băng kín lâu gây thiếu ôxy... Bởi vậy, việc cần làm khi bị tổn thương là xử lý ngay vết thương bằng cách giải phóng hết dị vật trong vết thương (như bùn, đất, cát, mảnh sành, đinh, gai...), rửa vết thương bằng xà phòng nhiều lần, sát khuẩn bằng dung dịch như cồn 70⁰, oxy già hoặc dung dịch betadin..., sau đó bệnh nhân đến cơ sở y tế để được tiêm huyết thanh trung hòa độc tố uốn ván và điều trị theo phác đồ. Lưu ý, không nên băng kín vết thương lâu ngày, thường xuyên vệ sinh và sát khuẩn vết thương.

- Phòng bệnh hơn chữa bệnh.

Trong lao động phải hết sức tránh không để bị tổn thương nhất là các loại tổn thương sâu, kín, bẩn như giẫm phải đinh, gai, chấn thương phần mềm ở nơi bùn lầy của chuồng chăn nuôi gia súc, gia cầm, nhà vệ sinh... Vệ sinh môi trường sạch sẽ như nạo vét các chất thải, chất bùn, khơi thông cống rãnh để tránh ứ đọng không cho vi khuẩn và nha bào uốn ván phát triển...

- **Tiêm phòng**

+ Ở nước ta, tiêm phòng uốn ván được triển khai trong chương trình tiêm chủng

mở rộng cho trẻ dưới 1 tuổi. Thường phối hợp với vắc xin ho gà và bạch hầu (DPT). Tiêm từ tháng thứ 2 trở đi, ba lần liên tiếp, cách nhau 1 tháng. Tuy nhiên, cần tiêm nhắc lại sau 3-5 năm.

+ Phụ nữ có thai được tiêm phòng 2 lần vào quý cuối và 2 tuần trước khi sinh.

+ Hữu hiệu nhất là tiêm phòng cho toàn dân. Tiêm liên tiếp 3 mũi, cách nhau một tháng, 5 năm rồi 10 năm tiếp theo, tiêm nhắc lại mỗi lần một mũi, có tác dụng phòng bệnh gần như suốt đời.

+ Cải thiện chất lượng các nhà hộ sinh cơ sở, nâng cao kiến thức vệ sinh cho nhân dân cũng làm giảm tỷ lệ uốn ván sơ sinh đáng kể, nhất là những vùng chưa tiêm phòng rộng rãi được.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi đúng sai

1. Uốn ván là một bệnh truyền nhiễm cấp tính gây nên bởi trực khuẩn *Clotridium tetani* và nội độc tố hướng thần kinh của nó?
2. Bệnh uốn ván lây qua da và niêm mạc bị tổn thương có nhiễm bào tử uốn ván?
3. Triệu chứng khởi đầu của bệnh uốn ván là co cứng các cơ ở ngực, bụng, lưng?
4. Bệnh nhân mắc bệnh uốn ván có thể tử vong khi lên cơn co giật do suy hô hấp ?
5. Tiên lượng bệnh uốn ván là nhẹ nếu vết thương dập nát, nhiều góc nhách, viêm tấy mủ?

Bài 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦY ĐẬU

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, các triệu chứng lâm sàng, các phương pháp điều trị và phòng ngừa bệnh thủy đậu.
2. Trình bày được quy trình chăm sóc bệnh nhân thủy đậu.

1. Tổng quan

Bệnh thủy đậu do siêu vi Varicella zoster gây ra. Thủy đậu là một bệnh lành tính nhưng cần được phát hiện sớm và chăm sóc chu đáo, nếu không được điều trị kịp thời và đúng cách sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, viêm não và màng não. Bệnh thường gặp ở trẻ em, tỉ lệ tử vong khoảng 1/50.000 trường hợp bệnh tại Mỹ. Nguy cơ tử vong tăng lên khi có kèm viêm phổi. Tỉ lệ tử vong ở phụ nữ mang thai mắc bệnh thủy đậu cao nhất trong số những người lớn nhiễm bệnh này. Thai phụ nhiễm bệnh thủy đậu có nguy cơ viêm phổi do virus varicella 10 - 20%, trong số người viêm phổi do virus này nguy cơ tử vong lên đến 40%.

2. Kiến thức liên quan

2.1. Tác nhân gây bệnh

Varicella Zoster là một loại virus có kích thước lớn, có axit nhân là AND. Kích thước khoảng 150- 200nm, ở ngoài cơ thể vi rút kém bền vững. Nuôi cấy vi rút trong phôi bào gà và ở môi trường mô.

Virus Varicella - Zoster gây ra hai thể bệnh là thủy đậu và Herpes Zoster (bệnh Zona).

2.2. Dịch tễ học

- Bệnh thủy đậu là một bệnh rất dễ lây, dễ bùng phát thành dịch. Giống như sởi và một số bệnh do virus khác, thủy đậu thường bùng phát vào mùa đông xuân hàng năm, kéo dài cho tới hết mùa xuân .

- Bệnh lây lan qua đường hô hấp hoặc tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết mũi họng của người bệnh nhiễm Varicella zoster virus có trong không khí. Bệnh còn có thể lây truyền gián tiếp qua tiếp xúc với quần áo hoặc các vật dụng khác đã nhiễm dịch tiết từ các vết mụn phỏng rộp của người bệnh.

- Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, trẻ em mắc nhiều hơn người lớn và thường nhẹ hơn người lớn.

- Người bệnh có khả năng lây cho người khác từ 1 - 2 ngày trước khi phát ban cho đến khi các nốt phỏng nước khô vảy hoàn toàn.

2.3. Bệnh sinh học

Virus xâm nhập vào niêm mạc đường hô hấp, sau đó vào máu và đi đến các cơ quan khác. Sau khi siêu vi xâm nhập cơ thể, phải qua thời gian khoảng 10-20 ngày (gọi

là thời kỳ ủ bệnh) người bệnh mới xuất hiện các triệu chứng của một người nhiễm siêu vi (sốt, đau đầu, ỉa chảy, chán ăn...). Lúc này, trên da người bệnh có thể xuất hiện những hồng ban có đường kính vài milimet và sau 1.-2 ngày mới xuất hiện nốt đậu. Ban xuất hiện ở da và niêm mạc là do vi rút thủy đậu khu trú và phát triển ở đó. Đa số nốt đậu có đường kính dưới 5mm, tuy nhiên cũng có nốt đậu có đường kính tới 10mm. Nốt đậu nổi nhiều là dấu hiệu cảnh báo bệnh có thể diễn tiến nặng.

2.4. Triệu chứng lâm sàng

2.4.1. Thời kỳ ủ bệnh

Khoảng 2 tuần, thường không có triệu chứng lâm sàng.

2.4.2. Thời kỳ khởi phát

Khởi phát đột ngột, thường chỉ trong 1 ngày với sốt nhẹ hoặc không sốt, nhức đầu, mệt mỏi, đau mỏi cơ khớp, đau họng, viêm xuất tiết đường hô hấp trên.

2.4.3. Thời kỳ toàn phát

Ban thủy đậu xuất hiện nhanh ngay từ những ngày đầu của bệnh. Ban thủy đậu có đặc điểm: ban đầu là những ban dát màu đỏ, vài giờ sau thành nốt phỏng nước trong, rất nông như đặt trên mặt da, sau từ 24 đến 48 giờ ngả màu vàng, nốt thủy đậu trở thành có hình cầu nổi trên mặt da 2mm, có đường kính khoảng 5mm, xung quanh nốt có nền da tấy đỏ rộng 1mm, một số nốt phỏng hơi lõm ở trung tâm.

Ban thủy đậu mọc rải rác toàn thân, có xu hướng dày hơn ở bụng, ngực, mặt trước da chân, tay thưa hơn, mặt ở lòng bàn chân, tay hầu như không có. Nhưng ban thủy đậu ở chân tóc thì bao giờ cũng có.

Nốt phỏng thủy đậu chỉ có một ngăn nên khi dùng kim chọc vào thì xẹp ngay.

Ban mọc thành nhiều đợt (3-4 ngày một đợt) vì vậy trên một vùng da thấy có đủ các nốt ban ở các độ tuổi khác nhau.

Trong niêm mạc miệng cũng có những nốt phỏng, như ở trong lưỡi vòm họng, khi các nốt phỏng vỡ tạo thành các nốt loét nông, hình tròn hoặc bầu dục, làm bệnh nhân chảy nước dãi khi nuốt.

Bệnh nhân thường ngứa nhiều khi ban mọc, các nốt phỏng vỡ dễ bội nhiễm. Sau từ 4-6 ngày, nốt thủy đậu tự khô, đóng vảy màu nâu sẫm, vảy bong ra sau một tuần, không để lại sẹo vĩnh viễn, trừ khi có loét và bội nhiễm.

2.4.4. Thủy đậu ở bệnh nhân mang thai

- Phụ nữ đã từng nhiễm bệnh thủy đậu trước khi mang thai hoặc đã được chủng ngừa bệnh thủy đậu thì được miễn dịch với bệnh này, Do đó, khi mang thai, thai phụ không cần phải lo lắng, về biến chứng của bệnh đối với bản thân họ cũng như thai nhi.

- Đối với những thai phụ bệnh thủy đậu nguyên phát khi mang thai, sự ảnh hưởng của bệnh trên thai nhi tùy vào từng giai đoạn tuổi thai:

+ Trong 3 tháng đầu, đặc biệt tuần lễ thứ 8 đến 12 của thai kỳ, nguy cơ thai nhi

bị Hội chứng thủy đậu bẩm sinh là 0,4%. Biểu hiện thường gặp nhất của hội chứng này là sẹo ở da. Những bất thường khác có thể xảy ra là tật đầu nhỏ, bệnh lý võng mạc, đục thủy tinh thể, nhẹ cân, chi ngắn, chậm phát triển tâm thần.

+ Trong 3 tháng giữa, đặc biệt tuần 13-20 của thai kỳ, nguy cơ thai nhi bị hội chứng thủy đậu bẩm sinh là 2%. Sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ, hầu như không ảnh hưởng trên thai .

+ Nếu người mẹ nhiễm bệnh trong vòng 5 ngày trước sinh và 2 ngày sau sinh, trẻ sơ sinh dễ bị bệnh thủy đậu lan tỏa do mẹ chưa có đủ thời gian tạo kháng thể truyền cho thai nhi trước sinh. Tỷ lệ tử vong bé sơ sinh lúc này lên đến 25-30% số trường hợp bị nhiễm.

2.5. Biến chứng

- Bệnh thủy đậu tiến triển nhanh, đến ngày thứ 4 hoặc ngày thứ 6 thì nốt đậu đóng vảy. Bệnh tiến triển khoảng 10-15 ngày rồi tự khỏi, Tuy vậy vẫn có một số trường hợp có biến chứng nhất là ở trẻ em nhỏ dưới 1 tuổi, những cơ thể đặc biệt bị giảm sút sức đề kháng (người bị các bệnh suy giảm miễn dịch, người bị nhiễm HIV/AIDS), có thể bị biến chứng nhiễm trùng da, Zona.

Biến chứng thường gặp nhất là bị nhiễm trùng tại các nốt đậu. Nguyên nhân do trẻ gãi nhiều và không được chăm sóc vệ sinh tốt, các nốt phỏng bị bội nhiễm khiến trẻ viêm da nặng. Những người bị biến chứng này nếu không chữa trị kịp thời, tổn thương sẽ ăn sâu, lan rộng nên dù được chữa khỏi vẫn có thể để lại nốt sẹo rỗ gây mất thẩm mỹ, nặng hơn còn dẫn đến viêm mô tế bào, nhiễm trùng máu.

- Biến chứng viêm phổi hay ở người lớn hơn là trẻ em và thường xuất hiện vào ngày thứ 3 – 5 của bệnh. Viêm phổi có thể diễn tiến nhẹ, hồi phục nhưng cũng có thể diễn tiến nặng dẫn tới suy hô hấp, phù phổi, và nguy hiểm tính mạng.

Biến chứng viêm não, tỉ lệ tử vong chiếm 5-20%, ngay cả khi được cứu sống vẫn có thể để lại di chứng nặng nề hoặc phải sống đời thực vật trong suốt tháng ngày còn lại.

2.6. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.6.1. Lâm sàng

- Bệnh khởi phát đột ngột.
- Triệu chứng toàn thân nhẹ.
- Ban mọc ngay từ ngày đầu của bệnh, chỉ có nốt phỏng nước nếu không nhiễm khuẩn thì không có mụn mủ.
- Ban mọc không theo thứ tự, mọc thành nhiều đợt cách nhau 3-4 ngày, ban ở chân tóc bao giờ cũng có.
- Trên cùng một vùng da có nhiều tuổi ban khác nhau.

- Khi ban lặn không để lại sẹo vĩnh viễn.

2.6.2. Xét nghiệm

Bạch cầu máu ngoại vi giảm, Lympho bào tăng. Phân lập ví rút, xét nghiệm chẩn đoán huyết thanh, soi tìm vi rút thủy đậu bằng kính hiển vi điện tử, miễn dịch huỳnh quang... Tuy nhiên những xét nghiệm này ít được áp dụng trong lâm sàng.

2.7. Điều trị

- Chlorpheniramine, fexofenadine... hoặc các loại thuốc kháng histamine khác có tác dụng giảm ngứa kèm theo thuốc giảm sốt, chống đau nhức.
- Sử dụng thuốc bôi ngoài da: Acyclovir là một thuốc kháng virus được sử dụng để rút ngắn thời gian của bệnh, phải dùng sớm ngay khi cơ thể bị phát bệnh thì mới hiệu quả .
- Khi có sốt cao: uống thuốc hạ nhiệt Paracetamol, thuốc an thần chống co giật Gacdenal, seduxen, Canxibromua 3%...
- Khi có bội nhiễm; dùng kháng sinh
- Các thuốc Vitamin nhóm B,C...

3. Quy trình chăm sóc

3.1. Nhận định

- Phần hành chính: tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp...
- Tri giác: tỉnh, lơ mơ, mê sảng, co giật
- Bệnh khởi phát khi nào?
- Các triệu chứng khi mới khởi phát: sốt, mệt mỏi, chán ăn, phát ban, đau cơ...
- Các triệu chứng của viêm long đường hô hấp trên: đau đầu, sổ mũi, đau họng, ho khan...
- Dấu hiệu sinh tồn
- Có mọc ban trên da và niêm mạc, trên chân tóc
- Có nốt phỏng ở niêm mạc miệng và má?
- Ban mọc khi nào? đặc điểm ban mọc?
- Nốt đậu hình thành khi nào? đặc điểm nốt đậu?
- Giai đoạn ban mọc có ngứa không?
- Tình trạng vệ sinh của bệnh nhân
- Môi trường sống và sinh hoạt
- Kiến thức của bệnh nhân

3.2. Vấn đề chăm sóc

- Nốt phỏng mọc trên da niêm mạc gây đau, ngứa nhiều
- Tăng thân nhiệt
- Viêm họng, viêm xuất tiết đường hô hấp trên
- Mệt mỏi, ăn kém

- Nguy cơ bị các biến chứng của bệnh : viêm màng não, viêm phổi...
- Nguy cơ lây nhiễm cho người khác do bệnh nhân chưa được cách ly tốt.

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Nốt phỏng mọc ở da niêm mạc gây đau, ngứa nhiều

- Mục tiêu: chăm sóc tốt nốt phỏng, hạn chế tình trạng đau, ngứa cho bệnh nhân
- Can thiệp:
 - Vệ sinh da: hướng dẫn người bệnh tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm, giữ cho da khô sạch, không được gãi gây vỡ nốt phỏng nước.
 - Nếu các nốt phỏng vỡ cần phải chấm xanh metylen hoặc thuốc tím 1/4000.
 - Hướng dẫn bệnh nhân mặc quần áo mềm sạch, rộng thoáng.
 - Đối với trẻ em: nên cắt móng tay và giữ móng tay trẻ sạch. Có thể dùng bao tay vải để bọc tay trẻ nhằm tránh biến chứng nhiễm trùng da do trẻ gãi gây trầy xước các nốt phỏng nước.
 - Thực hiện y lệnh thuốc: kháng histamin, vitamin C...
 - Theo dõi nốt phỏng của bệnh nhân: vỡ, loét, ngứa, chảy dịch mủ... báo bác sỹ.

3.3.2. Tăng thân nhiệt

- Mục tiêu: đảm bảo thân nhiệt ổn định
- Can thiệp:
 - Bố trí người bệnh ở phòng riêng, thoáng, có ánh sáng mặt trời
 - Hướng dẫn uống đủ nước, tăng các loại nước cam chanh, trái cây
 - Hướng dẫn mặc quần áo rộng thoáng
 - Lau mát cho bệnh nhân
 - Thực hiện y lệnh thuốc: hạ sốt paracetamol nếu sốt cao
 - Theo dõi nhiệt độ, tri giác bệnh nhân

3.3.3. Viêm họng, viêm xuất tiết đường hô hấp trên

- Mục tiêu: giảm tình trạng viêm cho bệnh nhân
- Can thiệp:
 - Vệ sinh tai mũi họng hàng ngày cho bệnh nhân bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% hoặc axit boric 1%.
 - Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, vitamin B,C...
 - Theo dõi tình trạng viêm của bệnh nhân

3.3.4. Mệt mỏi, ăn uống kém

- Mục tiêu: đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh, giúp người bệnh giảm mệt mỏi
- Can thiệp:
 - Động viên, giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh lý
 - Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, thư giãn

- Cho người bệnh ăn thức ăn đủ dinh dưỡng, chế biến dạng lỏng, dễ tiêu. Chia thành nhiều bữa nhỏ trong ngày.
- Theo dõi tình trạng tiêu hóa của bệnh nhân: tiêu chảy, táo bón, đầy bụng...

3.3.5. Nguy cơ bị các biến chứng của bệnh

- Mục tiêu: hạn chế tối đa nguy cơ xảy ra biến chứng cho người bệnh
- Can thiệp:
 - Theo dõi tình trạng người bệnh: thân nhiệt, tri giác, ho, đau ngực, đau đầu, nôn...
 - Thực hiện đầy đủ và chính xác các y lệnh của bác sỹ
 - Tích cực, chủ động trong công tác chăm sóc bệnh nhân
 - Hướng dẫn người bệnh phải báo ngay cho nhân viên y tế nếu có gì bất thường: đau đầu dữ dội, sốt cao, nốt đậu chảy dịch mủ...

3.3.6. Nguy cơ lây nhiễm cho người khác

- Mục tiêu: không để xảy ra tình trạng lây nhiễm
- Can thiệp:
 - Bố trí người bệnh nằm phòng riêng, cách ly với bệnh nhân khác
 - Hướng dẫn người bệnh sử dụng các vật dụng cá nhân riêng
 - Hướng dẫn người bệnh cách xử lý các chất thải của mình: ho, khạc đờm vào lọ có dung dịch sát khuẩn, các dịch tiết từ vết thương phải bỏ đúng nơi quy định.
 - Thực hiện vệ sinh phòng ở của người bệnh (bàn ghế, tủ giường, đồ chơi...) hàng ngày bằng nước Javel, hoặc dung dịch Cloramin B 2% sau đó rửa lại bằng nước sạch. Đối với những đồ vật nhỏ có thể đem phơi nắng.
 - Phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác
 - Hướng dẫn người bệnh về thời gian lây nhiễm của bệnh để người bệnh hiểu và thực hiện đúng.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Áp dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở để thực hiện các công việc can thiệp điều dưỡng trên người bệnh.

3.5. Lượng giá

Bệnh nhân bị mắc bệnh thủy đậu được đánh giá tốt nếu:

- Bệnh nhân không sốt cao.
- Không bị nhiễm trùng nốt.
- Không để lại sẹo vĩnh viễn.
- Không lây lan cho người xung quanh.

4. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nữ 30 tuổi điều trị tại khoa lây với chẩn đoán bị thủy đậu. Hôm nay

bệnh nhân được xuất viện. Hãy tư vấn giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.

4.1 Bổ sung nhận định

4.2 Các vấn đề cần chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn bệnh nhân một chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi hợp lý
- Hướng dẫn cách chăm sóc các nốt đậu
- Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà các biến chứng của bệnh
- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc theo y lệnh bác sỹ
- Hướng dẫn bệnh nhân tự theo dõi các triệu chứng: tiêu chảy, đau đầu, sốt... tái khám ngay nếu có bất thường.

6. Tư vấn-giáo dục sức khỏe

- *Hướng dẫn phát hiện bệnh sớm và cách ly người bệnh để tránh lây lan cho cộng đồng.*

- Nằm trong phòng riêng, thoáng khí, có ánh sáng mặt trời, thời gian cách ly khoảng 7-10 ngày từ lúc bắt đầu phát hiện bệnh (phát ban) cho đến khi các nốt phỏng nước khô vảy hoàn toàn (người lớn phải nghỉ làm, học sinh phải nghỉ học).

- Sử dụng các vật dụng sinh hoạt cá nhân riêng: khăn mặt, ly, chén, muỗng, đũa.

- Thay quần áo và tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm trong phòng tắm.

- Nên mặc quần áo rộng, nhẹ, mỏng.

- Ăn các thức ăn mềm, lỏng, dễ tiêu, uống nhiều nước, nhất là nước hoa quả.

- Nếu bệnh nhân cảm thấy: khó chịu, lừ đừ, mệt mỏi, co giật, hôn mê hoặc có xuất huyết trên nốt phỏng nên đưa đến ngay các cơ sở y tế để được theo dõi và điều trị.

- Đối với người thân trong gia đình: hạn chế tiếp xúc với người bệnh; khi cần tiếp xúc thì phải đeo khẩu trang. Sau khi tiếp xúc phải rửa tay ngay bằng xà phòng. Đặc biệt những phụ nữ đang mang thai cần tuyệt đối tránh tiếp xúc với người bệnh.

Tiêm vaccin

- Mọi người đều có thể chủ động phòng bệnh thủy đậu bằng cách tiêm vaccin phòng bệnh. Đây là biện pháp an toàn và hiệu quả nhất. Vaccin đã được chứng minh là có hiệu quả bảo vệ cao (trên 97%) và kéo dài trong suốt cuộc đời. Nên chủng ngừa bệnh thủy đậu khi còn bé hoặc ít nhất 3 tháng trước khi mang thai.

- Không tiêm vắc xin thủy đậu cho phụ nữ đang mang thai,

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15 đến 49 tuổi) nên tiêm vắc xin thủy đậu trước khi mang thai 3 tháng.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi đúng/ sai?

1. Tác nhân gây bệnh thủy đậu là virus varicella-zoster. Virus này gây ra hai thể bệnh là thủy đậu và herpes zoster ?
2. Bệnh thủy đậu chỉ lây duy nhất qua đường không khí do hít phải virus người bệnh khi ho, hắt hơi?
3. Bệnh thủy đậu có thể lây truyền gián tiếp qua tiếp xúc với quần áo hoặc các vật dụng đã nhiễm dịch tiết từ các nốt mụn nước của người bệnh?
4. Người nhiễm virus thủy đậu có khả năng lây cho người khác từ 1 - 2 ngày trước khi phát ban cho đến khi các nốt phỏng nước mọc lên trên mặt da?
5. Bệnh thủy đậu sau khi khỏi thường để lại sẹo vĩnh viễn?

Bài 8: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, các biểu hiện thường gặp, các phương pháp điều trị và phòng ngừa bệnh quai bị.
2. Trình bày được quy trình chăm sóc bệnh nhân quai bị.

1. Tổng quan

Bệnh quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây trực tiếp qua đường hô hấp, tác nhân gây bệnh là do virus quai bị, ngoài gây sưng đau tuyến nước bọt mang tai không hoá mủ, ngoài ra còn viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác.

Virus quai bị là virus ARN, thuộc nhóm Paramyxovirus, một sợi sợi mảnh ARN ở trung tâm hình xoắn, ngoài có vỏ bọc bằng lipid và protein.

Bệnh thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên;

Bệnh lành tính, tự khỏi và gây miễn dịch bền vững; bệnh chỉ mắc một lần.

2. Kiến thức liên quan

2.1. Tác nhân gây bệnh

Nguyên nhân gây bệnh quai bị là Paramyxovirus, được tìm thấy năm 1934 bởi Johnson và Goodpasture. Virus quai bị có hai kháng nguyên: kháng nguyên S xuất phát từ màng nhân và kháng nguyên V từ hemagglutinin bề mặt. Kháng nguyên V gây bệnh và ngưng kết hồng cầu.

2.2. Dịch tễ học

- Bệnh thường xảy ra vào cuối mùa xuân, đặc biệt vào tháng 4 và tháng 5. Bệnh lây từ người này sang người khác qua đường hô hấp hoặc qua tiếp xúc với nước bọt.
- Thời gian lây truyền: nguy cơ lây truyền cao nhất từ 6 ngày trước khi khởi phát và kéo dài đến 2 tuần sau khi sưng tuyến mang tai.
- Đối tượng: nam nhiều hơn nữ.
- Bệnh hiếm gặp ở trẻ dưới 2 tuổi do chúng còn được bảo vệ bởi các kháng thể từ mẹ, lứa tuổi thường gặp nhất là từ 10-19 tuổi (tuổi thanh thiếu niên), ít gặp ở người cao tuổi.

2.3. Sinh bệnh học

Virus quai bị xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp. Trong suốt thời kỳ ủ bệnh, virus phát triển, nhân lên trong biểu mô đường hô hấp trên và các tổ chức bạch huyết vùng cổ. Ở giai đoạn xâm nhập Virus theo đường máu đến các cơ quan khác như màng não, tuyến sinh dục, tụy, tuyến ức, gan, tim, thận và thần kinh trung ương, riêng tuyến nước bọt có thể thứ phát sau nhiễm virus máu. Ở giai đoạn toàn phát, virus được cố định ở các cơ quan tuyến và cơ quan thần kinh. Virus được thải chủ yếu qua nước bọt, nhưng cũng được thải qua nước tiểu trong những ngày đầu của bệnh.

2.4. Triệu chứng lâm sàng

Có khoảng 1/3 trường hợp nhiễm virus quai bị không có triệu chứng, gọi là thể ẩn.

- Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 18-21 ngày (thay đổi từ 12-25 ngày).
- Thời kỳ khởi phát: trung bình 24-36 giờ, thường bắt đầu với các triệu chứng chính không đặc trưng của đường hô hấp trên và dưới. Toàn thân mệt mỏi, chán ăn, đau nhức mình mẩy, sốt nhẹ, viêm họng, đau tai kéo dài vài ngày trước khi sưng tuyến mang tai.
- Thời kỳ toàn phát: bắt đầu sưng tuyến mang tai, sốt giảm (chừng 38°C), đau đầu, có thể có các biểu hiện triệu chứng tại các cơ quan khác.

2.4.1 Biểu hiện ở các cơ quan tuyến

Viêm tuyến nước bọt mang tai

Là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất (khoảng 70% trường hợp). Tuyến mang tai sưng đạt tối đa sau 1- 3 ngày và giảm dần sau 7-10 ngày. Đầu tiên chỉ có sưng một bên, sau đó có thể sưng thêm tuyến bên kia.

Tuyến mang tai sưng từ tai xuống dưới hàm và lan ra tận gò má, mắt rãnh trước và sau tai. Vùng da trên tuyến không nóng và đỏ như trong viêm tuyến mang tai nhiễm trùng, có tính đàn hồi và không để lại dấu ấn ngón tay. Khó nuốt nhẹ.

Bệnh nhân có cảm giác đau tai, nhức đầu, chán ăn, đau mỏi toàn thân, sốt khoảng 37,5 - 38°C. Nếu sốt cao phải xem có viêm tinh hoàn hay viêm tụy hay không. Sốt giảm dần và biến mất sau 1 tuần.

Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn

- Xảy ra ở 20-30% nam giới sau tuổi dậy thì bị quai bị, hiếm gặp ở trẻ nhỏ. Trong số này chỉ có 15-20% xảy ra 2 bên; 2/3 trường hợp xảy ra trong tuần lễ đầu.
- Toàn thân: sốt cao 39-41°C, ớn lạnh, nôn mửa, đau vùng bìu, đau lan lên bụng và đùi.
- Thăm khám: vùng da bìu đỏ nóng, tinh hoàn sưng to gấp 3-4 lần bình thường.
- Các triệu chứng biến mất sau 1-2 tuần.

Viêm các tuyến khác:

Có thể gặp viêm tụy, viêm tuyến vú, viêm buồng trứng...

Biểu hiện ở các cơ quan thần kinh

***Viêm màng não**

- Gặp ở 5-10% trường hợp quai bị xảy ra 3-10 ngày sau sưng tuyến mang tai (có khi 2.-3 tuần sau).
- Lâm sàng thường có một hội chứng màng não có sốt, nhức đầu, buồn nôn nhiều hoặc thần kinh lơ mơ. Các triệu chứng này giảm dần sau 3-10 ngày và thường khỏi hoàn toàn, không để lại di chứng.
- Viêm não do quai bị ít xảy ra hơn, xảy ra 7-10 ngày sau sưng tuyến mang tai hoặc xảy ra cùng lúc.

- Lâm sàng: hội chứng nhiễm trùng, hội chứng màng não và các dấu hiệu tổn thương não; dấu thần kinh khu trú, lơ mơ, hôn mê hoặc co giật.

2.4.2. Quai bị ở phụ nữ có thai

Trong 3 tháng đầu của thai kỳ có thể gây sẩy thai, còn trong 3 tháng cuối có thể gây đẻ sớm. Khả năng gây quái thai của virus quai bị còn chưa rõ.

2.5. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định bệnh nhân mắc quai bị chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Chẩn đoán gián biệt:

+ Trường hợp có sưng tuyến mang tai, cần gián biệt với viêm tuyến mang tai do nhiễm các virus khác hoặc vi khuẩn.

+ Phân biệt viêm tinh hoàn do quai bị và một số viêm tinh hoàn do nhiễm khuẩn hay gặp là: lậu, lao hoặc xoắn tinh hoàn.

2.6. Điều trị

Chưa có điều trị đặc hiệu tác dụng lên virus quai bị. Chủ yếu là điều trị các triệu chứng xuất hiện trên lâm sàng.

2.6.1. Trường hợp chỉ có sưng tuyến nước bọt đơn thuần

- Vệ sinh răng miệng, tránh thức ăn quá chua, ăn lỏng nhẹ, giàu năng lượng.

- Nghỉ ngơi tại giường khi còn sốt, có thể dùng các thuốc Paracetamol hoặc Aspirin để kháng viêm, giảm đau và hạ sốt. Tránh dùng các thuốc kháng viêm non-steroid ở trẻ em.

- Có thể dùng thêm Vitamine C 1-2 g/ngày bằng đường uống.

2.6.2. Trường hợp có viêm tinh hoàn

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, chườm lạnh, mặc quần lót bó sát.

- Dùng thuốc giảm đau và chống viêm như Aspirin và các thuốc kháng viêm non-steroid.

- Việc sử dụng globuline miễn dịch chống quai bị ở người lớn cũng có thể làm giảm biến chứng viêm tinh hoàn,

2.6.3. Viêm tụy

Cho bệnh nhân nghỉ ngơi, truyền dịch, nhịn ăn, dùng các thuốc giảm đau, chống nôn nếu cần.

2.6.4. Viêm não - màng não

Đây là những trường hợp nặng. Bệnh nhân phải được điều trị và theo dõi ở phòng cấp cứu.

3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh quai bị

3.1. Nhận định

- Thời gian khởi phát bệnh?

- Triệu chứng lúc mới khởi phát?

- Điều trị và chăm sóc lúc đầu như thế nào?

- Sinh hiệu : có sốt không?

- Các triệu chứng toàn thân: đau đầu, đau mỏi toàn thân, đau cơ,
- Tình trạng sưng đau tuyến mang tai: một bên hay hai bên
- Tình trạng đau hàm, khó mở miệng, đau khi nhai, nuốt
- Có sưng hạch góc hàm không?
- Đối với nam giới : tinh hoàn có bị sưng đau không?
- Đối với nữ: có đau bụng vùng hố chậu không?
- Tình trạng dinh dưỡng
- Khả năng vệ sinh?
- Tâm lý bệnh nhân: lo âu, bất an?
- Kiến thức của người bệnh

3.2. Vấn đề chăm sóc

Qua nhận định bệnh nhân mắc bệnh quai bị, tùy theo từng bệnh nhân cụ thể sẽ có thể có một số vấn đề như sau:

- Tăng thân nhiệt.
- Sưng đau tuyến mang tai
- ăn uống kém.
- Đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi
- Tinh hoàn sưng to, đau
- Nguy cơ vô sinh ở nam giới do viêm tinh hoàn.
- Nguy cơ bị sảy thai đẻ non ở phụ nữ có thai
- Thiếu kiến thức về bệnh

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Tăng thân nhiệt

- Mục tiêu: hạ sốt
- Can thiệp:
 - Bố trí bệnh nhân nằm phòng riêng, thoáng, tránh gió lùa
 - Hướng dẫn bệnh nhân mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát
 - Lau mát tích cực cho bệnh nhân
 - Thực hiện y lệnh : thuốc hạ sốt
 - Theo dõi nhiệt độ, tri giác bệnh nhân

3.3.2. Sưng đau tuyến mang tai

- Mục tiêu: giảm tình trạng sưng đau tuyến mang tai
- Can thiệp:
 - Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại

- Hướng dẫn bệnh nhân súc miệng (nước muối 0,9%)
- Đắp ấm vùng tuyến mang tai để giảm đau
- Thực hiện y lệnh thuốc: giảm đau, an thần nhẹ
- Theo dõi tình trạng sưng đau các tuyến, đau hàm báo bác sỹ

3.3.3. Ăn uống kém

☐ Mục tiêu: tăng cường chế độ dinh dưỡng

☐ Can thiệp:

- Cho bệnh nhân ăn thức ăn dễ nuốt (dạng lỏng) đầy đủ chất dinh dưỡng, tránh các thức ăn lạnh, nóng hoặc quá chua làm bệnh nhân đau.

- Hướng dẫn bệnh nhân tăng cường uống nước cam chanh, trái cây để tăng sức đề kháng.

- Hướng dẫn người nhà chế biến thức ăn phù hợp khẩu vị bệnh nhân

- Hướng dẫn bệnh nhân nên ăn thành nhiều bữa nhỏ trong ngày

- Theo dõi tình trạng tiêu hóa của bệnh nhân

3.3.4. Đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi

☐ Mục tiêu: giảm đau đầu, mệt mỏi, giúp bệnh nhân ngủ ngon

☐ Can thiệp:

- Động viên, trấn an người bệnh. Đồng thời giải đáp những thắc mắc của bệnh nhân trong phạm vi cho phép.

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường. Hướng dẫn người bệnh những phương pháp thư giãn (massage).

- Hạn chế tiếng ồn, hạn chế những can thiệp trên người bệnh nếu không thật sự cần thiết.

- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh thân thể hàng ngày, thay ra trải giường và giữ vệ sinh sạch sẽ phòng bệnh.

- Thực hiện y lệnh thuốc: giảm đau, an thần

- Theo dõi tình trạng mệt mỏi, đau đầu của bệnh nhân để báo bác sỹ

3.3.5. Tinh hoàn sưng to, đau

☐ Mục tiêu: giảm tình trạng sưng đau tinh hoàn

☐ Can thiệp:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường

- Mặc silip để nâng tinh hoàn

- Giảm đau: chườm đá

- Thực hiện y lệnh thuốc : giảm đau, kháng viêm, vitamin E
- Theo dõi tình trạng viêm tinh hoàn của bệnh nhân

3.3.6. Nguy cơ vô sinh do viêm tinh hoàn ở nam giới

- ☐ Mục tiêu: hạn chế thấp nhất nguy cơ vô sinh ở nam giới do viêm tinh hoàn
- ☐ Can thiệp:
 - Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân hiểu được biến chứng của bệnh quai bị khi bị viêm tinh hoàn.
 - Hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ đúng chế độ điều trị.
 - Thực hiện chính xác và kịp thời y lệnh bác sỹ
 - Theo dõi tình trạng sưng, đau tinh hoàn của bệnh nhân báo bác sỹ

3.3.7. Nguy cơ sảy thai, đẻ non ở phụ nữ mang thai

- ☐ Mục tiêu: hạn chế thấp nhất tình trạng sảy thai, đẻ non ở phụ nữ mang thai
- ☐ Can thiệp
 - Động viên, trấn an người bệnh
 - Hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ đúng chế độ điều trị và chăm sóc
 - Thực hiện chính xác và kịp thời y lệnh bác sỹ.
 - Theo dõi tình trạng người bệnh: sốt, đau bụng, ra máu âm đạo ...báo bác sỹ.

3.3.7. Thiếu kiến thức về bệnh

- ☐ Mục tiêu: giúp bệnh nhân có kiến thức về bệnh
- ☐ Can thiệp:
 - Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân về nguyên nhân, triệu chứng, đường lây, cách phòng bệnh...
 - Hướng dẫn bệnh nhân phải tuân thủ đúng chế độ điều trị của bác sỹ để tránh những biến chứng nguy hiểm của bệnh.
 - Hướng dẫn bệnh nhân biết cách tự theo dõi và phát hiện những triệu chứng bất thường của bệnh để báo ngay cho nhân viên y tế.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Áp dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở để thực hiện các công việc can thiệp điều dưỡng trên người bệnh.

3.5. Lượng giá

- Bệnh nhân bị mắc bệnh quai bị được đánh giá tốt nếu sau 1 tuần:
 - Hết sốt, toàn trạng khỏe.

- Tuyên mang tai nhỏ dần, hết đau.
- Các triệu chứng ở các cơ quan khác biến mất
- Không xảy ra các biến chứng.
- Người bệnh hiểu được cách phòng bệnh.

4. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam 20 tuổi vào viện với lý do sung, đỏ một bên hàm trái. Bệnh nhân sốt 39°C, đau đầu, nhức mỏi, ăn kém, đại tiện lỏng. tại khoa bệnh nhân được chẩn đoán: quai bị ngày thứ 3. Hãy đưa ra vấn đề chăm sóc của bệnh nhân.

4.1 Bỏ sung nhận định

4.2 Các vấn đề cần chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Đảm bảo chế độ vệ sinh (súc miệng: nước muối sinh lý)
- Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi, tránh căng thẳng
- Dùng thuốc theo đúng y lệnh
- Đảm bảo đúng thời gian cách ly (thường 10-21 ngày)
- Theo dõi tri giác, sinh hiệu...
- Tái khám ngay nếu có bất thường

6. Tư vấn, giáo dục sức khỏe

Tuyên truyền cho cộng đồng biết các dấu hiệu nghi ngờ quai bị và cách phòng bệnh. Người mắc quai bị phải được cách ly tối thiểu 9 ngày khi lâm sàng có triệu chứng sung tuyến mang tai, nhất là khi bệnh nhân ở trong các tập thể như nhà trẻ, trường học, trại lính...

❖ Tạo miễn dịch chủ động

- Chủng ngừa: có vaccin chủng ngừa, tiêm dưới da liều duy nhất 0,5 ml, có thể dùng đơn độc hoặc kết hợp với sởi và Rubella (MMR: Mump, Measle, Rubella). Đối tượng chủng ngừa là trẻ từ 12 tháng tuổi trở đi. Trẻ em, thanh thiếu, người lớn đều có thể chủng ngừa quai bị.

Nên tránh chủng ngừa cho phụ nữ có thai và người bị ức chế miễn dịch.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi đúng/ sai?

1. Bệnh quai bị lây trực tiếp bằng đường máu qua tiếp xúc giữa người bệnh và người lành?
2. Thời gian lây truyền cao nhất của bệnh quai bị từ 6 ngày trước khi khởi phát và kéo dài đến 2 tuần sau khi sung tuyến mang tai?

3. Bệnh quai bị chỉ có biểu hiện bệnh ở tuyến nước bọt?
4. Biến chứng nguy hiểm của bệnh quai bị ở phụ nữ có thai là sảy thai, đẻ non?

Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh của bệnh dại
2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của các thời kỳ bệnh dại
3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bị bệnh dại.
4. Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và gia đình.

1. Tổng quan

Bệnh dại là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus dại gây nên. Là một bệnh của động vật có xương sống, máu nóng. Thường có những ổ dịch tự nhiên ở những động vật hoang dã, từ đó truyền về cho gia súc (chó), người mắc bệnh do tình cờ. Bệnh nhân mắc dại chắc chắn tử vong khi toàn phát.

2. Kiến thức liên quan

2.1. Tác nhân gây bệnh

Virus dại thuộc họ Rhabdovirus, nhánh Lyssavirus, có cấu tạo ARN và có bao ngoài, có tính hướng thần kinh, tấn công chủ yếu vào động vật có vú, máu nóng, có xương sống.

Virus dại bị bất hoạt bởi ánh nắng, tia cực tím, tia X, nhiệt độ ($>56^{\circ}\text{C}/1$ giờ), đa số các dung môi hữu cơ, nhưng đặc biệt là ether, xà phòng. Tuy vậy, ở nhiệt độ phòng: virus có thể sống được từ 1 - 2 tuần. Vì vậy, đồ vật dính nước bọt chó dại, người bị dại được coi là nguy hiểm.

Có hai loại virus: virus hoang dã, phân lập từ các động vật mắc dại, có độc lực cao, gây bệnh và phát bệnh nhanh chóng. Loại thứ hai là các virus được nghiên cứu ở phòng thí nghiệm, độc lực giảm nhiều và khả năng gây bệnh yếu, chủ yếu gây bệnh thể bại liệt. Virus phòng thí nghiệm này có thể sử dụng để làm vaccine.

2.2. Dịch tễ học

2.2.1. Dịch hoang dã

Là những ổ dịch thiên nhiên giữa các động vật máu nóng, hoang dã. Mọi vùng, mỗi quốc gia, mỗi châu lục thường có những động vật mắc dại chủ yếu khác nhau. Ngoài chó sói, phổ biến ở các thảo nguyên và các nước xứ lạnh nói chung, châu Âu còn có chồn, cáo, Bắc Mỹ có chồn racoon. Nước ta chủ yếu là chó rừng.

2.2.2. Dịch đường phố

Từ dịch hoang dại theo chó săn, các cuộc giao tiếp ở bìa rừng, virus dại tấn công vào các gia súc, chủ yếu là chó nhà, tạo thành các vụ dịch ở những vùng đông dân cư. Vì chó khi lên cơn dại thường chạy rông nên gọi là dịch đường phố.

2.2.3. Dịch do dơi

Chủ yếu do loài dơi hút máu ở Mexico và Nam Mỹ. Phân dơi có chứa virus, lẫn vào trong bụi của các hang động xâm nhập vào du khách qua đường hô hấp.

Bệnh truyền cho người qua vết cắn, xây xước niêm mạc. Hạn hữu qua đường hô hấp (từ bụi phân dơi có chứa virus).

2.3. Cơ chế bệnh sinh

Từ vết thương (do bị cắn, cào, liếm) virus theo đường dây thần kinh ngoại vi lên não gây tổn thương các tế bào thần kinh trung ương, đặc biệt là vùng sừng Amon, hành não. Rồi từ đây virus cũng theo đường dây thần kinh tới tuyến nước bọt và tản ra khắp hệ thống thần kinh. Virus có trong nước bọt chó dại, 10 ngày trước khi phát bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng là do tình trạng viêm não (encephalitis) do virus dại gây nên. Thời gian từ khi xâm nhập đến khi phát bệnh phụ thuộc vào vị trí, số lượng, tính chất vết cắn và vào sức đề kháng của người bệnh.

2.4. Triệu chứng lâm sàng

2.4.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thời gian ủ bệnh của bệnh dại rất thay đổi, từ 10 ngày đến trên 1 năm. Trung bình từ 20 ngày đến 60 ngày. Nếu số vết cắn nhiều, sâu và vị trí cắn ở gần thần kinh trung ương và nhiều mạng lưới thần kinh (đầu, mặt, cổ, bàn tay) thì thời kỳ ủ bệnh sẽ ngắn.

Tùy thuộc vào sức đề kháng của bệnh nhân, bệnh nhân có chủng ngừa dại trước đây không. Bệnh nhân có thể có những dấu hiệu tại vùng bị cắn như dị giác (tê rần, như kiến bò...) hay có dấu hiệu giật cơ gần vùng xâm nhập, bệnh nhân có thể lo lắng, thay đổi tính tình.

2.4.2. Thời kỳ toàn phát

Có hai thể bệnh sau: thể hung dữ hoặc co cứng và thể liệt

2.4.2.1. Thể hung dữ hoặc co cứng

- Bệnh nhân có từng cơn tăng kích thích, biến đổi tính tình xen kẽ với những thời gian ức chế.

- Lúc thì bệnh nhân trở nên hung tợn, điên khùng, gây gổ, đập phá lung tung và nhanh chóng tiến tới hôn mê và tử vong,

- Lúc thì ở trạng thái kích thích vận động là chủ yếu với biểu hiện: co cứng, run rẩy tứ chi, co giật, co thắt họng và thanh khí quản, sợ nước, sợ gió. Nét mặt luôn căng thẳng, hốt hoảng, có thể có tình trạng kích thích tình dục. sốt tăng dần, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, rối loạn tim mạch và hô hấp, xuất hiện nhiều ảo giác... Các triệu chứng nặng dần và tử vong trung bình sau 3 đến 5 ngày do ngừng hô hấp và ngừng tim.

2.4.2.2. Thể liệt

Rất ít gặp, thường gặp ở người bị chó dại cắn đã tiêm vaccin nhưng muộn. Thường không có triệu chứng sợ nước, sợ gió.

Liệt tiến triển dần từ phạm vi vết cắn lan dần lên. Khi liệt đến các trung tâm sống (hô hấp, tuần hoàn...) bệnh nhân tử vong.

2.5. Chẩn đoán

- Có bị virus dại xâm nhập (bị cắn, vào hang dơi...).
- Lên cơn dại điển hình hay biểu hiện liệt tuần tiến đi lên.
- Sau khi chết, tìm được thể Negri trong não, tủy. Tìm được virus trong các bệnh phẩm sinh thiết da, tử thiết giác mạc.

Cần phân biệt: hội chứng Hysteria, hội chứng Guillain-Barre, bại liệt, viêm não, dị ứng vaccin dại.

2.6. Điều trị – dự phòng

2.6.1. Điều trị tại chỗ vết thương sau khi bị súc vật cắn

Sau khi bị súc vật cắn, cần phải rửa, dội thật kỹ vết thương bằng nước xà phòng, sau đó rửa lại bằng nước lọc và lau khô sát trùng vết thương bằng các thuốc như: cồn, cồn iot...tránh khâu vết thương sớm trừ vết thương ở mặt. Có thể tiêm phòng uốn ván và cho kháng sinh.

2.6.2. Điều trị huyết thanh kháng dại

Dùng cho các trường hợp bị cắn nặng: vết cắn rộng, sâu, nhiều vết cắn, bị cắn ở đầu, mặt, cổ, tay bởi một con vật có biểu hiện dại

Lưu ý: Tiêm càng sớm sau khi bị cắn càng có hiệu quả tốt

Tiêm trước khi tiêm vắc xin

2.6.3. Tiêm vắc xin

Chỉ định:

- Khi bị liếm, trên da có vết thương, bị cào, cắn bởi súc vật bị dại hoặc nghi ngờ mà con vật ấy đã bị giết chết hoặc đã bỏ trốn.

- Khi bị súc vật khỏe mạnh cắn phải theo dõi súc vật trong vòng 10 ngày. Nếu thấy có biểu hiện ốm hoặc thay đổi tính tình cần tiêm ngay. Nếu vẫn khỏe thì không cần tiêm.

Một số loại vắc xin: vắc xin cổ điển của Pasteur (ngày nay ít dùng), vắc xin của viện Pasteur Pháp.

2.6.4. Điều trị khi đã lên cơn dại

- Hiện nay chưa có thuốc gì để cứu sống bệnh nhân khi đã lên cơn dại. Chỉ điều trị triệu chứng: an thần, để ở nơi yên tĩnh, riêng biệt.

- Bệnh dại được coi là bệnh tối nguy hiểm nên khi chăm sóc phải mặc đầy đủ trang bị (mũ, mạng, quần áo, găng tay, ủng), rửa tay kỹ bằng xà phòng sau khi chăm sóc rồi sát trùng bằng cồn.

- Các vật dụng (vải, dụng cụ riêng của bệnh nhân) cần thiêu hủy. Các đồ sắt, giường, tủ, sàn nhà....cần lau rửa bằng xà phòng và phun thuốc khử trùng.

2.6.5. Phòng bệnh

- Tiêm vắc xin phòng bệnh bắt buộc cho gia súc, đặc biệt là chó mèo

- Tiêm vaccin phòng dại cho một số người có nghề nghiệp tiếp xúc nhiều với súc vật như: thú y, chăn nuôi gia súc (chó, mèo...) chuyên nghiệp.

3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh dại

3.1. Nhận định

Khi bệnh nhân đến mà có nghi ngờ là bệnh dại, chúng ta cần lưu ý và hỏi bệnh nhân những vấn đề sau:

- Con vật nuôi hay thả rong cắn và cắn trong bao lâu. Nếu vật nuôi thì có được tiêm phòng không?

- Vị trí vết cắn, tính chất của vết cắn

- Có được xử lý hay đã dùng thuốc gì hoặc tiêm phòng sau khi con vật cắn?

- Nếu tiêm phòng thì sau khi cắn bao lâu? tiêm đủ liều không?

- Hỏi bệnh nhân có những dấu hiệu tại vùng bị cắn như dị giác (tê rần, như kiến bò...) hay có dấu hiệu giật cơ gần vùng xâm nhập?

- Đánh giá tri giác bệnh nhân: lo lắng, có từng cơn tăng kích thích, biến đổi tính tình xen kẽ với những thời gian ức chế, có lúc trở nên hung tợn, điên khùng, gây gỗ, đập phá lung tung, có rơi vào trạng thái kích thích vận động: co cứng, run rẩy tứ chi, co giật, co thắt họng và thanh khí quản, sợ nước.

- Quan sát: Nét mặt luôn căng thẳng, hốt hoảng, có thể có tình trạng kích thích tình dục.

- Dấu hiệu sinh tồn: sốt tăng dần, mạch nhanh, nhịp thở rối loạn.

- Rối loạn hệ thần kinh giao cảm: vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, rối loạn tim mạch và hô hấp, xuất hiện nhiều ảo giác...

- Tình trạng dinh dưỡng, vệ sinh

3.2. Vấn đề chăm sóc

Bệnh nhân có thể có một số vấn đề cần chăm sóc dưới đây:

- Kích thích, kích động, co giật, hốt hoảng, sợ sệt
- Vết thương nhiễm trùng
- Rối loạn tim mạch, hô hấp, thân nhiệt
- Thiếu hụt dinh dưỡng
- Khả năng vệ sinh kém
- Nguy cơ tử vong
- Thiếu kiến thức về bệnh

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Trạng thái kích thích, kích động, co giật, hốt hoảng, sợ sệt

□ Mục tiêu: giảm tình trạng kích thích, kích động, co giật, hốt hoảng, sợ sệt, lo âu.

□ Can thiệp:

- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, để đầu óc thanh thản, không suy nghĩ.
- Người nhân viên y tế cần quan tâm chăm sóc bệnh nhân, trấn an và giải thích những câu hỏi của bệnh nhân trong phạm vi nhất định.
- Hướng dẫn bệnh nhân những phương pháp cần thiết để giảm mệt mỏi và lo lắng: nghỉ ngơi, thư giãn, massage
- Để bệnh nhân cách ly phòng riêng, ánh sáng mờ, yên tĩnh, giảm mọi lo lắng và kích thích.
- Theo dõi tình trạng kích thích, co giật... báo bác sỹ.
- Thực hiện y lệnh thuốc: an thần, tiêm vaccin hoặc huyết thanh kháng dại (nếu có).

3.3.2. Vết thương nhiễm trùng

- Mục tiêu: không để tình trạng nhiễm trùng xảy ra
- Can thiệp:
 - Thay băng, rửa vết thương (vết cắn) hàng ngày. Nhân viên y tế phải hết sức cẩn thận khi chăm sóc vết thương (phải mang găng tay và đeo khẩu trang khi tiếp xúc bệnh nhân).
 - Theo dõi tình trạng vết thương: sưng, nóng, đỏ, đau, chảy dịch
 - Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh

3.3.3. Rối loạn tim mạch, hô hấp, thân nhiệt

- Mục tiêu: hạn chế tình trạng rối loạn các trung tâm tuần hoàn, hô hấp, điều nhiệt.
- Can thiệp:
 - Cho bệnh nhân nằm đầu cao và nghiêng một bên nếu có khó thở và ứ đọng đờm giải.
 - Theo dõi nhịp thở- mạch, nhiệt độ, huyết áp bệnh nhân. Nếu có rối loạn nhịp thở, hoặc có dấu hiệu suy hô hấp (tím tái, vùng vầy...) có thể cho bệnh nhân thở Oxy và báo để bác sỹ quyết định có cho thở máy hay không. Nếu có dấu hiệu loạn nhịp tim hay trụy tim mạch, báo cho bác sỹ..
 - Hướng dẫn bệnh nhân chế độ nghỉ ngơi hợp lý
 - Lau mát nếu có tăng thân nhiệt
 - Thực hiện y lệnh của thầy thuốc: thở oxy, thuốc an thần, thuốc hạ sốt.
 - Theo dõi phát hiện biến chứng.

3.3.4. Thiếu hụt dinh dưỡng

- Mục tiêu: đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân
- Can thiệp:

- Cho ăn thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu. Chia làm nhiều bữa ăn nhỏ.
- Thức ăn giàu dinh dưỡng, đủ năng lượng cho bệnh nhân.
- Tạo thức ăn hấp dẫn để kích thích bệnh nhân.
- Động viên bệnh nhân cố gắng ăn uống.
- Thực hiện y lệnh: truyền dịch nuôi dưỡng
- Theo dõi thể trạng, tình trạng tiêu hóa của bệnh nhân

3.3.5. Khả năng vệ sinh kém

- Mục tiêu: đảm bảo bệnh nhân được sạch sẽ, không bị viêm nhiễm, loét ép
- Can thiệp:
 - Vệ sinh cơ thể bệnh nhân và vệ sinh phòng bệnh, ra trái giường hàng ngày.
 - Trường hợp người bệnh khạc nhổ: đưa bệnh nhân ồng nhổ có dung dịch sát khuẩn và hướng dẫn người bệnh khạc nhổ vào đó.
 - Theo dõi tình trạng da, niêm mạc bệnh nhân. Nếu có bất thường cần báo bác sỹ.

3.3.5. Nguy cơ tử vong

- Mục tiêu: hạn chế thấp nhất nguy cơ tử vong trên bệnh nhân
- Can thiệp:
 - Theo dõi và phát hiện sớm các biểu hiện nguy hiểm của bệnh nhân: mạch nhỏ, khó bắt, tim đập yếu, không đều, nhịp thở khó khăn, thở nhanh, tăng tiết đờm dãi.
 - Theo dõi tình trạng đau, co giật, kích thích của bệnh nhân, trạng thái sợ nước, sợ ánh sáng...
 - Thông báo và giải thích cho người nhà hiểu và hợp tác nếu tình huống xấu xảy ra.
 - Theo dõi khả năng đáp ứng với thuốc của bệnh nhân
 - Thực hiện đầy đủ, kịp thời và chính xác các y lệnh thuốc của bác sỹ cũng như các công tác chăm sóc điều dưỡng.

3.3.6. Bệnh nhân và người nhà thiếu hụt kiến thức về bệnh

- Mục tiêu: giúp bệnh nhân và người nhà có kiến thức về bệnh
- Can thiệp:
 - Giáo dục cho bệnh nhân và người nhà cách xử trí ngay sau khi động vật nghi dại cắn
 - Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người nhà về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của bệnh.
 - Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cách chăm sóc và theo dõi bệnh nhân khi bị

động vật dại cắn.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Áp dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở để thực hiện các công việc can thiệp điều dưỡng trên người bệnh

3.5. Lượng giá

- Các nhu cầu người bệnh: đau, lo lắng, co giật, kích thích... diễn biến như thế nào và các biến chứng có xuất hiện không?

- Bệnh nhân cảm thấy dễ chịu trước khi trở nặng không?

- Các thuốc điều trị bệnh dại có gây tác dụng phụ không?

- Bệnh nhân và người nhà và những người xung quanh biết cách phòng dại và sơ cứu khi bị động vật nghi dại cắn.

- Người nhà hiểu và chấp nhận bệnh nặng khi lên cơn toàn phát.

4. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nữ 48 tuổi vào viện với lý do bị chó dại cắn. Khi vào viện tình trạng bệnh nhân như sau: có vết cắn ở bàn tay, sợ nước, sợ ánh sáng, lo âu, hốt hoảng, sốt cao, mạch nhanh, khó thở. Hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân trên?

4.1 Bổ sung nhận định

4.2 Các vấn đề chăm sóc

4.3 Lập kế hoạch chăm sóc

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà cách tự chăm sóc vết thương

- Đảm bảo một chế độ dinh dưỡng hợp lý

- Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi, tránh căng thẳng

- Hướng dẫn người nhà theo dõi toàn trạng bệnh nhân: tri giác, nhiệt độ... Tái khám ngay nếu có bất thường.

6. Tư vấn giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho bệnh nhân và người nhà cách xử trí ngay sau khi động vật nghi dại cắn:

+ Săn sóc vết thương: rửa ngay vết thương với xà phòng, chà xát mạnh càng tốt. Ngoài ra còn có thể dùng các dung dịch có chứa NH_4^+ . Không khâu kín.

+ Chúng ngừa ngay vaccine phòng dại cho đến khi biết chắc động vật cắn không mắc dại. Trường hợp không xác minh được, phải tiêm phòng đủ liều.

Chú ý: người chăm sóc nếu có vết thương ở da, không nên chăm sóc bệnh nhân dại.

- Giáo dục kiến thức phòng bệnh:

+ Nếu sống trong vùng có dại đang bộc phát lưu hành, thường xuyên có bệnh nhân dại nên chủ động tiêm vaccine phòng dại.

+ Tuyên truyền, phổ biến cách xử lý đúng cách cho nhân dân khi bị động vật cắn, nhất là chó. Không sử dụng các phương thức chưa được chứng minh có hiệu quả rõ ràng như đặt ngọc, dùng thuốc gia truyền..., vì có thể làm chậm thời gian tiêm vaccine và huyết thanh chống dại.

- Tuyên truyền nhân dân tiêm phòng dại cho chó nuôi ở nhà. Hạn chế nguy cơ chó cắn người khác bằng cách mang rọ mõm khi thả chó ra đường.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi đúng/ sai?

1. Bệnh dại lây chủ yếu từ súc vật (chó, mèo) sang người qua đường máu?
2. Một số ít trường hợp người bị nhiễm virus dại lây qua đường hô hấp do hít phải phân của loài dơi?
3. Thời kỳ ủ bệnh khi bị nhiễm virus dại trung bình 3 tháng đến 6 tháng?
4. Bệnh dại thời kỳ toàn phát có hai thể: thể co cứng và thể hung dữ?
5. Bệnh dại là bệnh có thể điều trị triệt để khi đã lên cơn dại?

Bài 10: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ học, lâm sàng, hướng điều trị, dự phòng bệnh tiêu chảy nhiễm trùng.
2. Nhận định và lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tiêu chảy nhiễm trùng

1. Tổng quan

Tiêu chảy nhiễm trùng (tiếng Anh là Infectious diarrhea / Stomach flu), còn được gọi là tiêu chảy nhiễm trùng đường ruột. Đây là một bệnh phổ biến do các tác nhân vi sinh gây ra, biểu hiện ở những cơn tiêu chảy cấp tính dạng phân nước hoặc nhầy nhớt liên tục trong vài ngày.

Bệnh tiêu chảy nhiễm trùng được phân thành những loại: Tiêu chảy do virus, tiêu chảy do vi khuẩn, tiêu chảy do ký sinh trùng.

Các loại vi sinh bao gồm nấm men, virus, ký sinh trùng, vi khuẩn dạng campylobacter, Escherichia coli (E. coli), Salmonella, Clostridium, khuẩn tụ cầu... đều có thể là tác nhân gây tiêu chảy nhiễm trùng. Bệnh chủ yếu lây qua đường ăn uống, khi tiếp xúc với thực phẩm hoặc nguồn nước vệ sinh kém. Mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng sẽ phụ thuộc vào loại mầm bệnh gây ra.

Tiêu chảy nhiễm trùng là một loại tiêu chảy do đường tiêu hóa bị nhiễm vi khuẩn, virus, độc tố vi khuẩn hoặc ký sinh trùng.

2. Kiến thức liên quan

2.1 Nguyên nhân

- Do vi khuẩn
 - + Shigella
 - + Salmonella
 - + E.coli
 - + Vibrio cholera
 - + Vibrio parahemolyticus...
- Do virus
 - + Rota virus
 - + Parvo virus
 - + Adeno virus
 - + Entero virus
- Do ký sinh trùng
 - + Giardia lamblia
 - + Trichomonas intestinalis

+ Entamoeba histolytica

2.2 Dịch tễ học

- Phương thức lây truyền

Chủ yếu là đường phân miệng, do uống nước hoặc thức ăn bị nhiễm bẩn. Thức ăn bị nhiễm vi sinh vật thường do dùng nguyên liệu bị nhiễm trùng hoặc nhiễm vi sinh vật trong quá trình chế biến, phân phối hoặc tồn trữ.

- Nguồn bệnh

Người bệnh, người lành mang trùng là nguồn lây nhiễm quan trọng.

- Tuổi

Bệnh thường xảy ra ở trẻ em, có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn. Trẻ bú mẹ ít mắc bệnh do kháng thể từ sữa mẹ, tỷ lệ mắc tăng dần từ tuổi ăn dặm đến 5 tuổi, giảm dần sau 5 tuổi do miễn dịch mắc phải ngày càng đủ bảo vệ.

- Mùa

Đa số vi khuẩn và ký sinh trùng gây bệnh ở vùng khí hậu nhiệt đới, bệnh thường xảy ra về mùa hè do nhiệt độ thích hợp với đa số các vi khuẩn. Ở các nước ôn đới tác nhân gây bệnh là vi rút và thường diễn ra vào mùa lạnh.

- Yếu tố nguy cơ

Bệnh thường xảy ra ở các nước đang phát triển, đông dân, có điều kiện vệ sinh kém.

Cơ địa: trẻ nhỏ, trẻ suy dinh dưỡng, người suy giảm miễn dịch, người mắc bệnh mạn tính, người giảm acid dạ dày, phụ nữ có thai... dễ cảm thụ nhiều hơn với bệnh, nhiễm trùng tái phát, diễn tiến kéo dài hay mạn tính.

Tập quán ăn uống thiếu vệ sinh: ăn thức ăn chưa được nấu chín, hâm lại nhiều lần, không có thói quen rửa tay trước khi ăn hay sau khi đi vệ sinh.

Điều kiện vệ sinh kém, sử dụng phân tươi trong công nghiệp, nguồn nước không sạch.

2.3 Cơ chế bệnh sinh

- Do vi khuẩn sinh độc tố

Độc tố của vi khuẩn hoạt hóa adenylcyclase của tế bào ruột gây tăng sự bài tiết của nước và điện giải ở ruột non chủ yếu là ở hồng tràng, trong lòng ruột hiện diện một lượng lớn các dung dịch có khả năng thẩm thấu cao vượt quá khả năng hấp thu của ruột.

- Do vi khuẩn xâm nhập vào thành ruột

Vi khuẩn bám dính, xâm nhập vào trong niêm mạc, gây nên các tổn thương ở đại tràng, dẫn đến sự bài tiết ra chất nhầy, từng đám niêm mạc bị hoại tử, hồng cầu, bạch cầu. Phân thường lỏng do sự giảm hấp thu nước của đại tràng và thường có nhầy máu đi kèm.

2.4 Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh:

- + Staphylococcus: 6 - 12 giờ
- + Salmonella: 12 - 36 giờ. Kh
- + C.perfringens (thịt, sản phẩm của thịt đóng hộp): 12 giờ
- + Tụ cầu: 6-12 giờ

- Thời kỳ khởi phát và toàn phát:

- + Salmonella: khởi phát với sốt cao, đau bụng, bụng chướng, đi cầu phân sệt và chướng.
- + Tụ cầu: không sốt, đi cầu phân toàn nước
- + Hội chứng tiêu chảy dạng tả

Biểu hiện một viêm dạ dày ruột non, bệnh khởi phát cấp tính với buồn nôn, nôn mửa, đi cầu phân lỏng toàn nước, số lượng nhiều, phân có thể không thối hoặc thối, không nhầy máu, đi nhiều lần trong ngày, có thể dẫn đến mất nước nhanh chóng và trầm trọng đặc biệt là ở trẻ nhỏ và người già. Đau bụng ít hơn so với hội chứng lỵ, bệnh thường không sốt hoặc sốt nhẹ.

+ Hội chứng lỵ

Sốt cao, nhức đầu, nôn mửa, đau bụng quặn từng cơn dọc khung đại tràng. Đi cầu nhiều lần phân nhầy máu, mót rặn.

+ Tiêu chảy do vi rus

Sốt thường kéo dài 2- 3 ngày, nôn rất hay gặp thường xảy ra sớm, ỉa chảy tóe nước, phân màu vàng hoặc xanh, có thể có nhầy mũi, hiếm khi có máu, thường khởi tự nhiên sau 3- 5 ngày.

2.5 Cận lâm sàng

- Soi phân tìm bạch cầu: có bạch cầu khi ỉa chảy do tác nhân xâm nhập niêm mạc ruột. Bạch cầu âm tính khi ỉa chảy do vi khuẩn không xâm nhập niêm mạc ruột hoặc do độc tố ruột.

- Cây phân: để xác nhận tác nhân gây bệnh chính.

- Các xét nghiệm khác:

Nhằm có hướng điều trị trong những trường hợp bệnh nặng như: Hct, U re máu, điện giải đồ, dự trữ kiềm...

2.6 Biến chứng:

- Do mất nước và điện giải: suy tuần hoàn, rối loạn điện giải, suy thận

- Do tổn thương niêm mạc ruột: xuất huyết tiêu hóa, hội chứng kém hấp thu, thiếu dinh dưỡng do mất đạm kéo dài.

- Biến chứng ngoài ruột: nhiễm trùng huyết...

2.7 Điều trị

- Bù dịch và điện giải

- Điều trị nhiễm khuẩn: có thể dùng kháng sinh hay không tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ
- Điều trị triệu chứng và biến chứng

3. Qui trình chăm sóc

3.1. Nhận định

- Người bệnh có sốt: sốt vừa hay sốt cao, nhức đầu
- Dấu chứng về tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn, nôn mửa, đi cầu phân lỏng (chú ý về số lượng, màu sắc và tính chất phân)...
- Dấu hiệu mất nước: mức độ khát nước và khả năng uống nước của người bệnh, dấu véo da, tinh thần kinh, môi khô, mắt trũng...
- Toàn trạng: người bệnh tỉnh táo, mệt lả, lơ mơ...
- Dấu hiệu sinh tồn: chú ý mạch và huyết áp.

3.2 Vấn đề cần chăm sóc

Qua hỏi người bệnh, quan sát, thăm khám, thu thập thông tin, các vấn đề chăm sóc có thể gặp ở người bệnh tiêu chảy nhiễm trùng như sau:

- Tăng thân nhiệt do tình trạng nhiễm trùng
- Nôn, đau bụng, do nhiễm trùng đường ruột
- Đi cầu phân lỏng do viêm ruột.
- Khát nước, môi khô, mắt trũng.
- Mệt mỏi, lo lắng
- Nguy cơ rối loạn nước và điện giải.

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc

Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét toàn trạng người bệnh, tùy theo từng trường hợp để xác định vấn đề ưu tiên kịp thời cứu chữa cho người bệnh.

3.3.1 Tăng thân nhiệt do tình trạng nhiễm trùng

* Mục tiêu

- Hạ sốt

* Can thiệp

- Hạ nhiệt cho người bệnh: lau mát, trường hợp có sốt cao dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh.

3.3.2 Nôn, đau bụng do nhiễm trùng đường ruột

* Mục tiêu

- Giảm nôn, giảm đau bụng

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng đau bụng
- Chăm sóc người bệnh nôn

3.3.3 Đi cầu phân lỏng do viêm ruột.

* Mục tiêu

- Cải thiện tình trạng đi cầu lỏng

* Can thiệp

- Theo dõi tình trạng đi cầu lỏng

- Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh

3.3.4 Khát nước, môi khô, mắt trũng.

* Mục tiêu

- Bù nước cho người bệnh

* Can thiệp

- Hướng dẫn người bệnh pha và uống dung dịch ORS, truyền dịch

- Đánh giá dấu hiệu mất nước

3.5 Người mệt mỏi, chán ăn

* Mục tiêu

- Đảm bảo dinh dưỡng

* Can thiệp

- Tăng cường dinh dưỡng

3.3.6 Nguy cơ rối loạn nước và điện giải.

* Mục tiêu

- Ngăn ngừa nguy cơ

* Can thiệp

- Theo dõi các kết quả xét nghiệm

- Bù đủ lượng nước

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Hạ nhiệt cho người bệnh: lau mát toàn thân bằng nước ấm, mặc quần áo thoáng mát, trường hợp có sốt cao dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh.

- Theo dõi tình trạng đau bụng, thực hiện y lệnh men tiêu hóa. Dặn người bệnh nôn vào chậu, súc miệng sạch sẽ sau khi nôn có thể giảm cảm giác buồn nôn. Theo dõi tình trạng nôn, chướng bụng.

- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của phân. Vệ sinh cá nhân sạch sẽ: tắm rửa, thay quần áo hàng ngày, giữ sạch vùng hậu môn, rửa tay bằng xà phòng khử khuẩn sau mỗi lần đi cầu. Nếu người bệnh có chỉ định truyền dịch, cần cho người bệnh nằm giường có lỗ để đi cầu tại chỗ. Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh.

- Bù nước và điện giải: cho người bệnh uống đủ lượng nước, ưu tiên dùng dung dịch ORS, nước cháo muối... chú ý khả năng uống nước của người bệnh để có thể thay thế bù dịch bằng đường truyền tĩnh mạch nếu có dấu hiệu mất nước. Đánh giá dấu hiệu mất nước thường xuyên.

- Chế độ ăn:
 - + Ăn đầy đủ dinh dưỡng, lỏng, dễ tiêu như cháo thịt cá... dặn người nhà không nên cho người bệnh ăn cháo muối.
- Phòng tránh nguy cơ rối loạn nước và điện giải:
 - + Cho người bệnh nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh ồn ào. Trấn an và động viên tinh thần cho người bệnh.
 - + Thực hiện các y lệnh kịp thời và nhanh chóng
 - + Thực hiện các xét nghiệm: Điện giải đồ, soi phân, cấy phân, công thức máu...
 - + Theo dõi tình trạng tri giác: lơ mơ, kích thích, vật vã, co giật, hôn mê...
 - + Theo dõi và đánh giá mức độ mất nước
 - + Theo dõi lượng nước tiểu
 - + Lập bilan nước: theo dõi lượng nước vào - ra. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

3.5 Lượng giá

- Người bệnh hết sốt
- Dấu hiệu sinh tồn ổn định
- Hết đau bụng
- Đi cầu phân trở lại bình thường
- Không xảy ra biến chứng
- Chăm sóc nuôi dưỡng đầy đủ, uống đủ lượng nước
- Các y lệnh thực hiện đầy đủ, kịp thời
- Các kết quả xét nghiệm trở về bình thường.

4. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà biết cách pha dung dịch ORS, cách cho người bệnh uống ORS.
- Hướng dẫn người nhà biết cách chế biến thức ăn, ăn đầy đủ chất dinh dưỡng trong khi bị bệnh, không nên kiêng khem.
- Hướng dẫn cách ly, tẩy ấu và xử lý phân đúng qui định để tránh lây lan.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà biết các dấu hiệu bệnh nặng để đưa người bệnh đến cơ sở y tế kịp thời.

5. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người bệnh và người nhà biết các biện pháp phòng bệnh:
 - + Vệ sinh ăn uống, vệ sinh thực phẩm: thức ăn đã được nấu chín, ăn khi còn nóng, không ăn thức ăn đã bị ôi thiu, hâm lại nhiều lần. Bảo quản thức ăn không để côn trùng xâm nhập.
 - + Uống nước đã đun sôi, rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.
 - + Chọn những thực phẩm có nguồn gốc rõ ràng, còn hạn sử dụng
- Phát hiện và điều trị những người có mầm bệnh.

- Sử dụng hồ xí hợp vệ sinh.
- Sử dụng nguồn nước sạch trong sinh hoạt hằng ngày.

6 Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Thị Hồng Ánh 38 tuổi vào viện với các dấu hiệu sau:

Người bệnh sốt cao 39°C, người mệt mỏi, khát nước nhiều, đau bụng quặn từng cơn, đi cầu phân lỏng...

6.1 Bổ sung nhận định

6.2 Vấn đề chăm sóc

6.3 Lập kế hoạch chăm sóc

7. Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Nguyên nhân gây bệnh thương hàn là do vi khuẩn:

- A. Shigella
- B. Salmonella**
- C. E.coli
- D. Vibrio cholera

Câu 2: Nguyên nhân gây bệnh lỵ trực trùng là do vi khuẩn:

- A. Shigella**
- B. Salmonella
- C. E.coli
- D. Vibrio cholera

Câu 3: Chế độ ăn của người bệnh tả chảy không nên ăn:

- A. Cháo muối**
- B. Cháo xương
- C. Cháo thịt
- D. Soup

Bài 11: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN MẮC BỆNH GIUN SÁN

Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được dịch tễ học, triệu chứng, các thuốc điều trị cơ bản và cách phòng nhiễm các loại giun sán thường gặp.
2. Trình bày được quy trình chăm sóc bệnh nhân nhiễm giun, sán.

1. Tổng quan:

Giun sán là những động vật đa bào, cấu tạo cơ thể có những cơ quan riêng biệt. Giun sán kí sinh bao gồm các loại giun sán kí sinh trên động vật và thực vật. Có nhiều loại giun sán sống tự do. Tuy nhiên, đối tượng liên quan chủ yếu tới y học bao gồm các giun sán kí sinh ở người, các động vật khác liên quan tới người, nghĩa là có thể truyền bệnh sang người.

Giun sán sống kí sinh ít hơn, không giống hẳn với nguồn gốc tổ tiên của chúng, cấu tạo cơ thể đã có nhiều thay đổi thích nghi với đời sống kí sinh. Giun sán thường kí sinh theo phương thức bắt buộc, kí sinh vĩnh viễn trong cơ thể vật chủ. Một số ít kí sinh theo phương thức tình cờ lạc chủ, chúng sống tạm thời ở các mô của vật chủ, không phát triển tới giai đoạn trưởng thành.

Đa số giun sán kí sinh ở ống tiêu hóa, bất thường có thể di chuyển lạc chỗ đến những nơi khác trong cơ thể vật chủ. Một số giun sán kí sinh ở gan, phổi, cơ, hệ bạch huyết, hệ tuần hoàn...

Phương thức sinh sản khác nhau rõ rệt giữa giun tròn, sán lá, sán dây. Hầu hết giun tròn sinh sản đơn giới (có giun đực, giun cái riêng). Sán sinh sản lưỡng giới, riêng sán lá có hình thức sinh sản phôi tử (ấu trùng có khả năng sinh sản) và hình thức sinh sản đa phôi (từ một mầm trứng sinh sản thành nhiều ấu trùng).

Đường xâm nhập của giun sán vào cơ thể vật chủ cũng rất khác nhau. Chủ yếu theo đường tiêu hóa (giun đũa, giun tóc, giun kim, sán lá phổi, sán dây lợn, sán dây bò...). Một số giun sán xâm nhập vào cơ thể vật chủ qua đường da (giun móc, giun lươn, sán máng...). Một số xâm nhập vào cơ thể vật chủ qua vết đốt của côn trùng hút máu (giun chỉ...).

Đường thải mầm bệnh giun sán ra khỏi cơ thể vật chủ khác nhau, chủ yếu theo đường thải bã của ống tiêu hóa. Có loại như sán máng *S. hematobium* thải trứng qua đường nước tiểu. Có loại thải trứng qua đờm như sán lá phổi *Paragonimus* sp.

Bệnh giun sán rất phổ biến ở các nước nhiệt đới có khí hậu nóng ẩm rất thuận lợi cho sự sinh trưởng, phát triển của giun sán và các vật chủ trung gian của chúng.

Ở các nước kinh tế chậm phát triển, trình độ văn hoá vệ sinh thấp kém, phong tục lạc hậu tỉ lệ nhiễm giun sán rất cao, cường độ nhiễm giun sán nặng. Tỉ lệ nhiễm giun sán

phối hợp (hai, ba, bốn loại giun sán) trên cùng một cơ thể khá cao. Môi trường ngoại cảnh luôn bị ô nhiễm nặng nề bởi mầm bệnh giun sán. Theo thống kê của viện Sốt rét - KST - CT Trung ương, ở miền Bắc Việt Nam, mọi mẫu đất đều tìm thấy trứng giun đũa. Điều này gây khó khăn lớn cho công tác phòng chống giun sán ở Việt Nam.

2. Kiến thức liên quan

2.1. Bệnh học

2.1.1. Các bệnh do giun

2.1.1.1. Bệnh do giun đũa

Là bệnh do *Ascaris lumbricoides*, có tính chất dễ lây lan, có thể gây ra một số biến chứng ngoại khoa nguy hiểm.

Giun đũa là một loại giun tròn lớn, màu trắng hồng; con đực dài 20-25 cm, con cái dài 20-30 cm. Giun cái đẻ khoảng 200.000 trứng/ngày. Trứng theo phân ra ngoài. Khi nuốt vào ruột non, trứng nở ra ấu trùng. Ấu trùng lên gan, phổi rồi lại xuống ruột non. Giun sống được 12-18 tháng.

Dịch tễ

Trứng giun đũa được thải ra ngoài với số lượng lớn. Trứng có vỏ dày, bền vững với nhiều tác nhân lý hóa, do đó trứng sống được nhiều tháng cho đến nhiều năm ở ngoại cảnh. Người ta nhiễm giun do ăn rau sống có lẫn trứng hoặc uống nước không đun sôi.

Triệu chứng lâm sàng

- + Giai đoạn ấu trùng (từ ngày 3-4 đến ngày 10-15 sau khi nuốt trứng): sốt nhẹ, khó thở, đôi khi có nổi mề đay, X-quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm.
- + Giai đoạn giun trưởng thành: đau quanh rốn, táo bón, buồn nôn; triệu chứng nhiễm độc: khó ngủ, vật vã, ngứa, nổi mẩn đỏ trên da; triệu chứng nhiễm giun: sốt nhẹ, ho, chảy nước bọt...

Biến chứng

- + Tắc ruột bởi búi giun.
- + Lòng ruột.
- + Giun chui ống mật, giun chui ống tụy, giun gây viêm ruột thừa, giun làm thủng ruột gây viêm phúc mạc...

Chẩn đoán

- + Tăng bạch cầu ái toan trong máu.
- + Hình ảnh phim X-quang phổi.
- + Xét nghiệm tìm trứng trong phân khi giun trưởng thành.

Điều trị

- Nội khoa: dùng các thuốc xổ giun như Pyrantel, Mebendazol, Albendazol..
- Can thiệp ngoại khoa khi có tắc ruột, viêm ruột thừa...

2.1.1.2 Bệnh do giun kim

Giun kim có tên khoa học là *Enterobius vermicularis*, thường gặp ở trẻ em. Đây là loại giun tròn, nhỏ, màu trắng đục. Con đực dài 3-5 mm, con cái dài 9-12 mm.

Dịch tễ

+ Tỷ lệ nhiễm giun kim thường cao ở những nơi tập trung nhiều người như trường học, nhà trẻ...

+ Không tùy thuộc điều kiện địa lý, khí hậu mà chủ yếu tùy vào vệ sinh cá nhân và ngoại cảnh.

+ Trẻ em thường nhiễm giun cao hơn người lớn.

Các cách thức lây nhiễm là:

+ Gãi hậu môn rồi đưa tay vào miệng.

+ Hít trứng giun lơ lửng trong không khí, sau đó nuốt vào thực quản.

+ Trứng giun khuếch tán ở chần, chiếu, bàn ghế..., từ đó xâm nhập vào người qua đường hô hấp hoặc đường miệng.

Bệnh sinh

Giun sống ở quanh vùng manh tràng. Giun có thể gây viêm loét nhẹ niêm mạc ruột già, đôi khi có xuất huyết. Khi giun đẻ trứng quanh hậu môn có thể gây ngứa nhiều.

Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng thường gặp:

- Ngứa hậu môn vào ban đêm.
- Trầy, xước có hoặc không có ứ mủ ở vùng da quanh hậu môn,
- Đau hố chậu phải.
- Chán ăn, buồn nôn, sụt cân...
- Các triệu chứng liên quan đến giun lạc chỗ: ngứa âm hộ, viêm âm đạo (ra huyết trắng)...

Chẩn đoán

- Không xét nghiệm phân vì giun không đẻ trứng trong ruột,
- Tìm trứng giun bằng phương pháp Gram: buổi sáng lúc bệnh nhân chưa làm vệ sinh, dùng một miếng băng keo trong dính quét vùng rìa hậu môn. Sau đó dán lên lam kính và quan sát dưới kính hiển vi.

Điều trị

- Pyrantel pamoate (PANATEL, COMBAN TRIN) 10mg/kg, liều duy nhất.
- Mebendazol 100mg hay Flubendazol 100mg, liều duy nhất.

1.1.3. Bệnh do giun móc

Giun móc có nhiều loại như *Ancylostoma duodenal*, *Necator americanus*. Giun đực dài 8-11 mm, giun cái dài 10-13 mm, xoang miệng có răng nhọn hoặc dao hình bán nguyệt để bám vào ruột.

Dịch tễ

Bệnh phổ biến ở các nước vùng nhiệt đới, những nơi còn dùng phân người để bón cây, có tập quán đi chân đất...

Bệnh sinh

Ấu trùng giun chui vào da gây ngứa ở điểm xâm nhập, mẩn đỏ ở chân tay. Giun trưởng thành gây viêm ruột, tiêu chảy, buồn nôn.

Sau đó giun tiết ra chất kháng đông gây xuất huyết liên tục ở niêm mạc nơi giun bám.

Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt, xét nghiệm máu có hồng cầu giảm, thiếu máu nhược sắc.

Điều trị

- Tẩy giun bằng pyrantel Panmoate (20mg/kg/ngày trong 2-3 ngày), Mebendazol (200mg/kg/ngày trong 3 ngày), Albendazol liều duy nhất 400mg.

2.1.2. Các bệnh do sán

2.1.2.1. Bệnh do sán dải bò và sán dải heo

Sán dải bò có tên khoa học là *Taenia saginata*, dài 4-10m, có 1000-2000 đốt sán. *Taenia saginata* sống ở đoạn trên hồng tràng. Đốt sán mang trứng đứt rời ra và xuống ruột già, bò qua hậu môn ra ngoài. Trứng sán được tung ra khi trứng sán nứt. Khi bò, cừu ăn cỏ nuốt trứng, trứng sẽ phát triển thành các nang ấu trùng ở bắp thịt và cơ quan nội tạng. Khi người ăn thịt bò còn sống, nang ấu trùng xuống ruột non, bung đầu sán ra bám vào niêm mạc và mọc các đốt sán thành sán trưởng thành.

Sán dải heo (*Taenia saginata*) dài khoảng 2- 40m, có 800-1000 đốt sán. Chu trình phát triển tương tự như sán dải bò.

Dịch tễ

Bệnh gặp ở những nơi có tục ăn thịt bò sống hay tái. Nang ấu trùng thường thấy ở cơ lưỡi, tim, mông, cơ hoành... của bò. Ở nước ta người dân thường bị nhiễm sán do ăn phở bò tái, bò nhúng dấm hoặc các loại rau có tưới phân người mà không được rửa kỹ. Bệnh sán dải heo thường gặp ở những nơi nuôi heo thả rông, có tục ăn thịt heo sống, ăn nem sống... Heo nhiễm sán là do ăn cỏ, rau ô nhiễm phân người.

Triệu chứng

- Đau thượng vị, buồn nôn, tiêu chảy, ngứa hậu môn...
- Sán dải heo có thể gây ra các cục u rải rác ở da (do các nang ấu trùng tạo thành), động kinh, liệt, mù... do nang ấu trùng vào não, mắt.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán bằng cách phát hiện các đốt sán trên giường hoặc quanh nơi ngủ, tìm trứng sán trong phân.

Điều trị

Xổ sán bằng Niclosamide (viên 0,5g X 4 viên), Praziquantel (10mg/kg, liều duy nhất),

2.1.2.2. Bệnh do sán lá gan

Sán lá gan lớn có tên khoa học là Fasciola hepatica, gặp ở gia súc như cừu, bò trâu và ở người.

Dịch tễ

Bệnh thường gặp ở người ăn rau có lẫn ấu trùng sán, như rau ngổ, xà lách son. Sán lá xâm nhập qua thành ống tiêu hoá rồi đến gan và phát triển ở đó.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Mệt mỏi, đau thượng vị hoặc hạ sườn phải. Có thể có vàng da nhẹ.
- Sốt nhẹ, có khi sốt cao, đau khớp, đau cơ.
- Thăm khám: gan lớn, ấn đau nhẹ.
- Xét nghiệm: bạch cầu tăng, tăng bạch cầu ái toan. Siêu âm có thể phát hiện

sán trong gan.

Điều trị

- Dehydroemetin, 1mg/kg/ngày X 10 ngày.
- Chioroquin, Bithionol: 30-50mg/kg, uống cách nhật 10 lần.

3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh giun sán

3.1. Nhận định

- Phần hành chính: tuổi, giới
- Tri giác: tỉnh hay mê
- Dấu hiệu sinh tồn
- Thói quen ăn uống: rau sống, gỏi cá, thịt bò tái...
- Thói quen vệ sinh
- Thói quen sở giun
- Môi trường sống: nông thôn, thành thị
- Các triệu chứng về tiêu hóa: nôn, buồn nôn, đau bụng, ăn không tiêu, táo bón, ngứa hậu môn...
- Tình trạng thiếu máu: chóng mặt, xanh xao, da niêm mạc nhợt nhạt
- Các triệu chứng khác: ngứa, nổi mẩn, mề đay, đau khớp, đau cơ, mất ngủ....
- Cân nặng
- Kiến thức của bệnh nhân
- Tâm lý

3.2. Vấn đề chăm sóc

- Thiếu máu: chóng mặt, xanh xao, da niêm mạc nhợt nhạt
- Mất ngủ, mệt mỏi

- Ngứa, dị ứng, nổi mẩn đỏ trên da
- Rối loạn tiêu hóa: Chán ăn, buồn nôn, táo bón, tiêu chảy, ngứa hậu môn, sụt cân, đau thượng vị, đau hố chậu phải...
- Nguy cơ bị tắc ruột, lồng ruột, giun chun ống mật
- Nguy cơ tái phát nhiễm giun sán do chưa biết cách phòng bệnh.

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Tình trạng thiếu máu

☐ Mục tiêu: cải thiện tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân

☐ Can thiệp:

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi nếu cảm thấy chóng mặt, mệt mỏi.
- Tăng cường chế độ dinh dưỡng
- Thực hiện y lệnh: xét nghiệm, cho thuốc sủ giun sán
- Theo dõi sinh hiệu bệnh nhân
- Theo dõi các kết quả xét nghiệm máu, tình trạng da niêm mạc người bệnh báo bác sỹ.

ii. Mất ngủ, mệt mỏi

☐ Mục tiêu: giúp bệnh nhân ngủ ngon, giảm mệt mỏi

☐ Can thiệp:

- Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân về bệnh đồng thời trả lời những thắc mắc của bệnh nhân trong giới hạn cho phép.
- Bố trí bệnh nhân nằm phòng riêng, yên tĩnh, hạn chế tiếng ồn.
- Hướng dẫn bệnh nhân nghỉ ngơi, thư giãn, tránh lo lắng, suy nghĩ.
- Theo dõi tình trạng mất ngủ, mệt mỏi của bệnh nhân để báo bác sỹ.

3.3.3. Ngứa, dị ứng, nổi mẩn đỏ trên da

☐ Mục tiêu: giảm tình trạng ngứa, dị ứng cho bệnh nhân

☐ Can thiệp:

- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, vệ sinh da, thay áo quần, vải giường sạch sẽ.
- Cho bệnh nhân uống thuốc sủ giun, sán theo y lệnh
- Theo dõi tình trạng dị ứng của bệnh nhân

3.3.4. Rối loạn tiêu hóa

☐ Mục tiêu: cải thiện tình trạng tiêu hóa cho bệnh nhân

☐ Can thiệp:

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống đầy đủ dinh dưỡng, chế biến thức ăn hợp vệ sinh, đảm bảo ăn chín uống sôi.
- Thực hiện y lệnh: cho thuốc sủ giun, sán
- Theo dõi tình trạng tiêu hóa của người bệnh: đau bụng thượng vị, tiêu chảy, táo bón...

3.3.5. Nguy cơ tắc ruột, lồng ruột

☐ Mục tiêu: hạn chế thấp nhất những biến chứng tắc ruột, lồng ruột cho bệnh nhân.

☐ Can thiệp:

- Theo dõi tình trạng người bệnh: đau bụng thượng vị, đau hạ sườn phải, nôn, buồn nôn, đầy bụng, tiêu chảy... báo bác sỹ.
- Thực hiện chính xác, kịp thời y lệnh thuốc của bác sỹ
- Hướng dẫn người bệnh thông báo ngay cho nhân viên y tế nếu có vấn đề gì bất thường: đau tăng dần không giảm, đau dữ dội, nôn nhiều, bụng chướng...

3.3.6. Nguy cơ tái phát nhiễm giun sán do không biết cách phòng bệnh

☐ Mục tiêu: cung cấp kiến thức về bệnh để bệnh nhân biết cách phòng bệnh hiệu quả.

☐ Can thiệp:

- Giáo dục cho bệnh nhân về cách phòng bệnh giun sán:
- ✓ Vệ sinh môi trường tốt, hố xí hợp vệ sinh, không dùng phân tươi để bón cây.
- ✓ Ăn chín, uống sôi, rửa tay trước khi ăn, bảo đảm tốt vệ sinh thực phẩm.
- ✓ Hướng dẫn người dân sủ giun đều đặn, đặc biệt là ở trẻ em. Lưu ý liều lượng và các chống chỉ định ở phụ nữ mang thai.
- Hướng dẫn bệnh nhân nên đi khám ngay nếu có vấn đề gì bất thường: ngứa, nổi mẩn, tiêu chảy, táo bón, đau thượng vị, chán ăn, sụt cân...

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Áp dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, cấp cứu ban đầu, điều dưỡng cơ sở để thực hiện các công việc can thiệp điều dưỡng trên người bệnh.

3.5. Lượng giá

Bệnh nhân bị mắc giun sán được đánh giá tốt nếu:

Bệnh nhân xỏ giun, sán thành công (không phải luôn luôn xảy ra).

- Bệnh nhân hết đau bụng, buồn nôn, hết ngứa.
- Thể trạng cải thiện tốt, lên cân.
- Người bệnh không bị biến chứng(mù, viêm não)
- Người bệnh hiểu được cách phòng bệnh.

4. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nữ 50 tuổi nhập viện với lý do đau bụng thượng vị, buồn nôn, đại tiện lỏng, ngứa hậu môn. Tại khoa lây bệnh nhân được chẩn đoán: nhiễm giun. Hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bệnh nhân.

5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Hướng dẫn bệnh nhân một chế độ dinh dưỡng hợp lý, đảm bảo vệ sinh.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi hợp lý
- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc theo y lệnh bác sỹ
- Hướng dẫn bệnh nhân tự theo dõi các triệu chứng: đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy, đau đầu, sốt... tái khám ngay nếu có bất thường.

6. Tư vấn- giáo dục sức khỏe

- Vệ sinh môi trường tốt, hồ xí hợp vệ sinh, không dùng phân tươi để bón cây.
- Giáo dục sức khỏe về các biện pháp phòng chống giun sán: ăn chín, uống sôi, rửa tay trước khi ăn, bảo đảm tốt vệ sinh thực phẩm.
- Tăng cường quản lý và kiểm tra vệ sinh thực phẩm.
- Khuyến khích người dân, đặc biệt là trẻ em, dùng thuốc tẩy giun đều đặn.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách xỏ sạch giun, sán an toàn. Chú ý liều lượng thuốc và các chống chỉ định của thuốc, đặc biệt với người có thai.

7. Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi đúng/sai?

1. Bệnh sán lá gan là bệnh nhiễm trùng cấp tính do loại sán lá có tên khoa học *Fasciola hepatica* thường chỉ gặp duy nhất ở người?

2. Sán dải bò có tên khoa học là *Taenia saginata*, dài 4-10m, có 1000-2000 đốt sán. *Taenia saginata* sống ở đoạn trên hồng tràng?

3. Bệnh giun đũa phổ biến ở các nước vùng nhiệt đới, những nơi còn dùng phân người để bón cây, có tập quán đi chân đất?

4. Bệnh sán lá gan hay gặp ở người ăn rau sống có lẫn ấu trùng sán(rau ngổ, xà lách son)?

5. Bệnh sán dải heo có thể gây ra các cục u rải rác ở da (do các nang ấu trùng tạo thành), động kinh, liệt, mù... do nang ấu trùng vào não, mắt?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học truyền nhiễm - Nhà xuất bản Y học Hà Nội - 2005
2. Bệnh học truyền nhiễm- Bộ môn truyền nhiễm và hội Y dược TP Hồ Chí Minh - 1992.
3. Chăm sóc truyền nhiễm - Trường Đại học Y - Dược Huế - 2010.
4. Bệnh học truyền nhiễm - Học viện quân Y- 1982.
5. Bách khoa thư bệnh học - Trung tâm Quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam - 1991.