BÀI 1
MỘT SỐ KHÁI NIỆM ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG BỆNH HỌC

MỤC TIÊU

Hiểu và trình bày được một số khái niệm sử dụng trong bệnh học.

NỘI DUNG

I. Định nghĩa bệnh

1.1.Định nghĩa:

Từ trước tới nay đã có rất nhiều quan niệm về bệnh. Hiện nay thường sử dụng định nghĩa về bệnh như sau:

"Bệnh là bất kỳ sự sai lệch hoặc tổn thương về cấu trúc và chức năng của bất kỳ bộ phận cơ quan, hệ thống nào của cơ thể, biểu hiện bằng một tập hợp triệu chứng đặc trưng, giúp cho thầy thuốc có thể chuẩn đoán xác định và chuẩn đoán phân biệt bệnh, mặc dù nhiều khi ta chưa rõ về nguyên nhân, bệnh lý học và tiên lượng."

Ngoài định nghĩa chung về bệnh, mỗi bệnh cụ thể còn có định nghĩa riêng của nó để không thể nhầm lẫn với bất kỳ bệnh nào khác.

1.2.Các thời kỳ của bệnh:

Trong những trường hợp điển hình, bệnh bao gồm 4 thời kỳ, tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp có thể thiếu một thời kỳ nào đó.

- *Thời kỳ tiềm tàng* (đối với các bệnh nhiễm khuẩn gọi là thời kỳ ủ bệnh): Là thời kỳ từ khi bệnh nguyên tác dụng lên cơ thể cho đến khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên, ở thời kỳ này không có biểu hiện lâm sàng nào; tuy nhiên bằng các phương pháp thăm dò hiện đại, hiện nay nhiều bệnh đã được phát hiện ngay trong thời kỳ này. Tùy theo từng bệnh mà thời kỳ này có thể dài nhiều tháng, nhiều năm (bệnh phong, bệnh lao, AIDS...) hay ngắn (sốc phản vệ, ngộ độc cấp) hoặc không có (ví dụ như chết do bỏng, điện giật...)

- *Thời kỳ khởi phát*: Từ khi có những triệu chứng đầu tiên đến khi xuất hiện đầy đủ triệu chứng của bệnh. Thời kỳ này dài hay ngắn cùng tùy theo từng bệnh.

- *Thời kỳ toàn phát:* Triệu chứng đầy đủ và điển hình nhất, tuy nhiên vẫn có những thể không điển hình.

- *Thời kỳ kết thúc:* Khác nhau tùy từng bệnh và từng cá thể với kết cục có thể là khỏi hẳn khỏi có di chứng hoặc chết.

1.3.Phân loại bệnh: Có nhiều cách phân loại bệnh, mỗi cách mang một lợi ích nhất định (về nhận thức và thực hành). Các cách phân loại tồn tại song song và không phủ định nhau. Trong thực tế thường phân loại theo các cách như sau:

- Phân loại theo cơ quan bị bệnh: Bệnh tim mạch, bệnh hô hấp...
- Phân loại theo nguyên nhân gây bệnh: Bệnh nhiễm trùng, bệnh nghề nghiệp..
- Phân loại theo tuổi, giới: Bệnh ở trẻ em (nhi khoa), bệnh ở người cao tuổi (lãokhoa).
- Phân loại theo bệnh sinh: Bệnh dị ứng, bệnh tự miễn...

2.Bệnh nguyên (Aetiology)

Bệnh nguyên là tất cả các nguyên nhân có vai trò gây bệnh. Bệnh nguyên học là môn học nghiên cứu về nguyên nhân gây bệnh, bản chất và cơ chế tác động của chúng, cùng với những điều kiện thuận lợi để các nguyên nhân gây bệnh phát huy tác dụng. Ví dụ: nguyên nhân gây bệnh lao là vi khuẩn tác động vào cơ thể với điều kiện thuận lợi là tình trạng miễn dịch của cơ thể và vệ sinh môi trường kém.

Khi đề cập đến bệnh nguyên của một bệnh thường có phần nguyên nhân và điều kiện thuận lợi. Nguyên nhân quyết định tính đặc hiệu của bệnh, điều kiện thuận lợi hỗ trợ cho nguyên nhân gây bệnh. Có nguyên nhân cần nhiều, cần ít hoặc không cần điều kiện thận lợi. Nguyên nhân trong trường hợp này có thể là điều kiện trong trường hợp khác và ngược lại: ví dụ thiếu dinh dưỡng là nguyên nhân của suy dinh dưỡng nhưng chỉ là điều kiện của bệnh lao.

3.Bệnh sinh (Pathogenesis)

Bệnh sinh là quá trình diễn biến của bệnh từ khi phát sinh cho đến khi kết thúc. Bệnh sinh học là môn học nghiên cứu các quy luật về sự phát sinh, quá trình phát triển và sự kết thúc của một bệnh cụ thể, nhằm phục vụ cho điều trị và phòng bệnh.

Bệnh sinh của một bệnh trả lời cho câu hỏi: Bệnh khởi đầu như thế nào? Diễn biến ra sao? Và kết thúc như thế nào? Khi đề cập đến bệnh sinh, người ta thường mô tả những thay đổi về chức năng của một cơ quan, một hệ thống

cơ quan hoặc toàn bộ cơ thể khi bị bệnh cũng như những đáp ứng của cơ thể đối với các thay đổi chức năng đó.

- Khái niệm bệnh sinh và nguyên nhân được phân biệt một cách rõ ràng nhưng lại liên quan mật thiết với nhau. Bệnh sinh (quá trình diễn biến của một bệnh) chịu ảnh hưởng rất rõ của bệnh nguyên: cùng một số bệnh nguyên nhưng nếu thay đổi cường độ, liều lượng, thời gian, vị trí tác dụng lên cơ thể thì có thể gây ra những quá trình bệnh sinh khác nhau.

4.Sinh lý bệnh(Pathophysiology)

Sinh lý bệnh là môn học nghiên cứu về những thay đổi chức năng của cơ thể, cơ quan, mô và tế bào khi bị bệnh.

Khi đề cập đến sinh lý bệnh của một bệnh cụ thể là nói về hậu quả của những bất thường sinh lý do bệnh nguyên gây ra. Ví dụ như sinh lý bệnh của bệnh đái tháo đường nói về những rối loạn chuyển hóa và cơ chế xuất hiện các biến chứng do tình trạng tăng đường huyết mãn tính gây ra.

Trong một số trường hợp bệnh chưa đầy đủ về nguyên nhân, thì việc phân định rõ ràng bệnh nguyên, bệnh sinh và sinh lý bệnh có thể gặp khó khăn. Các nội dung này thường được trình bày chung trong phần cơ chế bệnh sinh.

5. Giải phẫu bệnh (Pathologico - anatomy)

Giải phẫu bệnh học là khoa học phân tích bệnh tật về tổn thương hình thái và cơ chế. Giải phẫu bệnh của một bệnh là mô tả những tổn thương về hình thái, các tổn thương này được mô tả qua các giác quan; các phản ứng hóa học, enzyra học, miễn dịch học và kính hiển vi. Ví dụ như giải phẫu bệnh của bệnh viêm cầu thận cấp sau nhiễm khuẩn là mô tả những tổn thương của màng đáy mao mạch cầu thận và sự lắng đọng các thành phần miễn dịch tại màng lọc cầu thận được phát hiện bằng kính hiển vi thường hoặc kính hiển vi thường và kính hiển vi điện tử và phản ứng miễn dịch.

6.Bệnh án

Bệnh án là một văn bản ghi chép tất cả những gì cần thiết cho việc nắm tình hình bệnh tật của một bệnh nhân cụ thể từ lúc bắt đầu nằm viện cho đến lúc ra viện, bao gồm những chi tiết có liên quan đến bệnh và cách theo dõi, điều trị bệnh.

7.Bệnh sử

Bệnh sử là phần trình bày tóm tắt lý do bệnh nhân đi khám bệnh và những diễn biến của bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên được khai thác bằng cách hỏi bệnh nhân.

8.Tiền sử

Tiền sử bản thân: Là phần trình bày tóm tắt những bệnh trước đây bệnh nhân đã mắc: mắc ở trong khoảng thời gian nào? Điều trị ra sao?
Và một số đặc điểm riêng của bệnh nhân như dị ứng, thai nghén...

Tiền sử gia đình: Đề cập đến tình trạng sức khỏe và bệnh tật của bố mẹ, anh chị em vợ chồng, con cái; đặc biệt lưu ý đến những bệnh có đặc tính di truyền hoặc các hoàn cảnh có thể dẫn đến phát sinh bệnh ở bệnh nhân.

9.Triệu chứng

Triệu chứng bao gồm triệu chứng lâm sàng (cơ năng và thực thể) và triệu chứng cận lâm sàng (các xét nghiệm), các triệu chứng giúp ích cho thầy thuốc trong chuẩn đoán và theo dõi và điều trị.

Triệu chứng cơ năng (symptoms): Là những triệu chứng mang tính chủ quan mà bệnh nhân cảm nhận được và kể lại với thầy thuốc khai thác được bằng cách hỏi bệnh.

Triệu chứng thực thể (signs): Là những triệu trứng mang tính khách quan mà thầy thuốc phát hiện được bằng các động tác thăm khám lâm sàng.

Triệu chứng cận lâm sàng (investigations): Là những triệu chứng phát hiện được qua những phương tiện khác như chụp X quang, siêu âm, xét nghiệm sinh hóa.

Hội chứng (syndromes): Là một nhóm tập hợp các triệu chứng kết hợp với nhau trong những bệnh nhất định, ví dụ như khi khám phổi thấy ở một vùng có rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm, gõ đục thì gọi là có hội chứng đông đặc.

10.Chẩn đoán (diagnosis)

Chẩn đoán là quá trình phát hiện các triệu chứng và tập hợp các triệu chứng để tìm ra bệnh. Chẩn đoán sơ bộ là dựa trên triệu chứng lâm sàng có được bằng hỏi bệnh, khám bệnh ban đầu để thầy thuốc tập hợp thành những hội chứng, dựa vào đó đề ra những xét nghiệm, thăm dò cần thiết để chẩn đoán xác định bệnh và chẩn đoán nguyên nhân. Chẩn đoán phân biệt là quá trình loại trừ một số bệnh khác cùng có những triệu chứng tương tự./.

BÀI 2. BỆNH VIÊM PHỔI

MỤC TIÊU

- *Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của viêm phổi thùy;*
- *Trình bày được hướng xử trí của bệnh viêm phổi thùy;*
- *Giáo dục nhân dân phòng bệnh viêm phổi thùy.*

NỘI DUNG

I.Định nghĩa

Viêm phổi là hiện tượng viêm nhiễm của nhu mô phổi, bao gồm viêm phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết khe kẽ và viêm tiểu phế quản tận cùng. Nguyên nhân do vi khuẩn, virus, vi sinh vật – ký sinh trùng.

II.Nguyên nhân

* Do phế cầu

* Điều kiện thuận lợi:

- Lạnh.
- Nghiện rượu.
- Chấn thương sọ não, hôn mê.
- Mắc bệnh phải nằm điều trị lâu.
- Biến dạng lồng ngực, gù, vẹo cột sống.
- Bệnh tắc nghẽn đường hô hấp.

III.Triệu chứng

1 .Cơ năng: Bệnh thường xảy ra đột ngột ở người trẻ tuổi.

- Bắt đầu bằng cơn rét run khoảng 30 phút, sốt 39 - 40°C, mạch nhanh, mặt đỏ, sau vài giờ thấy khó thở, toát mồ hôi, môi tím, có mụn herpet ở môi, mép.

Ở người già, người nghiện rượu có lú lẫn, trẻ em có co giật.

- Đau ngực bên tổn thương.
- Ho: Lúc đầu ho khan, sau có đờm hoặc màu rỉ sắt.
- Có khi nôn mửa, chướng bụng.

2.Thực thể

- Lúc đầu thấy rì rào phế nang giảm bên tổn thương, gõ và sờ bình thường. Có thể có tiếng cọ màng phổi và ran nổ cuối thì thở vào.
- Thời kỳ toàn phát: Có hội chứng đông đặc rõ, có tiếng thổi ống.

3.Cận lâm sàng

- X quang: thấy 1 đám mờ của một thùy hay 1 phân thuỳ hình tam giác, đáy quay ra ngoài, đỉnh quay vào trong.

- Xét nghiệm máu: BC tăng 15.000 - 25.000/mm, 80 - 90% là BC đa nhân trung tính. Tốc độ lắng máu tăng, cấy máu có khi có phế cầu.

- Nước tiểu: Có protein thoángqua.

4.Tiến triển:

Thường sốt khoảng tuần, sau đó giảm sốt ra nhiều mồ hôi, đái được nhiều, bệnh nhân dễ chịu và khỏi bệnh. Khám phổi vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh X quang tồn tại vài tuần nữa.

Nếu có biến chứng thì triệu chứng nặng lên.

IV.Điều trị

1.Chống nhiễm khuẩn

Nên dùng kháng sinh sớm.

Dùng kháng sinh phổ rộng

Nhóm Macrolid hoặc

Nhóm Quinolon

Cefalosporin thế hệ 3 kết hợp với nhóm Macrolid hoặc Quinolon, hoặc kết hợp với Gentamycin.

Đến khi hết sốt từ 4 ngày đến 5 ngày

2.Điều trị triệu chứng

- Giảm đau ngực: Cho Codein. Đau quá có thể dùng Morphin 0,01g x1 ống (tiêm dưới da).

- Nếu có mất nước: Cho ăn lỏng, hồi phục nước và điện giải bằng dung dịch đẳng trương (Rirger lactat, dung dịch glucose 5%).

- Chuyển tuyến trên nếu điều trị không đỡ hoặc có biến chứng.

V.Phòng bệnh

- Điều trị tốt ổ nhiễm khuẩn ở vùng tai mũi họng, nhất là viêm xoang có mủ, viêm amiđan có mủ viêm họng: bằng kháng sinh hoặc khí dung

- Điều trị đợt cấp của viêm phế quản mãn tính bằng kháng sinh uống mỗi tháng 10 ngày trong 5 tháng mùa đông.

- Loại bỏ yếu tố kích thích có hại: bỏ thuốc lá, thuốc lào./

BÀI 3
BỆNH HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của cơn hen phế quản;

- Trình bày được cách điều trị cơn hen nhẹ và cơn hen vừa.

NỘI DUNG

I.Định nghĩa

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính ở đường thở, có sự tham gia của nhiều loại tế bào viêm và các thành phần của tế bào, chủ yếu là tế bào Mast, bạch cầu ái toan (E), lympho T, đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính (N) và các tế bào biểu mô phế quản, ở những cơ địa nhạy cảm gây nên những triệu chứng phổ biến như tắc nghẽn phế quản, sự tắc nghẽn này có thể hồi phục ngẫu nhiên hoặc do điều trị, cộng với tính tăng phản ứng của đường thở do nhiều tác nhân kích thích.

II. Nguyên nhân

- Có cơ địa dị ứng.
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Có thể trạng thần kinh dễ bị mất thăng bằng.
- Bộ hô hấp dễ bị kích thích.

III.Triệu chứng lâm sàng

- Cơn hen thường xảy ra về đêm, từ những cơ hội thuận lợi:

+ Thay đổi thời tiết.

+ Ăn uống, ngửi phải mùi vị đặc biệt.

+ Làm việc quá sức, cảm xúc, viêm nhiễm.

- Trong thể điển hình, cơn hen thường qua 3 thời kỳ:

Triệu chứng báo trước: Mệt mỏi, hắt hơi, ngứa mũi, sổ mũi, đỏ mắt, ho khan, đau tức ngực như có gì chẹn làm cho khó thở.

Cơn hen

Triệu chứng cơ năng: Khó thở. Khó thở là dấu hiệu quan trọng nhất của hen.

- Khó thở dữ dội tăng dần lên. Bệnh nhân đang nằm phải ngồi dậy để thở cảm thấy lo sợ, ngột ngạt, tắc nghẽn.

- Khó thở chậm: Tần số từ 8 lần đến 16 lần/phút.

- Khó thở thì thở ra: Thở ra khó, nên người bệnh phải há mồm và tỳ tay lên thành giường để thở. Thở ra rất khó nhọc và kéo dài, rồi hít vào nhanh và dễ dàng, gây ra tiếng khò khè, cò cử mà chính bệnh nhân cũng nghe thấy. Vì khó thở nhiều lần nên rất mệt mỏi, nói hổn hển, ngắt quãng.

Cơn hen có thể lâu hay chóng, dài hay ngắn. Có cơn hen từ 10 phút đến nửa giờ hoặc một vài giờ. Có cơn nặng kéo dài vài ba ngày, làm bệnh nhân hết sức lo sợ, hoang mang.

Triệu chứng thực thể: khám phổi sẽ thấy:

- Nhìn: Lồng ngực nở ra nhưng ít di động.
- Sờ: Rung thanh vẫn bình thường.
- Gõ: Tiếng gõ trong hơn bình thường.
- Nghe: Rì rào phế nang giảm nhiều, có nhiều ran khô (ran rít và ran ngáy) ở khắp hai bên phổi.

Triệu chứng X.quang:Lúc thở, lồng ngực không di động, cơ hoàng cũng kém di động. Các khoang liên sườn giãn rộng. Hai phế trường sáng khác thường, nhưng hai bên rốn phổi có những vết đen hơn (do ứ huyết).

Hếtcơn

Lúc bắt đầu hết cơn bệnh nhân ho khạc ra nhiều đờm, lúc đầu dính về sau dễ khạc hơn. Càng khạc ra nhiều đờm, bệnh nhân càng cảm thấy nhẹ nhàng, thoải mái, dễ chịu, dễ thở và yên tâm. Đờm trong, óng ánh và dính.

IV.Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang lồng ngực: ít khi chỉ định trong cơn khó thở

Lồng ngực căng ứ khí, có thể thấy xẹp phổi

- Xét nghiệm đờm thấy có nhiều bạch cầu ái toan và có nhiều tinh thể Saccô lâyden (Charcot Layden).

- Phân tích khí máu

V.Điều trị

1.Điều trị trong cơn

Nguyên tắc:

- Tăng khả năng thông khí.
- Giãn cơ trơn phế quản.
- Điều hoà nước và điện giải.

Cụ thể:

- Với cơn hen nhẹ:

Salbutamol 2mg, từ 4 viên đến 6 viên/ ngày hoặc khí dung Ventolin, hoặc Berodual.

- Với cơn hen trung hình:

+ Nằm đầu cao, hút đờm dãi. Thở oxy

+ Aminophylin hoặc Salbutamol 0,5mg truyền tĩnh mạch hoặc Adrenalin 1 mg (tiêm bắp hoặc tiêm dưới da).

+ Nếu không đỡ, sau 1 giờ tiêm nhắc lại.

- Với cơn hen nặng:

+ Nằm đầu cao, hút đờm dãi, thở oxy. Nếu có suy hô hấp nặng phải đặt nội khí quản, thở máy.

+ Corticosteroid.

+ Điều hoà nước và điện giải.

+ Kháng sinh khi có bội nhiễm vi khuẩn.

2.Điều trị ngoài cơn (dự phòng)

- Hạn chế và loại bỏ tiếp xúc với dị nguyên: thuốc lá, thuốc lào, bụi...
- Kháng viêm Corticoid dạng hít.
- Điều trị các ổ nhiễm trùng ở mũi, họng, xoang
- Thay đổi nơi làm việc và sinh sống, làm sạch môi trường sống.
- Tránh mọi sang chấn tinh thần.
- Tập thể dục liệu pháp.

VI.Phòng bệnh

- Không hút thuốc lào, thuốc lá, tránh các thức ăn hay vật dụng có khả năng gây cơn hen.
- Thay đổi và cải thiện điều kiện sinh hoạt cho hợp lý.
- Tăng cường thể dụng liệu pháp, luyện tập khí công.
- Giữ ấm khi trời lạnh và tìm nơi khí hậu thích hợp./.

BÀI 4
BỆNH SUY TIM

MỤC TIÊU

- Trình bày được các nguyên nhân chính của suy tim;

- Mô tả và phát hiện được các triệu chứng lâm sàng của suy tim;

- Trình bày được hướng điều trị bệnh nhân suy tim - ngăn ngừa suy tim tiến triển.

NỘI DUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh van tim, bệnh cơ tim và các bệnh khác ảnh hưởng đến hoạt động của tim. Trong điều kiện sinh lý luôn có sự điều hoà để đảm bảo sự thăng bằng giữa hoạt động của tim và nhu cầu của cơ thể. Khi suy tim, sự thăng bằng đó mất đi, tim không đủ khả năng để đảm bảo nhu cầu của ngoại biên nữa.

Định nghĩa: *Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu có thể về mặt oxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân.*

Về phân loại, có suy tim trái, suy tim phải, biểu hiện lâm sàng khác nhau, và thể thứ ba là suy tim toàn bộ.

II. NGUYÊN NHÂN

1.Suy tim trái

Do các bệnh gây ứ máu trong tâm thất trái hoặc do tâm thất trái phải làm việc nhiều, nên giãn ra và dẫn đến suy.

- Tăng huyết áp
- Một số bệnh van tim: Hở van hai lá, hở hay hẹp van động mạch chủ.
- Các tổn thương của cơ tim: Nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim (do thấp tim, nhiễm khuẩn hay nhiễm độc).
- Một số rối loạn nhịp tim: Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, cơn nhịp nhanh nhất, Blốc nhĩ thất hoàn toàn.
- Một sô bệnh tim bẩm sinh: Còn ống độngmạch, hẹp eo động mạch chủ...

2.Suy tim phải

*2.1.*Một số bệnh phổi và dị dạng lồng ngực, cột sống

- Các bệnh phổi mạn tính như hen phế quản, viêm phế quản mạn, giãn phế quản, bệnh bụi phổi...
- Các dị dạng lồng ngực.
- Gù, vẹo cột sống.

2.2.Một số bệnh tim mạch

- Hẹp van hai lá.
- Hẹp động mạch phổi.
- Thông liên nhĩ, thông liên thất

3.Suy tim toàn bộ

- Gồm: Các nguyên nhân đưa đến suy tim trái và suy tim phải.
- Cường giáp trạng: Bệnh Basedow.
- Thiếu Vitamin B1
- Thiếu máu nặng.

III. TRIỆU CHỨNG

1.Suy tim trái

1.1.Triệu chứng chức năng: Gồm các triệu chứng biểu hiện tình trạng ứ huyết ở phổi.

- *Khó thở:* Là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu chỉ khó thở khi gắng sức, về sau khó thở thường xuyên, bệnh nhân nằm cũng khó thở. Có khi khó thở thành cơn kịch phát như cơn hen tim, cơn phù phổi cấp.

- *Ho:* Thường xảy ra vào ban đêm hay khi gắng sức. Thường ho khan nhưng có khi ho ra đờm lẫn máu.

Cần chú ý: Ho có thể là dấu hiệu bắt đầu của một cơn khó thở kịch phát.

1.2.Triệu chứng thực thể

*1.2.1.*Khám tim

- Nhìn và sờ thấy mỏm tim đập hơi lệch sang trái.
- Nghe tim: Ngoài triệu chứng có thể gặp của một số bệnh van tim, đã gây nên suy tim trái, ta thường thấy 3 dấu hiệu:

+ Nhịp tim nhanh.

+ Tiếng ngựa phi.

+ Tiếng thổi tâm thu chức năng ở mỏm.

*1.2.2.*Ngoài ra, trong đa số các trường hợp, huyết áp tâm thu giảm, huyết áp tâm trương bình thường hoặc hơi tăng, nên số huyết áp chênh lệch bị nhỏ lại.

1.3. Cận lâm sàng

X. quang: Cung dưới phình trái to, cả hai bên phổi bị mờ nhất là vùng rốn phổi.

- *Điện tâm đồ:* + Trục trái.

+ Dày nhĩ trái và dày thất trái.

2.Suy tim phải Gồm các triệu chứng biểu hiện tình trạng ứ máu ngoại biên.

2.1.Triệu chứng chức năng

- *Khó thở:* Khó thở thường xuyên, có thể ít hoặc nhiều nhưng khác với suy tim trái là không có các cơn khó thở kịch phát và không tăng lên ở tư thế nằm.

- *Tim:* Nhẹ thì chỉ tím môi, nặng thì tím cả mặt, đầu, ngón tay, ngón chân hay toàn thân.

- Ngoài ra, bệnh nhân hay có cảm giác đau tức ở vùng hạ sườn phải (do gan to và đau).

2.2.Triệu chứng thực thể

- Tĩnh mạch cảnh ngoài nổi to và di động, ấn vào vùng gan càng nổi to hơn (phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính).

- Gan to đều, mặt nhẵn, bờ tù mềm, khi sờ vào gan thấy đau. Lúc đầu, khi được điều trị, gan nhỏ lại (gan "đàn xếp") về sau, do ứ máu lâu, nến gan không thu nhỏ được nữa và trở nên cứng.

- *Phù:* Mềm, lúc đầu chỉ ở hai chân, về sau, phù toàn thân, thậm chí có thể gây tràn dịch màng bụng, màng phổi.

- *Khám tim:* Ngoài các triệu chứng của bệnh gây suy tim phải còn thấy: Nhịp tim nhanh. Có nghe thấy tiếng thổi tâm thu chức năng ở ổ van 3 lá.

2.3.Cận lâm sàng

2.3.1.X. quang

- Cung dưới phải phình to.
- Mỏm tim cao lên.
- Rôn phổi đậm.

2.3.2.Điện tâm đồ

- Trục lệch phải.

- Dày nhĩ phải, dày thất phải.

3.Suy tim toàn bộ Là bệnh cảnh của suy tim phải ở mức độ nặng:

- Khó thở thường xuyên, phù toàn thân.
- Gan to nhiều, tĩnh mạch cổ nổi to.
- X.quang: Tim to toàn bộ.
- Điện tâm đồ: Có biểu hiện của dày cả hai thất.

IV. ĐIỀU TRỊ

1.Chế độ nghỉ ngơi: Tùy theo mức độ nặng hay nhẹ và tùy giai đoạn của suy tim mà có chế độ nghỉ toàn phần hay mức độ.

Nói chung bệnh nhân cần hạn chế các hoạt động gắng sức. Trong trường hợp nặng phải nghỉ tại giường theo tư thế nửa nằm, nửa ngồi.

2.Chế độ ăn nhạt

- Ăn nhạt hoàn toàn khi phù nhiều. Trong các trường hợp khác có thể ăn được chút ít muối (1 g đến 2g/ngày).
- Hạn chế nước: Lượng nước đưa vào cơ thể người bệnh = số lượng nước tiểu ngày hôm trước + 300ml - 500ml
- Không dùng các chất kích thích: Rượu, cà phê, thuốc lá...

3.Thuốc

3.1.Thuốc lợi tiểu: Hypothiazit, Lasix, Aldacton

Chú ý: Khi dùng kéo dài cần bổ sung thêm Kaliclorua để tránh hạ Kali máu.

3.2.Thuốc trợ tim: Thường dùng các Glucosid trợ tim thuộc nhóm Digitalis: Digitoxin hay Digoxin.

3.3.Thuốc giãn mạch: Gần đây, bên cạnh các thuốc trợ tim, lợi tiểu thường dùng, người ta đã dùng các thuốc giãn mạch: Các thuốc thường đung là: Risordan, Lenitral, Nepressol.

4.Điều trị nguyên nhân

5.Phòng bệnh

- Phòng và điều trị thấp tim.
- Điều trị tích cực các bệnh toàn thể có dẫn tới suy tim.
- Thực hiện nghiêm chỉnh chế độ nghỉ ngơi, ăn uống và sử dụng thuốc khi đã xuất hiện suy tim./.

BÀI 5
BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng tăng huyết áp;

- Trình bày được hưởng điều trị tăng huyết áp;

NỘI DUNG

1.Định nghĩa

Theo qui ước của Hội tim mạch Việt Nam ở người trưởng thành gọi là tăng huyết áp khi: Huyết ấp tâm thu ≥ 140 mmHg và, hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

(Với ít nhất 2 lần khám khác nhau, mỗi lần khám đo huyết áp ít nhất ở 2 thời điểm khác nhau)

- Huyết áp động mạch thường không cố định mà có thể thay đổi:

+ Trong ngày: Thường ban đêm thấp hơn ban ngày.

+ Theo tuổi: Tuổi già thường cao hơn tuổi trẻ.

+ Theo giới: Nữ thường thấp hơn nam.

- Về mặt chỉ số huyết áp, người ta có thể phân chia như sau (JNC/VH):

+ Bình thường cao: 130- 139/85- 89 mmHg.

+ Tăng huyết áp giai đoạn I: 140- 159/90- 99 mmHg.

+ Tăng huyết áp giai đoạn II: 160/100 mmHg.

2.Phân loại tăng huyết áp: Trong tăng huyết áp người ta có thể chia ra các loại sau:

- Tăng huyết áp thường xuyên.Trong loại này còn chia thành:

+ Tăng huyết áp lành tính.

+ Tăng huyết áp ác tính.

- Tăng huyết áp cơn: Trên cơ sở huyết áp bình thường hoặc gần bình thường, có những cơn huyết áp cao vọt. Những lúc có cơn tăng huyết áp này thường hay xảy ra tai biến.

- Tăng huyêt áp dao động.

- Tăng huyết áp thứ phát.

- Tăng huyết áp nguyên phát.

3. Nguyên nhân

3.1. Tăng huyết áp thứ phát: Còn gọi là tăng huyết áp triệu chứng. Loại này chiếm khoảng 10% các trường hợp tăng huyết áp, thường gặp ở người trẻ tuổi. Các nguyên nhân thường gặp có thể là:

- Bệnh thận:

+ Viêm cầu thận cấp; mạn.

+ Viêm thận mạn (cầu thận; kẽ thận) mắc phải hoặc bẩm sinh.

+ Thận đa nang.

+ Ứ nước bể thận.

+ Ứ tăng tiết rênin.

+ Hẹp động mạch thận.

+ Suy thận.

- Bệnh nội tiết:

+ Cường Aldosteron tiên phát (hội chứng Conn).

+ Hội chứng Cushing.

+ Phì đại tuyến thượng thận bẩm sinh.

+ U tủy thượng thận (Phéchromocytom)

+ Tăng calci máu.

+ Cường tuyến giáp.

+ Bệnh to đầu chi.

- Bệnh tim mạch:

+ Hẹp eo động mạch chủ (tăng HA chi trên, giảm HA chi dưới).

+ Hở van động mạch chủ (tăng HA tâm thu, giảm HA tâm trương).

+ Rò động tĩnh mạch.

- Một số nguyên nhân khác:

+ Nhiễm độc thai nghén.

+ Bệnh tăng hồng cầu.

+ Nhiễm toan hô hấp (nguyên nhân thần kinh).

3.2. Tăng huyết áp nguyên phát

Khi không tìm thấy nguyên nhân người ta gọi là tăng huyết áp nguyên phát. Loại này chiếm trên 90 % các trường hợp tăng huyết áp, thường gặp ở người trung niên và tuổi già.

Tuy không tìm thấy nguyên nhân nhưng người ta thấy có một số yếu tố nguy cơ chính như sau:

- Hút thuốc lá.
- Rối loạn chuyển hóa lipid.
- Tiểu đường.
- Tuổi trên 60.
- Nam giới và phụ nữ mạn kinh.
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm: Nam dưới 65 tuổi; Nữ dưới 55 tuổi.
- Ngoài ra còn kể đến một số yếu tố nguy cơ khác như: Béo phì, ít hoạt động thể lực, sang chấn tinh thần, nghiện rượu...

4.Triệu chứng và giai đoạn tăng huyết áp

- Tăng huyết áp thường không có triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng quan trọng nhất là đo huyết áp thấy tăng (phải đo đúng kỹ thuật).
- Các triệu chứng thực thể phụ thuộc vào giai đoạn bệnh (Thực ra đây chính là các biến chứng hay do tăng huyết áp gây ra).

Giai đoạn I: Không có dấu hiệu khách quan nào về tổn thương thực thể.

Giai đoạn II: Có ít nhất một trong các dấu hiệu thực tổn sau các cơ quan đích:

+ Dày thất trái: Phát hiện trên lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng.
+ Hẹp động mạch ở võng mạc qua soi đáy mắt.
+ Protein niệu và / hoặc creatinin máu tăng nhẹ.

Giai đoạn III: Có tổn thương ở các cơ quan đích khác nhau biểu hiện bằng các triệu chứng cơ năng và thực thể như:

+ Ở tim: Suy tim trái, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim...
+ Ở não: Tai biến mạch não hoặc bệnh não do tăng huyết áp.
+ Ở mắt: Xuất huyết, xuất tiết võng mạc, có thể có phù gai thị.
+ Ở thận: Suy thận.
+ Ở mạch máu: Phình tách thành động mạch, tắc động mạch.

- Tăng huyết áp ác tính:

+ Chỉ sô huyêt áp rât cao.
+ Đau đầu dữ dội, tổn thương đáy mắt nặng.
+ Khát nước, sụt cân, rối loạn tiêu hóa.

+ Tiến triển nhanh, nặng nề.

+ Hay gây biến chứng ở não và tim.

5.Điều trị tăng huyết áp

5.1Mục tiêu

- Mục tiêu chung của điều trị tăng huyết áp là: Giảm các biến chứng tim mạch, thận và giảm tử vong.

- Để đạt được mục tiêu này cần người bệnh tăng huyết áp cần thay đổi lối sống và đưa huyết áp về < 140/90mmHg, riêng với những bệnh nhân kèm theo tiểu đường hoặc bệnh thận man mức huyết áp cần đạt là dưới 130/80mmHg. Các biện pháp điều trị tăng huyết áp gồm;

+ *Điều trị không dùng thuốc:*(điều chỉnh lối sống)

Giảm cân thừa.

* Giảm ăn muối.

* Hoạt động thể lực

* Chế độ ăn phù hợp.

* Hạn chế đồ uống có cồn.

* Ngừng hút thuốc lá.

+ Điều trị thuốc hạ huyết áp

5.2.Một số thuốc điều trị tăng huyết áp

- Nhóm thuốc lợi tiểu.
- Nhóm thuốc liệt giao cảm trung ương.
- Nhóm thuốc ức chế cảm thụ giao cảm Beta.
- Nhóm thuốc chẹn kênh Calci.
- Nhóm thuốc ức chế men chuyển.

BÀI 6
BỆNH ÁP XE GAN

MỤC TIÊU

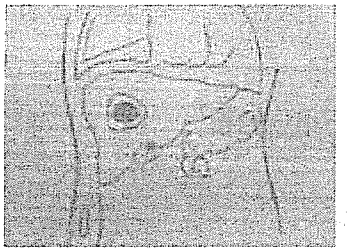
- *Kể được các nguyên nhân gây ra áp xe gan;*
- *Trình bày được triệu chứng lâm sàng của áp xe gan do Amip;*
- *Trình bày được biến chứng của áp xe gan do Amip;*
- *Trình bày được cách xử lý và phòng bệnh áp xe gan.*

NỘI DUNG

Áp xe gan là trường hợp có một hay nhiều ổ mủ ở trong nhu mô gan hay trong đường mật.

Áp xe gan do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như: Amip, sỏi đường mật, giun chui lên đường mật, chấn thương gan, vi khuẩn từ đường máu...

Ở đây chỉ trình bày áp xe gan do Amip điển hình.



Hình 6.1: Ổ áp xe gan ở thủy phải

1. Nguyên nhân

Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, hay gặp ở độ tuổi từ 30 - 50 tuổi. Nó liên quan tới bệnh Amip đường ruột. Do thể gây bệnh Amip. Áp xe gan xảy ra ở người bệnh đang bị lỵ Amip cấp hoặc đã khỏi hay người bị lỵ mãn tính và cả người không có tiền sử lỵ Amip.

2. Giải phẫu bệnh

- ***Thời kỳ viêm gan lan rộng:*** Gan to, ứ máu. Nhu mô gan có vùng xuất huyết (giai đoạn này nếu điều trị nội tích cực, đúng sẽ nhanh khỏi).

- ***Thời kỳ tạo mủ:*** Sau giai đoạn có hiện tượng hoại tử nhu mô gan. Các ổ hoại tử kết hợp với nhau thành ổ áp xe,ổ áp xe thường gặp ở thuỳ phải của gan.

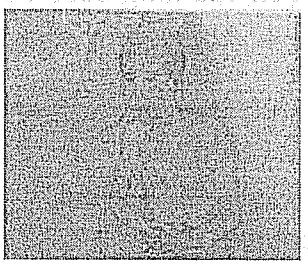
3. Triệu chứng: Trên lâm sàng giai đoạn viêm gan với giai đoạn tạo mủ khó phân định được. Có thể điều trị thử bằng Emetin hay chọc dò có mủ mới xác định dược.

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt cao liên tục 38 đến 39°C. Đôi khi kèm theo rét run vã mồ hôi. Nhưng có khi sốt cao dao động, sốt về chiều hay cách nhật.

- Cơ thể suy sụp, gầy sút, da xạm, môi khô, lưỡi bẩn, kém ăn, mất ngủ.

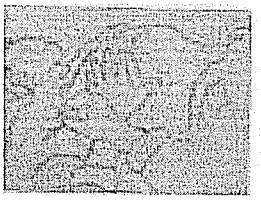
3.2. Triệu chứng cơ năng



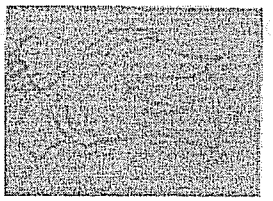
Hình 6.2: Đau bụng

Đau là dấu hiệu quan trọng. Đau nhất là ở liên sường 8- 9 đường nách giữa. Đau lan lên ngực và vai phải. Đau âm ỉ và liên tục, có khi thành cơn. Đau tăng lên khi ho hay cử động mạnh.

3.3.Triệu chứng thực tế



Hình 6.3: Tìm dấu hiệu rung gan



Hình 6.4: Phương pháp nắn gan

3.3.1.Gan to: Cần khám nhẹ nhàng vì người bệnh đau nên khó phát hiện gan to

- Nếu áp xe thuỳ phải: Sờ thấy bờ dưới của gan vượt xuống khỏi bờ sườn 2- 3cm. Bờ đều mật độ mềm, nhẵn, ấn đau. Có thể nhìn thấy khoang liên sườn phía dưới bên phải doãng rộng.

- Nếu áp xe gan thuỳ trái thấy khối u nằm ngang trên rốn, nối liền với gan.

3.3.2. Các động tác làm đau vùng gan

- Dấu hiệu rung gan: Làm rung gan bệnh nhân đau. Đó là dấu hiệu có giá trị.

- Tìm điểm đau: Dùng ngón tay ấn vào khoang liên sườn 8- 9 đường nách giữa bệnh nhân đau.

3.4. Triệu chứng xét nghiệm

3.4.1. Chụp ổ bụng không chuẩn bị, thấy

- Bóng gan to, cơ hoành phải lên cao, góc sườn hoành tù.
- Đáy phổi phải mờ (Do phản ứng màng phổi).

3.4.2.Siêu âm: Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán và điều trị

- *Xét nghiệm máu.* Bạch cầu tăng cao; Tốc độ máu lắng tăng cao.

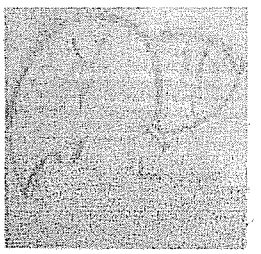
4.Chẩn đoán

4.1.Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử bị lỵ Amip.
- Sốt cao, gầy sút; Gan to, đau vùng gan.
- Điều trị thử bằng Emetin.
- Siêu âm.
- Máu lắng tăng cao,

4.2. Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau: Ung thư gan; Viêm túi mật; sốt rét Nang nước của gan.

5.Biến chứng: Nếu trong giai đoạn viêm gan được điều trị đúng và sớm bệnh sẽ khỏi. Nếu không được điều trị sẽ có các biến chứng.



Hình 6.5: Các hướng vỡ của úp xe gan

- Ổ áp xe vỡ qua cơ hoành vào màng phổi: Bệnh nhân có biểu hiện: Đau dữ dội đáy ngực phải; Khó thở; Hội chứng tràn dịch màng phổi; Chọc màng phổi có mủ.

- Ổ áp xe vỡ vào phổi - màng phổi: Bệnh nhân có biểu hiện: Sốt cao đột ngột; Ho từng cơn, khạc ra mủ; Cơ thể suy sụp, có thể tử vong

- Gây ra áp xe phổi: Túi mủ ở phổi thông với túi mủ ở gan qua cơ hoành.

- ***Gây viêm màng tim có mủ:*** Gặp trong áp xe gan thuỳt ráivỡ qua cơ hoành.

- ***Vỡ vào ổ bụng:*** Gây ra viêm màng bụng toàn thể.

- ***Vỡ vào các tạng lân cận:*** Dạ dày, ruột, đường dẫn mật (ít gặp).

6.Điều trị

6.1.Ở cơ sở: Cần giáo dục vệ sinh ăn uống, rửat ay trước khi ăn, nếu có người bị lỵ Amip phải điều trị tích cực. Mặt khác phải chẩn đoán và kịp thời gửi bệnh nhân lên tuyến trên sớm

6.2. Ở tuyến trên

6.2.1.Dùng thuốc chống Amip đơn thuần

* ***Chỉ định:*** Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần với các áp xe gan do Amip thể nhẹ hoặc thể vừa.

- Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần với loại áp xe gan Amip có kích thước không lớn quá (đường kính khoảng 6cm).

- Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần cho những bệnh nhân bị áp xe gan do Amip đến sớm (trước 1 tháng).

* ***Các nhóm thuộc diệtAmip***

- ***Emetine:*** Emetinehydrochlori là một Alcaloide của vỏ rễ cây thuộc họ Céphaelis Ipe'cacuanha rubicac. Ngày này người ta dùng Dehyro eme'tine là Eme'tine tổng hợp do Blanc Osbond và A.Brossi tìm ra năm 1959 nó mạnh hơn Chlohydrate eme'tine gấp 6 lần, ít độc hơn 2 lần, thải trừ nhanh nó bị loại trừ ra khỏi tổ chức gan nhanh gấp 2 lần, ra khỏi tim cũng nhanh hơn vì vậy muốn dùng liều tiếp theo chỉ cần sau 2 tuần. Biệt dược: Dametine, Mebadin

Dạng thuốc: Viên bọc đường 10mg ống 1ml: 0,03; 2ml: 0,02 - 0,06

- ***Nhóm 5 - Metronidazol*** (tìm ra: Nakamura 1955, áp dụng lâm sàng 1969).

+ Biệt dược: Delagyl, Nivaquin, Quinogal, Reschine

+ Dạng thuốc: Viên nén 100mg, 150mg, 250mg, ống tiêm 2ml: 50-100mg.

Sau khi đã diệt hết Amip ở gan, phải tiêu diệt Amip ở ruột nhất là dạng kén Amip để tránh tái phát ta dùng chất dẫn Idooxquinole'in:

+ Direxiod viên 0,22g.

+ Bénarsal (diphe'tarsone) viên 0,5g (loại dẫn chất arse'nique).

+ Aminarsone (carbarsone) viên 0,25g.

6.2.2. Chọc hút mủ ổ áp xe gan Amip với thuốc diệt Amip

**** Chỉ định***

- Ổ áp xe gan quá to đường kính >6cm
- Bệnh nhân bị áp xe gan do Amip đến muộn trên 1 tháng.

**** Phương pháp chọc hút mủ:*** Chọc hút mủ dưới hướng dẫn của soi ổ bụng hoặc của siêu âm. Số lần chọc hút có thể 1-2 thậm chí 3 lần. Thực tiễn cho thấy có những trường hợp chọc hút tới 2,5 lít mủ phối hợp với thuốc diệt Amip khỏi hoàn toàn.

6.2.3.Phẫu thuật kết hợp với dùng thuốc diệtAmip

**** Chỉ định:*** ngày càng thu hẹp, chỉ giới hạn trong một số trường hợp sau:

+ Khi áp xe gan đã biến chứng nguy hiểm.

+ Ở bệnh nhân áp xe gan có đe doạ biến chứng nhưng vì một lý do nào đó không chọc hút mủ ổ áp xe được thì phải phẫu thuật.

+ Bệnh nhân bị áp xe gan Amip đến quá muộn (khi bệnh kéo dài trên 4 tháng) điều trị nội khoa bằng chọc hút mủ và thuốc diệt Amip không có kết quả.

+ Ổ áp xe quá to, gan to quá rốn tới hố chậu phải và nổi phồng lên, sờ vào thấy như một bọc nước.

**** Các thuốc diệt Amip mới - Một số quy trình điều trị áp xe gan Amip***

- Thuốc mới: Semidazole (biệt dược Flagentyl) do hãng Rhone Poulene giới thiệu vào thị trường Việt Nam 1995.
- Dạng thuốc: viên nén 500mg đóng hộp 1 vỉ 4 viên là thuốc thuộc thế hệ thứ 3 diệt Amip sau Emetine và Métromdzole. Nó là chất dẫn xuất tổng hợp nhóm 6 Nitronidozole có hoạt tính diệt ký sinh trùng (Entamoeba vege'tativehistolytica Glandia intestinale, Trichomonas vaginalis và vi khuẩn kỵ khí)./.

BÀI 7
UNG THƯ GAN

MỤC TIÊU

- *Trình bày được nguyên nhân của ung thư gan;*
- *Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán của ung thư gan;*
- *Trình bày được các phương pháp điều trị ung thư gan.*

NỘI DUNG

Ung thư gan là một bệnh lý hay gặp ở Việt nam. Đứng thứ 3 sau Ung thư phế quản và Ung thư dạ dày. Ung thư gan là bệnh có tiên lượng xấu nhất. Vì tiến triển nhanh. Tuy vậy nếu bệnh được phát hiện và điều trị sớm bằng phẫu thuật cũng mang kết quả cũng hạn chế.

1.Nguyên nhân

Đến nay người ta chưa biết nguyên nhân trực tiếp gây ung thư gan. Nhưng qua thực nghiệm và lâm sàng thấy có một số yếu tố liên quan đến ung thư gan trên người:

- Các hoá chất: Các chất độc gây hoại tử tế bào gan và xơ gan:

+ Các chất Tetraclorua Cacbon, các chất màu Azo hoặc Nitrosamin

+ Aflatoxin, chất độc sinh ra từ nấm, mốc. Chúng có trong nấm ở lạc, đỗ, magi.

+ Dioxin (Chất làm rụng lá cây mà Hoa kỳ dùng ở miền nam Việt Nam).

- Chế độ ăn thức ăn nhiều Aflotaxin, các chế độ ăn dễ bị xơ gan (ít đạm,nhiều mỡ, thiếu Vitamin nhóm B, uống rượu, thuốc lá...) là điều kiện thuận lợi dễ ung thư gan.

- Xơ gan.

- Viêm gan do virut B.

2.Triệu chứng

2.1.Triệu chứng cơ năng:

Nói chung rất nghèo nàn, xuất hiện muộn. Đau là dấu hiệu thường gặp, vị trí ở vùng hạ sườn phải hay thượng vị. Lúc đầu còn đau âm ỉ, cảm giác nặng hay tức ở vùng gan. Về sau đau rõ, ở giai đoạn cuối trở đi nên dữ dội là điều đau khổ nhất cho người bệnh. Một số ít bệnh nhân lại xuất hiện đau đột ngột dễ nhầm với áp xe gan.

2.2. Triệu chứng thực tế

+ Khối u vùng gan: Hầu hết bệnh nhân đến khám vì có khối u. U nằm dưới bờ sườn phải hoặc trên rốn. Đặc điểm của khối u chắc, không đau, mặt lổn nhổn, nghe thấy trên khối u có tiếng thổi. Một số ít trường hợp u bị áp xe hoá nắn mềm và đau.

+ Cổ chướng và tuần hoàn bàng hệ. Chỉ xuất hiện khi đến muộn.

2.3. Triệu chứng toàn thân

- Đến sớm toàn thân ít thay đổi.

- Đến muộn: Biếng ăn, ăn không ngon, đầy bụng. Người gầy sút. Thường không sốt hay sốt nhẹ. Khi ung thư bị hoại tử thì sốt cao. Da niêm mạc có màu vàng rơm.

2.4. Triệu chứng xét nghiệm: Ở các cơ sở điều trị có thể làm một số xét nghiệm để chẩn đoán:

- Xét nghiệm máu: Anphafoeto protein (2foeto protein)

- Siêu âm.

- Sinh thiết khối u: Chụp cắt lớp vi tính.

3. Chẩn đoán ở y tế cơ sở

3.1. Chẩn đoán xác định

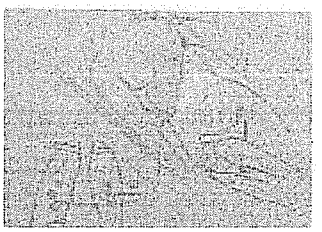
- Lâm sàng: Khối u vùng gan có tính chất: Cứng, mặt lổn nhổn nắn không đau, nghe đôi khí có tiếng thổi. Toàn thân không sốt hay sốt nhẹ, da niêm mạc có màu vàng rơm.

- Cận lâm sàng: Sinh thiết khối u: Chụp cắt lớp vi tính.

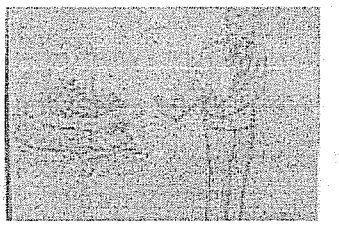
3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với các khối u lành tính của gan: (nang gan, u máu…)

- Với áp xe gan do Amip.



Hình 7.1: Ung thư dạ dày



Hình 7.2: Phong ung thư

4.Điều trị

4.1.Các thuốc làm "chết" tế bào ung thư cổ điển

Nhóm tác động đến AND (ức chế tổng hợp AND) gồm nhiều phân nhóm:

- Ankyl hoá: Ametycin, caryolysine, endoxan, estracyt, holoxan.
- Các Platin (cisplatin, carboplatin, oxaliplatin).

Nhóm kháng chất chuyển hoá (ức chế tổng hợp acid nucleic) gồm các phân nhóm:

- Kháng puric và pirimidic (fluorouracil, florafur, cytarabin).

Nhóm ức chế tosoisomerase: Do ức chế tosoisomerase nên ức chế tổng hợp AND bao gồm:

- Kháng sinh dòng Anthraclin (adriblatina, cerubidin, doxorubicin, farmorubicin, theprubicinm zavedos) dùng trong chữa ung thư dạng carcinoma.
- Epidophyloltoxin (etoposide, vehem, Sandoz, vepeside)

4.2.Các thuốc làm "chết" tế bào ung thư "nhắm tới phân tử đích"

Cuối thế kỷ 20 các nhà khoa học biết được một số "phân tử đặc hiệu" quyết định sự dẫn truyền tín hiệu tăng trưởng, sinh mạch, điều hoà chu trình lập và chất theo lập trình của tế bào ung thư, coi các phân tử này như một cái "đích". Tấn công vào "đích" này thì sẽ ngăn chặn hay loại trừ được ung thư. Gồm các phân nhóm thuốc khoá thụ thể HER2, thuốc làm ngừng chu trình tế nào, thuốc ức chế telomezaz, thuốc là các oncogene…

4.3.Các thuốc kìm sự phát triển lan toả ung thư

Nhóm ức chế sinh mạch: Khối u tự hình thành ra mách máu chuyên chở các chất nuôi dưỡng đến gọi là sinh mạch. Thuốc ức chế sinh mạch làm cho khối u bị "bỏ đói" không phát triển được, gồm có: Angiostatin, endostatin, avastatin.

Nhóm kháng di căn: Các tế bào ung thư tràn vào máu di căn ra các vùng. Dùng các enzyme ngăn chặn bằng cách bịt các sloox ở thành mao mạch sẽ chống được di căn.

4.4. Các thuốc biến đổi đáp ứng miễn dịch

Các thuốc này thúc đẩy sự trưởng thành của tế bào T từ các lympho bào ở máu ngoại vi, làm tăng interferon (alpha, gama), inteulekin- 2 và 3 tăng số

thụ thể lymphokin trên tế bào T dùng trong ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát, ung thư dạ dày.

4.5.Độc tính của thuốc ung thư và cách hạn chế

Thuốc cổ điển tấn công vào tế bào ung thư đồng thời tấn công vào tế bào lành gây độc. Mặt khác, chúng gây viêm màng nhày, tiêu chảy, nôn mửa làm cho người bệnh khổ sở, nhất là trong những ngày đầu dùng thuốc. Mỗi thuốc có tính độc riêng cần có cách dùng, theo dõi thích hợp để giảm độc.

Để giảm độc chỉ dùng thuốc với liều mà thể trạng có thể chịu đựng được. Nếu thể trạng suy yếu lại dùng liều mạnh có khi không chết vì ung thư mà chết vì độc tính của thuốc. Xen kẽ đợt dùng và nghỉ thuốc thích hợp. Dùng thuốc để củng cố hiệu lực. Nghỉ thuốc để phục hồi sức khoẻ, tránh thuốc tích liều, gây độc. Làm đủ và đúng định kỳ các xét nghiệm. Khi chỉ số các xét nghiệm vượt giới hạn thầy thuốc có thể điều chỉnh (liều lượng hay đổi thuốc).

Hầu hết thuốc gây độc cho thai, không dùng cho người có thai, cho con bú. Một số thuốc gây quái thai, cần có biện pháp tránh thai khi dùng thuốc. Nâng cao thể trạng của người bệnh bằng chế độ ăn uống thích hợp.

4.6. Phẫu thuật cắt khối u và nạo vét hạch:

Cắt khối u rộng rãi (cách ranh giới khối u 5cm).

Đối với ung thư dạ dày do di căn từ gan sang, có thể: Cắt bán phần dạ dày rộng: phần dạ dày bị K, các mạc nối lớn, tất cả các hạch di căn và nghi ngờ di căn, có khi cắt cả lách, một phần tuy (cắt 2/3,1/4,4/5 dạ dày + hạch).

Hoặc cắt toàn bộ dạ dày: khối u quá lớn hoặc lan rộng có nhiều di căn hạch, tỷ lệ tử vong cao. Sau 15 ngày mổ có thể tiêm 5FU với liều 10mg/1kg/24h pha 500ml HTN 5% truyền tĩnh mạch trong 4 ngày. Nếu bệnh nhân dùng nạp thuốc có thể tiêm tiếp 4 liều như trên nhưng cách nhật.

BÀI 8
BỆNH XƠ GAN

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên gây bệnh, các triệu chứng lâm sàng xơ gan;

- Trình bày được triệu chứng cận lâm sàng và biến chứng của xơ gan;

- Trình bày được hướng điều trị xơ gan.

NỘI DUNG

1.Đại cương

Xơ gan là một bệnh còn tương đối phổ biến ở Việt Nam và thế giới. Xơ gan gặp cả ở 2 giới nhưng nam có phần nhiều hơn nữ. Một số nghiên ở nước ta cho thấy tỷ lệ nam/nữ gần bằng 3/1, tuổi trung bình của bệnh nhân từ 40 tuổi đến 50 tuổi.

2.Triệu chứng

2.1.Lâm sàng: Triệu chứng cơ năng không đặc hiệu bao gồm: mệt mỏi, gầy sút, mau mệt, kém ăn, sợ mỡ... thường thấy trong các bệnh mạn tính khác.

+ Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC)

- Cổ trướng tự do dịch thấm. Lượng albumine thấp dưới 30g/l.

- Lách to do ứ máu, từ đó có thể gây giảm tế bào máu, nhất là giảm số lượng và độ tập trung tiểu cầu.

- Giãn các tĩnh mạch ở vòng nối cửa chủ, tuần hoàn bàng hệ kiểu gánh chủ. Đặc biệt gây giãn tĩnh mạch thực quản, rất nguy hiểm do có thể vỡ, chảy máu.

+ Suy chức năng gan

- Rối loạn tiêu hoá: Táo hoặc lỏng, chán ăn, sợ mỡ.

- Phù 2 chi hoặc phù toàn thân kèm theo cổ trướng.

- Xuất huyết dưới da, niêm mạc.

- Giãn các mao mạch dưới da (sao mạch, bàn tay son).

- Vàng da do chèn ép ống mật và Bilirubin tự do không liên hợp được. Khi có vàng da thường thể hiện đợt tiến triển nặng của bệnh.

- Rối loạn chuyển hoá Gluxit, lipit, protit biểu hiện: Chóng mệt mỏi, có cơn hạ đường huyết; Da khô, bong vảy, lông tóc móng dễ rụng, gãy.

- Trí nhớ giảm, mất ngủ đêm.

- Giảm tình dục

- Giai đoạn muộn: Tiền hôn mê, hôn mê gan.

+ *Khám gan:* Gan teo nhỏ hoặc to ra nhưng thường teo nhỏ. Mật độ chắc. Bờ sắc, không đều. Mặt gồ ghề do tăng sinh các cục u.

2.2 Cận lâm sàng

* Suy gan

- Công thức máu: Giảm 3 dòng tế bào máu, khi có lách to càng rõ.
- Albumine giảm, tỷ số A/G <1.
- Cholesterol este giảm dưới 65% cholesterol toàn phần.
- Prothrombin máu giảm dưới 75%
- Bilirubin máu tăng
- Phosphatasa kiềm tăng
- BSP và Galactose niệu(+)
- NH3 tăng, ure có thể tăng hoặc giảm.

* Do viêm tổ chức liên kết

- Gros < 1,7ml dung dịch Hayem. Maclagan >10 đơn vị
- Globulin tăng >20%

ALT, AST tăng vừa, (men SGOT, SGPT cũ)

* Siêu âm gan

Trên mặt gan có nhiều nốt đậm, có hình ảnh giãn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách. Hình ảnh siêu âm chỉ là xét nghiệm bổ sung chứ không phải là xét nghiệm đặc hiệu.

* Sinh thiết gan

3.Nguyên nhân xơ gan

Có một số nguyên nhân xơ gan đã được xác định; Một số chưa rõ.

- Xơ gan do viêm gan virus: Ngày nay đã biết 6 loại virus gây ra viêm gan, trong đó có virus B, virus C được coi là tác nhân gây suy gan nhiều nhất.
- Xơ gan do ứ mật kéo dài:

+ Ứ mật thứ phát: Sỏi, giun gây tắc, chít hẹp

+ Ứ mật nguyên phát: Hội chứng Hanot

- Xơ gan do rượu
- Xơ gan do ứ đọng máu kéo dài:

+ Suy tim, viêm màng ngoài tim dày dính

+ Viêm tắc tĩnh mạch trên gan (hội chứng Budd- Chiari).

+ Bệnh huyết sắc tố (hồng cầu hình liềm).

- Xơ gan do ký sinh trùng: sán máng, sán lá gan.

- Xơ gan do nhiễm độc hoá chất và thuốc.

- Xơ gan do rối loạn chuyển hoá: Nhiễm sắt,nhiễm đồng, rối loạn chuyển hoá porphyrin.

- Xơ gan do di truyền.

- Xơ ganlách to kiểu Banti.

4.Biến chứng - Tiên lượng: Xơ gan là bệnh nặng, nếu được theo dõi, điều trị và loại bỏ nguyên nhân có thể kéo dài cuộc sống được từ 10-15 năm. Có 4 biến chứng:

- Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản: Nguy hiểm vì mất máu, NH3 tăng, hôn mê, tử vong;

- Tiền hôn mê, hôn mê: Nếu không điều trị tốt sẽ đi vào hôn mê. Thường xảy ra sau các yếu tố như xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng, ỉa chảy, chọc tháo nhiều dịch cổ trướng.

- Nhiễm khuẩn: Viêm phổi, lao, nhiễm trùng dịch cổ trướng.

- Ung thư hoá.

5.Điều trị

- Chế độ nghỉ ngơi tuyệt đối trong đợt tiến triển.

- Ăn tăng đường, đạm, ăn nhạt nếu có phù.

Thuốc:+ Cải thiện chuyển hoá tế bào gan: các vitamin. Uống, truyền Glucoza

+ Glucocorticoit.

+ Tăng cường đồng hoá đạm: Testosteron

+ Truyền máu, đạm, plasma,albumin.

- Cổ trướng:+ Chọc tháo không quá 2 lít, tốc độ chậm

+ Lợi tiểu không thải Kali, kháng aldosteron;

- Xử trí các biến chứng.

- Ghép gan.

BÀI 9
BỆNH LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh loét dạ dày - tá tràng;

- Trình bày được phác đồ điều trị và các biện pháp dự phòng;

NỘI DUNG

1.Đặc điểm dịch tễ học

Là một bệnh phổ biến trong các bệnh đường tiêu hoá. Mọi lứa tuổi đều có thể gặp nhưng gặp nhiều hơn ở độ tuổi từ 20 - 40 tuổi. Thường nam mắc nhiều hơn nữ với tỉ lệ 3:1. Lao động căng thẳng, ở thành phố mắc nhiều hơn nông thôn, thời chiến bị nhiều hơn thời bình. Loét dạ dày hành tá tràng ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ của bệnh nhân, làm giảm khả năng lao động và quan trọng hơn có một số biến chứng có thể nguy hiểm đến tính mạng.

2.Triệu chứng

2.1.Lâm sàng: Triệu chứng thường đa dạng, diễn biến theo chu kỳ.

- Đau: là triệu chứng chính, có tính chất chu kỳ, từng đợt. Vị trí đau thay đổi tuỳ vị trí loét:

+ Loét tâm vị, mặt sau dạ dày có thể đau khu trú ở thượng vị, lan lên ngực trái, dễ chẩn đoán nhầm. Đau ngay sau khi ăn.

+ Loét bờ cong lớn- hang vị: đau sau khi ăn từ 2 giờ đến 3 giờ

+ Loét môn vị: thường không liên quan đến thời gian ăn và thường đau quặn.

+ Loét hành tá tràng: đau lúc đói, hơi lệch sang phải, cảm giác đau bỏng rát

+Cả loét dạ dày- hành tá tràng có thể không đau gọi lạ loét câm. Đây là một thể lâm sàng khá đặc biệt của loét dạ dày hành tá tràng thường không phát hiện triệu chứng gì, chỉ thực sự phát hiện khi có các biến chứng như thủng hoặc chảy máu ổ loét.

- Rối loạn dinh dưỡng dạ dày: ợ hơi, ợ chua, nấc, nôn, buồn nôn.

- Rối loạn thần kinh thực vật: Chướng hơi, táo bón, ít gặp hơn loét tá tràng.

- Thăm khám: Phản ứng nhẹ khi khám vùng thượng vị, ấn tức hoặc cảm giác đau tăng lên. Ngoài cơn đau khám không thấy gì đặc biệt.

- Nếu có hẹp môn vị nôn ra thức ăn của ngày hôm trước, lắc óc ách lúc đói.

- Thăm khám thấy co cứng thượng vị hơi lệch phải.

2.2.Cận lâm sàng

- Chụp X quang dạ dày- hành tá tràng có uống cản quang, thấy ổ đọng thuốc ở dạ dày, hành tá hàng biến dạng. Hình ảnh rất phong phú tuỳ theo hình thái loét. Tuy nhiên có nhiều hạn chế.

- Soi dạ dày bằng ống soi mềm rất có giá trị để chẩn đoán xác định và sinh thiết để chẩn đoán phân biệt.

3.Các biến chứng

Có 5 biến chứng hay gặp

- *Chảy máu dạ dày- hành tá tràng*: Hay gặp nhất, trong đó hay gặp chảy máu hành tá tràng và mặt trước nhiều hơn mặt sau. Nếu loét dạ dày kèm chảy máu phải xem khả năng ung thư. Lâm sàng có thêm triệu chứng nôn ra máu hoặc/và ỉa phân đen. Tuỳ mức độ mất máu mà có ảnh hưởng huyết động nhiều hay ít. Đây là một biến chứng nguy hiểm dễ gây tử vong nếu không phát hiện sớm.

- *Thùng ổ loét:* Gây viêm phúc mạc toàn thể, thùng bít gây viêm phúc mạc khu trú. Lâm sàng có đau dữ dội vùng thượng vị, bụng cứng như gỗ. Xquang bụng có liềm hơi dưới cơ hoành.

- *Hẹp môn vị:* Nôn nhiều, nôn ra thức ăn ngày hôm trước, ăn không tiêu, lắc óc ách lúc đói.

- *Ung thư hoá:* vấn đề đang còn tranh cãi. Loét hành tá tràng không có ung thư hoá. Loét dạ dày có ung thư hoá. Ung thư có trước hay loét có trước khó xác định được. Thức ăn cũng là một tác nhân gây ung thư hoá, nhất là các loại chứa nhiều Nitrit

- *Viêm quanh dạ dày- tá tràng:* Có mảng cứng vùng thượng vị, hội chứng nhiễm trùng. Nội soi không tổn thương dạ dày, hành tá tràng.

4.Điều trị

4.1.Chỉ định nội khoa

Phần lớn các trường hợp loét dạ dày, hành tá tràng ngày nay được chỉ định điều trị nội khoa nhằm bảo tồn chức năng của dạ dày, tránh những rối loạn sau này.

Các thuốc điều trị và phác đồ:

- Thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương và thần kinh thực vật

- Thuốc chống axit: Chủ yếu trung hoà axit: Hydroxit nhôm, Hydroxit magiê, Trixilicat magiê. Không dùng $NaHCO_3$ gây viêm dạ dày và tăng HCl pha 2.

- *Các thuốc bảo vệ niêm mạc, băng niêm mạc*

- Alum in Sacharo Sulfat.

+ Các Vitamin pp, B1, B6 có tác đụng điều hoà axit bảo vệ niêm mạc dạ dày.

+ Prostaglandin PGE2 (cytotex, selbex) kích thích liền sẹo niêm mạc.

- Các thuốc chống bài tiết

+ Ức chế cảm thụ H2 (tế bào viền): cimetidin, ranitidin, nizatidin

+ Ức chế bơm Proton K^+H^+ATPaza tại tế bào viền: Omeprazol, Lanzoprazol

- Chống nhiễm khuẩn

Một số kháng sinh được sử dụng chống HP như Amoxixilin, Clarithromyxin, Metronidazol, Tetraciclin

- *Chế độ sinh hoạt:* ăn uống nghỉ ngơi, thư giãn tinh thần sẽ giúp cải thiện điều trị.

4.2.Chỉ định ngoại khoa

Khi điều trị nội khoa đúng phác đồ, đủ thời gian không, đỡ hoặc có những biến chứng nguy hiểm như thủng dạ dày, hành tá tràng, chảy máu không cầm, ung thư... cần được phát hiện sớm và phẫu thuật.

5.Dự phòng

- Làm việc điều độ, tránh mọi kích thích quá mức, nghỉ ngơi sau khi ăn.

- Không ăn quá nhiều một số thức ăn có thể làm bỏng niêm mạc như gừng, tiêu... không uống quá nhiều rượu.

- Điều trị các bệnh viêm nhiễm liên quan vùng tai mũi họng./.

BÀI 10
BỆNH TẢ

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, biến chứng;

- Trình bày được cách điều trị và phòng bệnh tả.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1.Định nghĩa

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

1.2.Nguyên nhân

- Các phẩy khuẩn tả hình que, hơi cong, Gram (-), sinh sản phát triển trên môi trường Pepton kiềm.

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

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

1.3.Dịch tễ.

+ Nguồn bệnh

- Người bệnh đào thải vi khuẩn qua phân ngay từ thời kỳ nung bệnh, kéo dài 20 ngày, thậm chí 6 tháng sau khi khỏi bệnh.

- Người lành mang trùng, thải vi khuẩn qua phân.

+ Đường lây

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

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

- Ruồi là vật chủ trung gian quan họng trong phương thức truyền dịch bệnh.

+ *Cảm thụ và miễn dịch:* Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh tả:

2.Cơ chế bệnh sinh

Sau khi vượt qua hàng rào dạ dày, phẩy khuẩn tả sinh sản, phát triển tại ruột non và bài tiết ra độc tố Enterotoxin. Độc tố tả làm tăng hoạt tính men Andenylcyclase, sau đó hoạt hoá AMP vòng ở các tế bào niêm mạc ruột. Quá trình này làm thay đổi sự vận chuyển nước và điện giải qua màng tế bào. Kết quả một lượng lớn dịch đẳng trương vào lòng ruột (trong khi các tế bao niềm mạc ruột vẫn bình thường). Nếu lượng nước quá lớn vượt khả năng tái hấp thu của ruột già thì ỉa chảy, nôn xuất hiện, dẫn đến hậu quả rối loạn nước và điện giải toàn thân.

3.Triệu chứng

3.1.Lâm sàng thể điển hình

+ *Thời kỳ nung bệnh:* Rất ngắn, có thể từ 4giờ đến tối đa là 5 ngày.

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

+ *Thời kỳ toàn phát:* Gồm 3 dấu hiệu chủ yếu:

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

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

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

+ *Tiến triển*

- Nếu bệnh nhân được bồi phụ nước và điện giải sớm và nhanh chóng thì da và niêm mạc hồng hào trở lại, người bệnh dễ chịu tươi tỉnh, mạch,

huyết áp trở về ổn định, số lần nôn, ỉa chảy giảm dần, ngừng hẳn sau 1- 2 ngày; thường 48- 72h bệnh nhân khỏi.

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

3.2.Xét nghiệm phân:

+ Soi phân tìm phẩy khuẩn tả di động.

+ Cấy phân: Cho kết quả sau 24giờ

- Cô đặc máu: Hồng cầu, bạch cầu tăng, Hematocrit tăng

- Rối loạn điện giải: Cl tăng ít, K^+giảm, dự trữ kiềm giảm;

- Suy thận: Urê tăng, creatinin tăng.

4.Biến chứng

- Suy thận cấp

- Phù phổi cấp (do toan huyết kéo dải hoặc truyền dịch quá nhiều)

- Giảm kali huyết gây rối loạn nhịp tim.

- Giảm đường huyết.

5.Điều trị và phòng bệnh

5.1 Điều trị

* Bồi phụ nước và điện giải: Cần làm sớm, khẩn trương triệt để.

Căn cứ vào độ mất nước, chia làm 3 loại để xử trí;

- Độ 1: Mất nước khoảng 5% trọng lượng cơ thể: Toàn trạng bình thường, dấu hiệu mất nước kín đáo, mạch nhanh, rỗ, huyết áp bình thường, lượng bài tiết nước tiểu bình thường, da hơi mất độ căng bóng.

Cho bệnh nhân uống Oresol trung bình 5ml đến 20ml/kg/giờ. Phải theo dõi dấu hiệu mất nước và số lượng nước tiểu để biết khi nào bù dịch đủ.

- Độ 2: Mất nước khoảng 6% đến 8% trọng lượng cơ thể, da mất độ căng bóng, người mệt, hơi bứt dứt, khó chịu, khát nước, mắt hơi trũng, mạch nhanh yếu, huyết áp hơi hạ, lượng nước tiểu giảm.

Truyền dung dịch có điện giải + uống Oresol.

- Độ 3: Mất nước khoảng 10% đến 12%: Mất sự đàn hồi của da, nếp véo da mất chậm, da tim tái, ở trẻ nhỏ thì thóp lõm, mắt trũng sâu, người lờ đờ, mệt lả, có thể có rối loạn trí giác. Huyết áp tối đa < 60mm Hg hoặc huyết áp không đo được, mạch nhanh nhỏ, khó bắt bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng.

Phải truyền dịch nhanh chóng và có thể truyền hai đường tĩnh mạch. Khi đã qua giai đoạn nguy kịch, nếu bệnh nhân còn tiếp tục nôn và ỉa chảy thì cho uống Oresol. Ngừng bù dịch khi bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn.

Các loại dịch để bồi phụ nước và điện giải là:

+ Dung dịch uống: Oresol

Trường hợp không có sẵn Oresol, thì có thể dùng cháo loãng pha với một ít muối cho bệnh nhân uống.

+ Các loại dịch truyền: Ringerlactat, NaCl 9%0, NaHCO3 14%. Hoặc dung dịch Dhaka; Trong một lít dịch dịch gồm có 5g NaCL, 4g NaHC03 và 1g KCL

* Kháng sinh:

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

- Chỉ dùng kháng sinh đường uống. Cho uống kháng sinh ngay sau khi hết nôn.

Có thể chọn một trong các kháng sinh sau:

+ Kháng sinh để điều trị tả tốt nhất cho người lớn, trừ phụ nữ có thai:

- Doxyclin uống liều duy nhất 300mg

- Ngoài ra có thể dùng: Tetracyclin, trimethoprim, furazolidon

5.2.Phòng bệnh

+ Kiểm soát chặt chẽ các nguồn cung cấp nước.

+ Kiểm soát các trường hợp tiêu chảy trong vùng nghi ngờ có dịch tả.

+ Ba nguyên tắc đơn giản nhưng hiệu quả trong phòng bệnh lây theo đường tiêu hoá kể cả bệnh tả:

- Ăn thức ăn nấu chín

- Uống nước đun sôi để nguội

- Rửa tay sạch trước khi ăn và sau khi đi ngoài

+ Một số biện pháp cần áp dụng khi dịch tả xảy ra.

Tuyên truyền giáo dục về y tế, vận động người dân tích cực tham gia phòng chống dịch.

- Làm tốt công tác xử lý phân, chất thải. Xây dựng các công trình vệ sinh.

- Làm tốt công tác xử lý nước dùng cho ăn uống sinh hoạt.

- Chú trọng vấn đề về vệ sinh thực phẩm ăn uống.

- Kiểm soát ra vào các ổ dịch

BÀI 11
VIÊM RUỘT THỪA - VIÊM MÀNG BỤNG

MỤC TIÊU

- Trình bày các triệu chứng lâm sàng viêm ruột thừa cấp, viêm màng bụng;

- Trình bày được biến chứng, chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, viêm màng bụng;

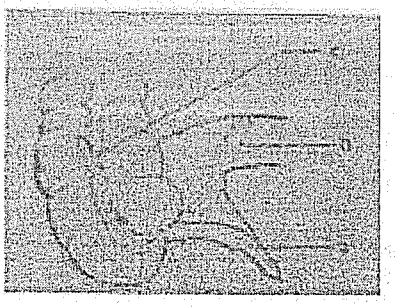
- Trình bày được phương pháp xử lý viêm ruột thừa cấp, viêm màng bụng.

NỘI DUNG

I.VIÊM RUỘT THỪA

1.Đại cương

Viêm ruột thừa là một bệnh cấp cứu ngoại khóa gặp ở mọi lứa tuổi. Đứng hàng đầu trong các trường hợp cấp cứu về ổ bụng. Bệnh cần chẩn đoán sớm và mổ kịp thời. Nếu chẩn đoán muộn và mổ muộn bệnh sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm và có thể tử vong. Vì thế khi chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ viêm ruột thừa phải chuyển sớm bệnh nhân lên tuyến trên.



Hình 11.1: Vị trí ruột thừa

a.Bình thường *b.Sau hồi tràng*

c.Sau manh tràng *d. Khung chậu nhỏ*

2.Nguyên nhân: Viêm ruột thừa có thể vì các nguyên nhân sau:

- Do nhiễm khuẩn: Thường gặp E. Coli, liên cầu khuẩn, vi khuẩn yếm khí.
- Do giun đũa chui vào hoặc do sỏi phân
- Do co thắt mạch máu nuôi ruột thừa dẫn tới thiếu dinh dưỡng gây viêm

3.Triệu chứng

3.1.Triệu chứng toàn thân: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt nhẹ 38°C đến 38°5C, mạch nhanh trên 90 lần trong một phút, môi khô lưỡi bẩn.

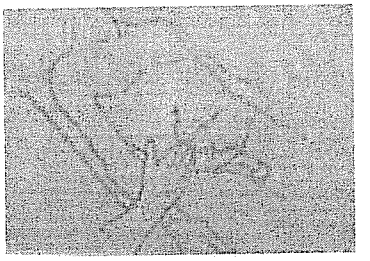
3.2.Triệu chứng cơ năng

- Đau: Đau âm ỉ liên tục và khu trú tại hố chậu phải. Đôi khi gặp những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc đau quanh rốn sau đó khu trú ở hố châu phải.
- Nôn: Có khi chỉ buồn nôn.
- Bí trung đại tiện, đôi khi gặp ỉa lỏng.

3.3Triệu chứng thực tế:

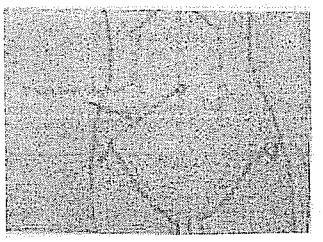
Phải khám nhẹ nhàng từ chỗ không đau đến chỗ đau, có thể thấy:

- Hố chậu phải đau: Ấn tay vào hố chậu phải đau nhất là điểm ruột thừa (ĐiểmMacBumey: Là điểm ½ của đường nối từ rốn đến gai chậu trước bên phải).
- Phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải: Triệu chứng này thường thấy và có giá trị.

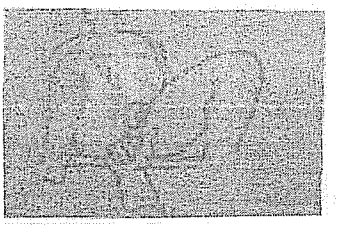


Hình 11.2 Ấn tay vào hố chậu phải đau

- Thăm trực tràng, âm đạo: Ấn ngón tay vào thành bên phải của trực tràng hayâm đạo bệnh nhân đau, có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa.



Hình 11.3: Điểm Mac- Burney



Hình 11.4: Thăm trực tràng

3.4.Xét nghiệm: Xét nghiệm máu: Số lượng bạch câu tạng cao trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 70%.

4.Chẩn đoán

4.1.Chẩn đoán xác định

- Có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Đau khu trú tại hố chậu phải.
- Điểm MacBurney đau.
- Có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải.

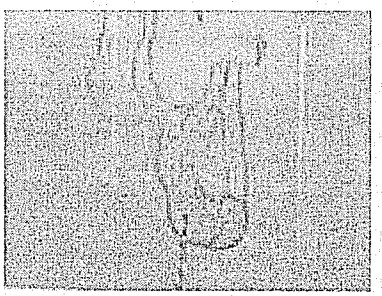
4.2.Chẩn đoán phân biệt

Khám để xác định viêm ruột thừa thường là khó và dễ nhầm với một số bệnh:

- Các bệnh về đường tiết niệu: Cơn đau do sỏi niệu quản phải, viêm đường tiết niệu, cơn đau quặn thận bên phải...
- Các bệnh về sản khoa: Chửa ngoài tử cung vỡ, u nàng buồng chứng xoắn, viêm phần phụ...
- Các bệnh về tiêu hoá: Viêm mạng bụng do thủng ổ loét dạ dày tá tràng, viêm đại tràng co thắt, thủng ruột do thương hàn, viêm túi thừa Meckel.
- Với các bệnh khác: Viêm cơ đái chậu bên phải, viêm cơ thành bụng...

5.Biến chứng

Nếu chẩn đoán và xử lý không kịp thời. Ruột thừa bị thủng gây ra biến chứng nguy hiểm. Viêm ruột thừa cấp không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng sau:



Hình 11.5: Vỡ ruột thừa

5.1.Viêm màng bụng

Đây là một biến chứng nặng thường sau 24 đến 48 giờ bệnh nhân thấy đau tăng lên, lan ra khắp bụng. Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng rõ rệt, gây bí trung đại tiện. Có phản ứng phúc mạc.

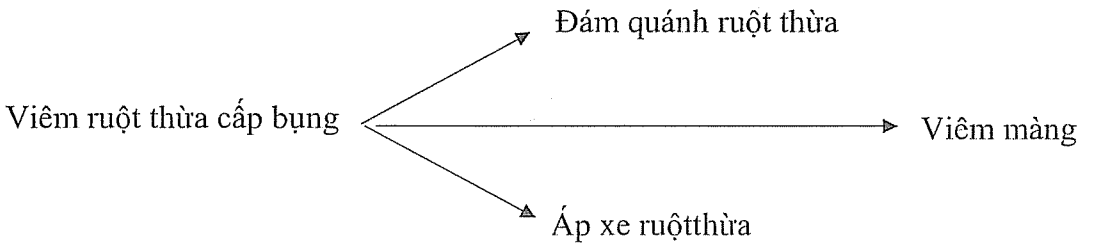
5.2. Áp xe ruột thừa (Còn gọi là viêm màng bụng khu trú): Do phát hiện viêm ruột thừa không kịp thời một thừa vỡ ra được mạc nối lớn và các tạng lân cận đến bao xung quanh ổ bụng.

Khi khám ta thấy: Có một khối u ranh giới rõ rệt, liền với gai chậu trước trên bên phải, mặt khối u nhẵn, mềm ấn đau. Toàn thân bệnh nhân vẫn sốt. Bạch cầu tăng.

5.3. Đám quánh ruột thừa

Sau một thời gian một thừa bị viêm, được mạc nối lớn và ruột non đến bao bọc quanh. Khi khám sẽ thấy hội chứng nhiễm trùng giảm, đau dịu hơn trước. Ở hố chậu phải có một mảng cứng, ranh giới không rõ rệt, ấn đau ít.

Có thể tóm tắt bằng sơ đồ sau:



6.Xửtrí

- Viêm một thừa cấp cần chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời bằng phẫu thuật.

+ Mổ nội soi áp dụng cho những trường hợp viêm một thừa tới sớm, một ruột thừa chưa vỡ, chưa có biến chứng.

+ Mổ mở áp dụng cho đa số trường hợp viêm một thừa tới sớm, tới muộn, có biến chứng (với các đường mổ tại những vị trí khác nhau).

- Điều trị nội khoa chỉ áp dụng cho trường hợp đám quánh một thừa (về sau vẫn phải hẹn bệnh nhân tới mổ cắt một thừa lần 2) và điều trị sau mổ. Các nhóm thuốc dùng sau mổ:

+ Nhóm kháng sinh: Phòng chống nhiễm khuẩn: Đa số dùng là nhóm β Lactamin (Cephalosphorin thế hệ 1,2 dùng đường tiêm), với những trường hợp viêm ruột thừa vỡ có mủ, áp xe ruột thừa sau mổ dùng thêm nhóm kháng sinh diệt vi khuẩn kị khí (hay dùng là Metrodazol đường tiêm).

+ Nhóm giảm đau, hạ sốt không steroid: Hay dùng Acetaminophen (Efferalgan Panadol, Hapacol).

+ Bù dịch, điện giải, Vitamin.

II.VIÊM MÀNG BỤNG

1.Định nghĩa

Viêm màng bụng là hiện tượng phản ứng của viêm màng bụng khi bị kích thích bởi vi khuẩn, các chất hoá học và các tác nhận vật lý (sức nóng, các tia...)

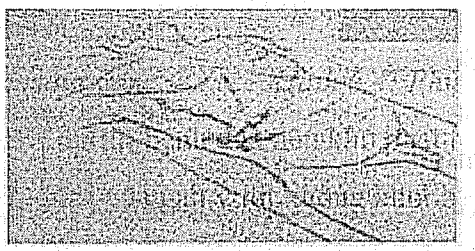
2.Nguyên nhân

2.1.Các loại vi khuẩn thường gặp: Trực khuẩn Coli, tụ cầu, liên cầu, VK yếm khí.

2.2.Đường xâm nhập và gây bệnh của vi khuẩn: Vi khuẩn vào ổ bụng qua.

2.2.1. Tổn thương lá thành và lá tạng của màng bụng (viêm màng bụng thứ phát)

- Lá thành bị thủng, ví dụ: Dao đâm, đạn xuyên qua lá thành.

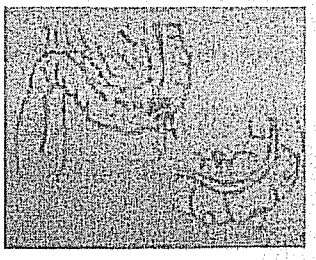


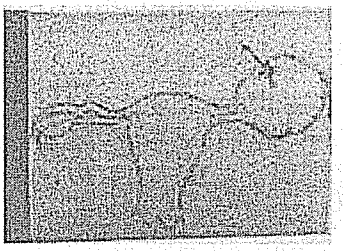
Hình 11.6: Viêm màng bụng do dập vỡ thận

- Lá tạng bị thủng, ví dụ: Các chấn thương gây vỡ tạng rỗng hoặc viêm túi mật hoại tử, viêm ruột thừa vỡ, thủng dạ dày, tắc ruột hoại tử, vỡ bàng quang, vỡ tử cung…

- Lá thành lá tạng bị thủng, ví dụ: Đạn xuyên thủng, dao đâm

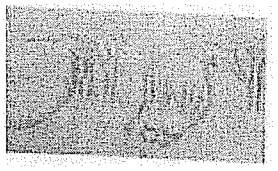
- Từ một tạng bị nhiễm khuẩn ví dụ: Viêm vòi trứng…



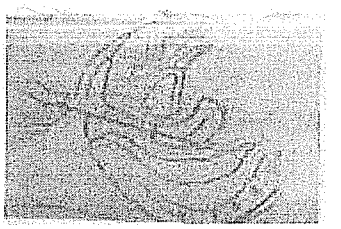


Hình 11.7: VMB do thủng đại tràng Hình 11.8: VMB do chửa ngoài tử cung

2.2.2 Qua đường máu (viêm màng bụng nguyên phát) /Thường gặp ở những trẻ emvà bệnh nhân bị xơ gan, vi khuẩn thường gặp là phế cầu trùng, liên cầu trùng tan huyết...



Hình 11.9: VMB do hoại tử mật



Hình 11.10: VMB do nạo thai

3.Triệu chứng lâm sàng

3.1.Triệu chứng cơ năng

- *Đau:* Tuỳ theo từng nguyên nhân gây bệnh mà có điểm đau đầu tiên khác nhau. Đau liên tục và lan toả.

- *Nôn:* Nôn nhiều hay ít là tuỳ thuộc từng nguyên nhân gây bệnh.

- *Bí trung đại tiện*

- *Khó thở:* Nhịp thở trên 20 lần/phút.

3.2.Triệu chứng toàn thân

- Nếu viêm màng bụng đến sớm có hội chứng nhiễm trùng: Nhiệt độ tăng, mạch nhanh, môi khô lưỡi bẩn.

- Nếu đến muộn có hội chứng nhiễm độc: Nhiệt độ tăng hoặc giảm, môi khô,mắt trũng, mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, khó thở, nước tiểu ít hoặc vô niệu,

3.3. Triệu chứng thực tế

- *Nhìn:* Bụng chướng và không di động theo nhịp thở.

- *Sờ nắn:* Xoa tay ấn và khám nhẹ nhàng, có phản ứng phúc mạc (đây là dấu hiệu quan trọng).

- *Gõ:* Vùng đục trước gan mất (vỡ tạng rỗng). Gõ đục vùng hạ vị chứng tỏ ổ bụng có dịch.

- Thăm cùng đồ: Bệnh nhân đau

- *Chọc dò:* ổ bụng có dịch đục hoặc có máu không đông (chỉ làm ở tuyến trên).

3.4 Triệu chứng cận lâm sàng: (Chỉ làm ở tuyến trên)

- *Xét nghiệm máu:* Bạch cầu tăng, bạch cầu giảm trong bệnh thủng ruột do thương hàn. Urê máu tăng.

- *X quang:* chụp ổ bụng ở tư thế đứng có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành (thủng tạng rỗng). Có hình ảnh ổ bụng mờ: Có dịch trong ổ bụng.

4.Chẩn đoán

4.1.Chẩn đoán xác định: Dựa vào các triệu chứng:

- Có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Đau liên tục và đau lan khắp ổ bụng.
- Bụng chướng.
- Có phản ứng phúc mạc hoặc co cứng thành bụng.

4.2.Chẩn đoán phân biệt với

- *Viêm phổi thuỳ:* Nghe có ran ẩm cả hai phế trương
- *Cơ đau bụng cấp:* Đau dạ dày, gan, thận, khi khám hai hố chậu vẫn mềm.

5. Diễn biến

- Tỷ lệ tử vong cao do nhiễm độc.
- Tạo các ổ mủ trong ổ bụng.
- Tắc ruột.

6. Xử trí

6.1. Hút dạ dày

- Hút dạ dày với ống Levin để lấy bớt dịch trong dạ dày, trong ruột làm cho bụng bớt chướng, bệnh nhân đỡ khó chịu, đỡ khó thở.
- Hút cũng là để chuẩn bị cho cuộc mổ sẽ được tiến hành trong một vài giờ tới.

6.2. Hồi sức tuần hoàn

- Trong những ngày trước khi vào viện, bệnh nhân ăn uống không được, lại có thêm tình trạng ứ đọng, nước trong lòng ruột, trong xoang bụng nên huyết áp có thể thấp, mạch nhanh. Vì vậy cần phải bồi hoạn ngay khối lượng tuần hoàn thiếu hụt:

+ Dùng các dụng dịch mặn, ngọt, huyết tương và máu.

+ Khối lượng và tốc độ truyền căn cứ vào huyết áp động mạch và CVP.

- Với người già cần chú ý làm xét nghiệm EGG, X quang ngực, siêu âm tim nếu cần thiết. Cần phải giải quyết tình trạng nội khoa ổn định trước khi phẫu thuật.

6.3. Điều chỉnh các rối loạn điện giải và nhiễm toan máu

- Các điện giải Na^+, K^+, Ca^{2+}, Cl thường bị thiếu hụt. Điều chỉnh bằng Các dùng dịch muối Clorua Natri, Clorua Kali; Clorua Canxi, Ringer's Lactate.
- Nếu nhiễm toan máu, điều chỉnh bằng dung dịch Bicarbonate natri.

- Khối lượng các dịch này cho phỏng chừng vì lúc này chưa có kết quả của điện giải đồ, pH máu.

6.4. Hồi sức thận

- Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ. Bình thường lượng nước tiểu mỗi giờ là khoảng 40ml (1ml/kg cân nặng/1giờ).

- Thiểu niệu có thể do thiếu nước, có thể do suy chức năng bài tiết của thận khi đã có viêm ống thận cấp. Nếu do thiếu nước, sau khi bồi phụ nước tương đối thì nước tiểu lại nhiều trở lại.

6.5. Chống nhiễm khuẩn

- Nếu nguyên nhân của viêm phúc mạc được xác định trước mổ thì có thể biết loại kháng sinh có tác dụng.

- Nếu nguyên nhân viêm phúc mạc và loại vi trùng gây viêm phúc mạc chưa được xác định, chưa có kháng sinh đồ thì dùng kháng sinh phổ rộng và kết hợp: thường dùng là Penicilline, Cephalosporin thế hệ thứ III, IV kết hợp với Aminoglycoside.

- Nếu có nghi ngờ là viêm phúc mạc do vi trùng kỵ khí hay có kết quả thêm nhiễm trùng kỵ khí thì nên dùng Metronidazole loại truyền tĩnh mạch.

- Liều lượng kháng sinh, đường dùng, loại kháng sinh được dùng căn cứ vào nguyên nhân, tình trạng nhiễm trùng, chức năng gan và thận.

6.6. Hạ sốt

Bệnh nhân viêm phúc mạc bao giờ cũng có sốt. Sốt cao đòi hỏi cung cấp oxy nhiều hơn. Để đảm bảo cho việc gây mê nhất là đối với trẻ em cần thiết phải hạ sốt trước, mổ. Làm hạ sốt bằng thuốc phối hợp các biện pháp cơ học:

+ Thuốc là Acetaminophene, Clorpromazine.

+ Biện pháp cơ học là đắp nước mát, chườm túi đá lên các vùng có nhiều mạch máu (đầu, nách, bẹn, bàn chân).

6.7. Điều trị phẫu thuật

- Tính chất và mức độ của phẫu thuật sắp được tiến hành phụ thuộc vào tình trạng xoang bụng, thể trạng người bệnh. Thể trạng càng xấu phẫu thuật càng phải nhẹ, có khi chỉ được làm phẫu thuật tối thiểu.

- Phẫu thuật nội soi có thể được dùng trong một vài bệnh cảnh viêm phúc mạc có nguyên nhân đơn giản như viêm ruột thừa, viêm phần phụ, thủng dạ dày... mà dịch ổ bụng ít bẩn./.

BÀI 12
TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

- Trình bày được các nguyên nhân gây tắc ruột;

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng;

- Trình bày được hướng xử trí tắc ruột ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Đại cương về bệnh tắc ruột

- Tắc ruột là sự đình trệ lưu thông các chất chứa đựng trong lòng ruột như hơi, dịch và bã thức ăn.

- Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa chiếm tỷ lệ 19,2% trong các trường hợp cấp cứu về ổ bụng nói chung và đứng hàng thứ 2 sau viêm ruột thừa.

- Bệnh này cần phát hiện và gửi lên tuyến trên sớm, nếu gửi chậm tỷ lệ tử vong cao do bị nhiễm độc và rối loạn nước, điện giải.

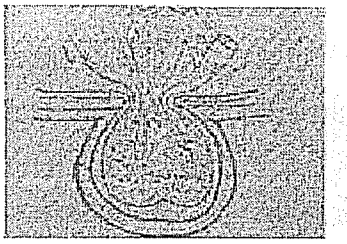
2. Nguyên nhân

2.1. Tắc ruột cơ học: Nguyên nhân này đều phải điều trị bằng ngoại khoa

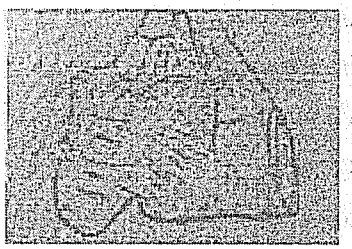
2.1.1. Tắc ruột do nút bít (tiến triển từ từ)

* Tại trong lòng của ruột

- Do giun: Tạo thành búi gây tắc ruột
- Do bã thức ăn
- Do sỏi mật rơi xuống (hiếm gặp).



Hình 12 1: Ruột bị nghẹt hình chữ W



Hình 12.2: Tắc ruột do dính

* Tại thành ruột: Các khối u lành hay ác tính phát triển làm lấp lòng của ruột. Như ung thư đại tràng, u lao, Pôlíp...

* Khối u bên ngoài đè vào ruột gây tắc ruột. Ví dụ như u mạch treo ruột, u nang buồng trứng, u xơ tử cung...

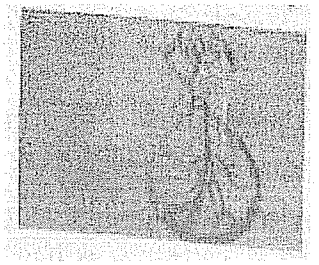
* Do không có hậu môn: Gặp ở trẻ mới đẻ.

* Do dính ruột: Dính ruột sau mổ, dính ruột bào thai.

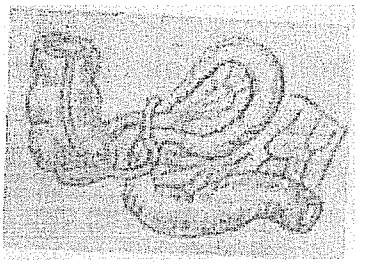
2.1.2 Tắc ruột do bị thắt (loại này tiến triển rất nhanh) gây hoại tử ruột.

- Lồng ruột cấp tính ở trẻ em.
- Xoắn một.
- Thoát vị thắt (thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị cơ hoành, thoát vị rốn)

2.2. Tắc ruột cơ năng: Điều trị bằng nội khoa



Hình 12.3: Xoắn ruột



Hình 12.4: Tắc ruột do dây chằng

2.2.1 Do liệt ruột: Liệt ruột sau mổ, đau bụng cấp, viêm phổi, ỉa chảy...

2.2.2 Do co thắt: - Do tổn thương thần kinh trung ương.

- Do ngộ độc chì hoặc Ancaloit

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Đau:* Đau bụng từng cơn, lúc đầu nhẹ sau đau lan khắp bụng, có bệnh nhân sốc vì đau.

- *Nôn:* Tắc càng cao nôn càng sớm, lúc đầu nôn ra thức ăn hay dịch tiêu hóa về sau nôn ra dịch màu đen.

- *Bí trung đại tiện*

3.2. Triệu chứng thực thể

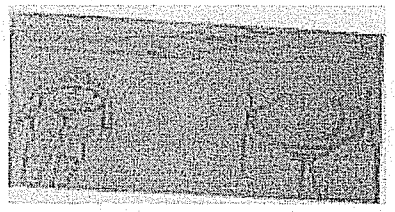
- *Nhìn:* Lúc đầu bụng chướng vừa có dấu hiệu rắn bò. Về sau bụng chướng căng.

- *Sờ nắn:* Có thể sờ được khối lồng, búi giun hoặc khối u. Nếu bệnh nhân đến muộn có phản ứng thành bụng vì một bị hoại tử gây viêm màng bụng.

- *Gõ:* vang

- *Nghe:* Có tiếng lọc sọc, lắc bụng có tiếng óc ách.

- *Thăm trực tràng:* Rỗng hoặc có máu theo tay trong lồng một cấp.



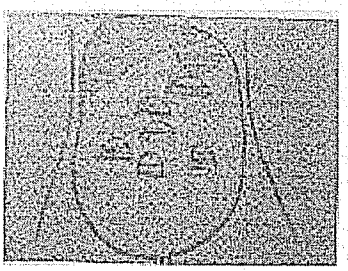
Hình 12.6: Chướng bụng do tắc ruột

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Nếu bệnh nhân đến sớm tình trạng toàn thân còn tốt.
- Nếu đến muộn bệnh nhân lâm vào tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.

3.4 .Triệu chứng cận lâm sàng

- *Xét nghiệm máu:* Hồng cầu và bạch cầu bình thường, có thể tăng do hiện tượng máu cô đặc, Ure máu tăng.
- *Chụp ổ bụng:* Chụp không chuẩn bị ở tư thế đứng có hình mức nước, mức hơi.



Hình 12.7: Mức nước, mức hơi

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào Đau bụng từng cơn; Nôn; Bí trung đại tiện; Có dấu hiệu rắn bò hoặc có quai ruột nổi.

4.2 Chẩn đoán nguyên nhân

- *Với trẻ sơ sinh:* Không có hậu môn, teo ruột, tắc ruột phân su.
- *Trẻ từ 4 đến 12 tháng tuổi:* Do lồng ruột.
- *Trẻ từ 4 đến 12 tuổi:* Do giun, do thoát vị thắt.
- *Người lớn:* Do dính ruột sau mổ, thoát vị thắt, tắc ruột do dây chằng, do ung thư, do xoắn ruột...
- *Ở người già:* Do ung thư đại tràng, thoát vị thắt.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

4.3.1. Phân biệt giữa tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng.

Nếu tắc ruột cơ năng có biểu hiện: Đau nhẹ; Nôn ít hoặc không nôn; Bụng chướng nhưng mềm; Không có dấu hiệu rắn bò hay lằn quai ruột nổi; X quang không có hình ảnh mức nước mức hơi.

4.3.2. Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác

- U nang buồng trứng xoắn.
- Viêm tuỵ cấp.
- Thủng dạ dày.
- Cơn đau quặn thận, gan.

5. Xử lý ở tuyến y tế cơ sở

- Tiêm thuốc trợ lực, tiêm thuốc kháng sinh, truyền dịch
- Đặt Sonde hút dạ dày
- Không tiêm thuốc giảm đau
- Gửi tuyến có điều kiện phẫu thuật sớm./.

BÀI 13
VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

-Trình bày được nguyên nhân, yếu tố nguy cơ viêm đài bể thận cấp, mạn;

-Trình bày được phác đồ xử trí nhiễm khuẩn tiết niệu.

NỘI DUNG

I. VIÊM ĐÀI BỂ THẬN CẤP, MẠN

1. Đại cương

- Định nghĩa: Viêm đài bể thận là nhiễm khuẩn ở tổ chức kẽ của thận, nguyên nhân do vi khuẩn, ở giai đoạn cấp của bệnh có thể chưa khỏi hoàn toàn nếu được loại bỏ nguy cơ và nguyên nhân gây bệnh. Nếu bị tái phát nhiều lần sẽ bị chuyển thành mạn, hậu quả cuối cùng sẽ dẫn đến suy thận mạn. Bệnh nhân có thể tử vong do biến chứng suy thận mạn, do đó nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và triệt để bệnh nhân phục hồi hoàn toàn.

- Đặc điểm dịch tễ: Viêm đài bể thận cấp và mạn là một bệnh gặp nhiều ở nữ, gặp ở mọi lứa tuổi nhất là lứa tuổi lao động và hoạt động sinh dục nhiều. Nữ giới có sự liên quan với tình trạng có thai. Viêm đài bể thận mạn là nguyên nhân đứng hàng thứ hai dẫn đến suy thận.

2. Nguyên nhân gây bệnh

2.1. Nguyên nhân vi khuẩn

- Vi khuẩn Gram (-) chiếm khoảng 90% các trường hợp
- Vi khuẩn Gram (+) chiếm < 10%

2.2. Nguyên nhân thuận lợi: Là nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu, gây ứ trệ dòng nước tiểu, tạo điều kiện cho nhiễm trùng và khi đã có nhiễm trùng thì duy trì nhiễm trùng. Vì vậy viêm đài bể thận xảy ra trên một bệnh nhân có tắc nghẽn dòng nước tiểu thường rất dai dẳng và nặng.

- Các nguyên nhân thường gặp là: + Sỏi thận tiết niệu
  + U thận tiết niệu
  + U bên ngoài đè ép vào niệu quản
  + U tuyến tiền liệt
  + Dị dạng thận, niệu quản
- Các nguyên nhân khác: + Thận đa nang

+ Thai nghén

+ Đái tháo đường.

3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm đài bể thận cấp và mạn

3.1. Viêm đài bể thận cấp

- Hội chứng bàng quang: Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ cuối bãi. Tuy nhiên hội chứng bàng quang có thể xuất hiện trước khi có viêm đài bể thận cấp. Khi có triệu chứng viêm đài bể thận cấp thì triệu chứng viêm bàng quang đã đỡ nên dễ bỏ qua chẩn đoán.

- Đau vùng thắt lưng

+ Thường đau một bên, nhưng cũng có khi đau cả 2 bên.

+ Đau âm ỉ thỉnh thoảng trội thành từng cơn.

+ Vỗ hông lưng (+) là triệu chứng rất có giá trị, nhất là trong trường hợp chỉ có đau một bên.

- Khám có thể thấy thận to và đau.

- Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, có thể thấy dấu hiệu mất nước do sốt.

- Nước tiểu đục có thể có đái mủ đại thể, bạch cầu niệu dương tính, vi khuẩn niệu dương tính, Protein niệu có nhưng < 1g/24h.

- Xét nghiệm máu:

+ Bạch cầu đa nhân trung tính tăng

+ Đôi khi có suy thận cấp: Ure máu, Creatimin máu tăng.

+ Cấy máu khi có sốt trên $38^0$5C có thể dương tính.

- Siêu âm thận: Thận hơi to hơn bình thường. Đài bể thận giãn. Có thể thấy nguyên nhân thuận lợi như sỏi, thận đa nang...

- X quang:

+ Chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có sỏi.

+ Có thể thấy nguyên nhân thuận lợi gây tắc nghẽn đường bài niệu.

3.2. Viêm đài bể thận mạn

3.2.1. Viêm đài bể thận mạn giai đoạn sớm

- Tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm đài, bể thận cấp nhiều lần hoặc có tiền sử có bệnh gây tắc nghẽn đường bài tiết nước tiểu.

- Đau vùng thắt lưng

- Tiểu tiện về đêm tăng ít nhất một hoặc nhiều lần trong một đêm gợi ý chức năng cô đặc của thận giảm.

- Có thể có tăng huyết áp.

- Thiếu máu nhẹ hoặc không.

- Protein niệu thường xuyên nhưng thường < 1g/24h

- Bạch cầu niệu nhiều, bạch cầu đa nhân thái hoá dương tính số bạch cầu đa nhân tăng khi có đợt cấp.

- Vi khuẩn niệu dương tính khi có đợt cấp.

- Khả năng cô đặc nước tiểu giảm:

- Siêu âm thận có thể thấy bờ thận gồ ghề, thận teo nhỏ ít, đài bể thận giãn ít.

- Chụp thận (UIV) thấy tổn thương đài bể thận ở mức độ khác nhau.

3.2.2. Viêm đài bể thận mạn giai đoạn muộn

Ngoài những triệu chứng trên xuất hiện thêm:

- Suy thận

+ Mức độ suy thận từ nhẹ đến nặng, khi suy thận mức độ nặng có thể có các triệu chứng của hội chứng ure máu cao trên lâm sàng và có thể có phù.

+ Ure máu răng Creatinin máu tăng: Bệnh nhân đầy đủ triệu chứng của hội chứng tăng Nitơ máu biểu hiện ở các cơ quan: Tiêu hoá, thần kinh, tuần hoàn, hô hấp, có thể có xuất huyết...

+ Mức lọc cầu thận giảm.

- Thiếu máu rõ: Mức độ nặng nhẹ của thiếu máu đi đôi với giai đoạn của suy thận mạn.

- Da xanh, niêm mạc nhợt, số lượng hồng cầu Hemoglobin và Hematocrit máu giảm

- Tăng huyết áp: (trên 80%) có thể tăng vừa hoặc tăng rất cao.

- Siêu âm và X quang thận: Hai thận teo nhỏ nhưng không đều, xơ hoá có thể thấy

4. Điều trị

4.1. Điều trị viêm đài bể thận cấp: Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn:

- Tốt nhất là cấy nước tiểu tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ, dựa vào kết quả kháng sinh đồ để dùng kháng sinh cho thích hợp.

- Các kháng sinh thường dùng hiện nay cho viêm đài bể thận cấp là:

+ Nhóm Quinolon: Peflacin, Nofloxacine, Offloxacin...

+ Cephalosporine: Zinnat, Fortum, Cefotaxim, Ceftriaxone...

+ Nhóm Aminoside: Amikacin, Gentamycin...

4.2. Điều trị viêm đài bể thận mạn

- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn dùng kháng sinh khi có đợt cấp của viêm đài bể thận mạn. Cần lưu ý không lựa chọn kháng sinh không độc với thận, không làm giảm mức lọc của cầu thận và lưu ý chỉnh liều kháng sinh theo mức độ suy thận

- Điều trị triệu chứng:

+ Điều trị tăng huyết áp

+ Điều trị thiếu máu

+ Điều trị suy thận bằng điều trị bảo tồn nội khoa hoặc điều trị thay thế thận suy tuỳ từng giai đoạn của suy thận.

5. Phòng bệnh

- Đảm bảo vệ sinh tránh viêm thận ngược dòng
- Tránh các thủ thuật không cần thiết: Thông đái...
- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ.
- Khi có suy thận: + Đảm bảo chế độ ăn
  + Dùng kháng sinh không độc với thận.
  + Điều trị tăng huyết áp, phù, thiếu máu (nếu có).

II. VIÊM BÀNG QUANG, NIỆU ĐẠO

1. Đại cương

- Định nghĩa: Tình trạng nhiễm trùng cấp tính hay mạn tính ở bàng quang, niệu đạo.

- Đặc điểm dịch tễ: Viêm bàng quang, niệu đạo là một bệnh lý rất thường gặp với các triệu chứng đái rắt, khó đái và đái mủ; bệnh không dẫn đến tử vong nhưng gây khó chịu ảnh hưởng đến sức khoẻ của người bệnh, nếu bệnh không được chẩn đoán và điều trị sớm thì sẽ dẫn đến viêm thận ngược dòng và hậu quả cuối cùng dẫn đến suy thận mạn. Nếu được chẩn đoán và điều trị sớm thì tránh được nguy cơ suy thận đáng tiếc xảy ra.

Bệnh gặp nhiều ở nữ giới, tỷ lệ nữ/nam = 9/1. Ở tuổi già thì 2 giới bằng nhau. Bệnh không liên quan đến nơi sống, gặp rất nhiều ở lứa tuổi lao động và hoạt động sinh dục nhiều.

2. Nguyên nhân gây bệnh

2.1. Nguyên nhân vi khuẩn: E.coli: từ 60% đến 70%; Liên cầu; Tụ cầu; Trực khuẩn mủ xanh; Lao; Các vi khuẩn khác.

2.2. Yếu tố thuận lợi

- Là nguyên nhân tắc nghẽn bài xuất nước tiểu gây ứ trệ dòng nước tiểu tạo điều kiện cho nhiễm trùng và khi có nhiễm trùng thì duy trì nhiễm trùng. Vì vậy viêm bàng quang, niệu đạo xảy ra trên bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu thường rất dai dẳng và nặng.

- Các nguyên nhân thường gặp là:

+ Sỏi bàng quang, niệu đạo.

+ U tuyến tiền liệt

+ Ung thư bộ phận sinh dục ngoài

+ Ung thư cổ bàng quang

+ Bí đái kéo dài

- Các nguyên nhân khác:

+ Hẹp niệu đạo bẩm sinh

+ Lỗ thông bàng quang trực tràng

+ Thông đái

3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1. Triệu chứng lâm sàng: Ba triệu chứng quan trọng là:

- Đái dắt (hay đi tiểu).

- Khó đái (đau trước, trong và sau đi tiểu).

Cảm giác buốt mót lúc cuối, nhiều khi đau dữ dội, chuột rút lan tới quy đầu, đến hai bẹn và hậu môn.

- Đái mủ: Nước tiểu đục toàn bộ nhưng chủ yếu là đầu bãi và cuối bãi cặn vẩn đục khá đặc có khi lẫn đái máu nếu có viêm bàng quang xuất huyết.

- Triệu chứng toàn thân: Bệnh nhân có thể có hội chứng nhiễm trùng cấp tính.

3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu thấy tế bào biểu mô, tế bào mủ.

- Cấy nước tiểu có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

- Soi bàng quang thấy niêm mạc xung huyết có giả mạc và có nhiều vết loét.

4. Điều trị

- Loại trừ nguyên nhân gây cản trở đường bài niệu (nếu có thể)
- Dùng kháng sinh
- Giảm đau, an thần, chống co thắt
- Ngâm mông vào nước ấm

Giai đoạn mạn tính các thuốc kháng sinh thường không có hiệu quả, thông đái để tháo sạch nước tiểu còn lại trong bàng quang rồi bơm các thuốc sát trùng (Nitrat bạc 0,05% hoặc 0,1%).

5. Phòng bệnh

- Điều trị triệt để đợt cấp.
- Điều trị các nguyên nhân gây cản trở đường bài niệu.
- Vệ sinh cá nhân./.

BÀI 14
SỎI THẬN

MỤC TIÊU

- Trình bày được các nguyên nhân của sỏi thận; triệu chứng lâm sàng, biến chứng của sỏi thận;

- Trình bày được các cách điều trị bệnh nhân sỏi thận.

NỘI DUNG

1. Đại cương: Sỏi thận là một bệnh thường gặp. Nó chiếm khoảng 45% trong tổng số bệnh sỏi đường tiết niệu, sỏi thận do nhiều nguyên nhân phối hợp. Nó gây ra biến chứng nguy hại cho bệnh nhân.

2. Nguyên nhân: Sỏi thận do nhiều nguyên nhân và nhiều yếu tố tạo ra.

2.1. Nguyên nhân tại chỗ

- Nhiễm trùng đường tiết niệu

- Tổn thương ở vùng dưới liên bào của gai thận (trong trường hợp bị nhiễm trùng hay ngộ độc) hình thành một đám vôi và sỏi sẽ hình thành từ đám vôi đó.

- Nước tiểu bị ứ đọng lâu ngày gây nhiễm trùng và sinh sỏi.

- Nguyên nhân toàn thân

- Do rối loạn chuyển hóa các chất Oxalat, Urats, đặc biệt là rối loạn chuyển hóa canxi. Canxi tăng quá mức bình thường trong nước tiểu. Tăng canxi do chế độ ăn hoặc do rối loạn tuyến nội tiết, nhất là đo cường tuyến cận giáp trạng.

- Thiếu vitamin A: Tạo điều kiện làm sừng hóa các tổ chức liên bào đài bể thận.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Số lượng sỏi: Thường chỉ có một hoặc nhiều hòn sỏi

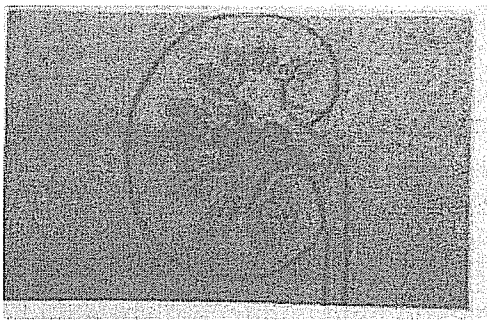
3.2. Vị trí sỏi

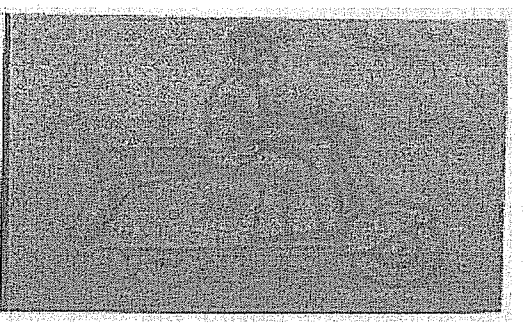
- Sỏi nằm trong nhu mô thận: Thường bé, cố định và ít phát triển

- Sỏi nằm trong đài thận: Hay gặp hơn, thường khu trú vạo đài dưới, cố định chỉ gây thương tổn một vùng thận.

- Sỏi bể thận: hay gặp và nguy hiểm nhất đặc biệt là sỏi san hô, nằm choán cả đài và bể thận, phá hoại nặng chức năng thận

3.3. Nhu mô thận: Khi sỏi nằm lâu ngày và to dần lên, ảnh thưởng đến chức năng của thận





Hình 14.1: Sỏi đài - bể thận *Hình 14.2: Đái máu, tắc đái khi vận động*

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng cơ năng

4.1.1. Cơn đau quặn thận điển hình: Đau quặn ở một bên vùng thắt lưng, xuyên ra trước lan dọc theo đường đi của niệu quản rồi tận cùng ở cơ quan sinh dục ngoài. Cơn đau thường xuất hiện sau lao động nặng hoặc đi xa. Kèm với cơn đau bệnh nhân có thể đái buốt, đái rắt hoặc đái máu. Nôn và buồn nôn. Cơn đau sẽ hết khi bệnh nhân đái ra sỏi hoặc giảm đau khi được nghỉ ngơi.

4.1.2. Đái ra máu: Thường gặp với các tính chất:

- Đái ra máu toàn bãi
- Xuất hiện ngay sau cơn đau quặn thận và giảm dần khi bệnh nhân nằm nghỉ.
- Hay tái diễn sau hoạt động mạnh hoặc đi lại nhiều.

4.1.3. Đái ra mủ: Đái ra mủ khi thận đã bị nhiễm trùng nặng. Bệnh nhân đái ra mủ nên nghĩ tới sỏi thận.

4.1.4. Đái ra sỏi: ít gặp, nếu đái ra sỏi giúp chẩn đoán chính xác hơn.

4.2. Triệu chứng thực thể

4.2.1 Khám trong khi bệnh nhân đang có cơn đau

- Có phản ứng cơ vùng thắt lưng.
- Ấn điểm niệu quản và điểm sườn lưng bệnh nhân rất đau.
- Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

4.2.2.Nếu thận đã giãn to

- Khám có dấu hiệu chạm thận và bập bềnh thận.

- Thăm khám trong giai đoạn đầu thường không thấy thận to.

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

- *Nước tiểu:* Tùy theo mức độ tổn thương và nhiễm trùng của thận mà xét nghiệm nước tiểu có: Hồng cầu, bạch cầu, tế bào mủ.

- *X quang (tuyến trên)*

+ *Chụp thận không chuẩn bị:* Thấy hình ảnh của sỏi.

+ *Chụp thận tĩnh mạch (U.I.V):* Cho biết thận có sỏi hay không và biết được chức năng của thận

+ *Chụp thận ngược dòng (U.P.R):* Bơm thuốc cảm quang đi ngược từ niệu quản lên thận, rồi chụp.

5. Biến chứng

5.1. Viêm bể thận: Bệnh nhân sốt cao, đau một bên thắt lưng, đái mủ, đái máu. Khám có phản ứng cơ vùng thắt lưng. Bệnh tiến triển từng đợt và hay tái phát.

5.2. Viêm tấy quanh thận: Toàn thân bệnh nhân suy sụp, sốt cao dao động, đau vùng thắt lưng. Vùng thắt lưng sưng nề, tấy đỏ, ấn mềm. Phải mổ dẫn lưu mủ.

5.3. Thận ứ mủ (viêm thận mủ): Là biến chứng nặng do thận ứ nước tiểu, nhiễm khuẩn rồi gây ứ mủ thận.Toàn thân bệnh nhân suy sụp, đái ra mủ, thận to đau.

5.4. Vô hiệu: Do sỏi đài thận di chuyển xuống niệu quản và mắc lại làm tắc niệu quản hoàn toàn và đột ngột cần phải xử trí sớm để tránh tình trạng ứ đọng nước tiểu ở thận. Lấy sỏi hoặc dẫn lưu bể thận cấp cứu.

6. Điều trị

6.1. Phòng bệnh

- Cần tẩy giun, sán thường xuyên để tránh những rối loạn và chuyển hóa chất.

- Đảm bảo chế độ ăn đủ các chất, hợp lý, thức ăn nên thay đổi.

- Cho uống đủ nước với những bệnh nhân phải nằm lâu dài.

6.2. Điều trị nội

- Được áp dụng trong trường hợp sỏi nhỏ và có thể di động ra ngoài theo đường tự nhiên hoặc đề phòng sỏi tái phát.

- Chú ý chế độ ăn: Nhiều quả, rau. Nên hạn chế ăn thịt, thức ăn có nhiều Canxi.

- Dùng từng đợt thuốc lợi tiểu đông và tây y

- Dùng kết hợp với thuốc tăng co bóp mạch như Prostigmin hoặc thuốc có tác dụng giãn cơ như Atropin hay Nospa.

- Dùng kháng sinh trong những trường hợp có nhiễm khuẩn.

6.3 Điều trị ngoại: Cần gửi bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị ngoại khoa./.

BÀI 15
BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

- *Trình bày được yếu tố và nguyên nhân nguy cơ của đái tháo đường;*
- *Mô tả được các triệu chứng của đái tháo đường;*
- *Trình bày được cách điều trị bệnh đái tháo đường.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Đái tháo đường là một bệnh mạn tính, do rối loạn chuyển hoá chất Glucid, dẫn đến lượng Glucose trong máu luôn cao, ngay cả khi đói. Đường máu cao quá ngưỡng, sẽ có đường niệu và gây nhiều biến chứng.

2. Nguyên nhân: Điều chỉnh đường huyết là vai trò của các tuyến nội tiết: Tụy, tuyến yên, tuyến thượng thận, tuyến giáp. Trong một số bệnh, các tuyến này vẫn không đảm đương được sự cân bằng và sẽ gây bệnh. Có hai loại nguyên nhân của đái tháo đường: Nguyên nhân ngoài tuỵ và do tuỵ.

2.1. Nguyên nhân ngoài tụy: Cường tuyến yên; Cường vỏ thượng thận và Cường tuyến giáp

2.2. Nguyên nhân do tụy: Sỏi tụy, viêm tụy, ung thư tụy

Nguyên nhân thuận lợi gây bệnh là: Yếu tố gia đình, người béo, nhiều tuổi, ít hoạt động về thể lực, hoặc hay sử dụng các thuốc lợi tiểu đào thải muối (Hypothiazit, Novurit).

2. Các yếu tố nguy cơ

-Béo phì (BM3>25)
- Tăng huyết áp; Rối loạn mỡ máu
- Tiền sử đẻ con trên 4 kg
- Tiền sử bị đái tháo đường thai nghén
- Gia đình có người bị đái tháo đường (Bố, mẹ, anh, chị em ruột)
- Tiền sử rối loạn dung nạp Glucose
- Chủng tộc da đỏ, da đen
- Người trên 45 tuổi

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Cơ năng, toàn thân: Lúc đầu rất kín đáo, không có biểu hiện gì. Sau bệnh tiến triển dần, với các triệu chứng:

1.1. Đối với tiểu đường typ 1

- Người bệnh thường trẻ, bệnh cảnh thường bị nhiễm toan Ceton.
- Uống nhiều, đái nhiều, người bệnh mất nước, rất khát và thích nước ngọt.
- Gầy nhiều do giảm đồng hoá và tăng dị hoá Protid, Lipid, làm teo các cơ, các tổ chức mỡ dưới da.
- Sút cân có thể từ 5 kg đến 10 kg trong vài tháng.
- Ăn nhiều người bệnh luôn có cảm giác đói, do vậy ăn rất nhiều.
- Mệt mỏi nhiều, hay bị nhiễm trùng; đặc biệt là nhiễm trùng da, sinh dục, tiết niệu.

1.2. Triệu chứng của tiểu đường typ 2: Thường gặp ở người bệnh lớn tuổi.

Phần lớn người bệnh có béo phì, biểu hiện của bệnh kín đáo, thường diễn biến tiềm tàng trong thời gian dài (có yếu tố gia đình). Biến chứng thường gặp là tăng áp lực thẩm thấu máu.

2. Triệu chứng thực thể: Thường thể hiện bằng các biến chứng của đái tháo đường:

2.1. Biến chứng cấp tính - Hôn mê do nhiễm toan ceton.

- Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu.
- Nhiễm toan acid lactic. Hôn mê do hạ đường huyết.

2.2. Biến chứng mạn tính

*** Biến chứng vi mạch**

- Biến chứng mắt: Bệnh võng mạc, đục thuỷ tinh thể.
- Bệnh thận do đái tháo đường.

*** Biến chứng mạch máu lớn**

- Suy mạch vành: Thiếu máu cơ tim gây đau ngực, nhồi máu cơ tim.
- Xơ vữa mạch và rối loạn chuyển hoá lipid.
- Tăng huyết áp.
- Bệnh động mạch chi dưới: Viêm động mạch chi dưới.
- Tai biến mạch máu não.

*** Biến chứng khác**

- Biến chứng ngoài da: Ngứa lan toả, nhiễm nấm sinh dục.

- Nhiễm trùng: Biến chứng vùng miệng: Viêm quanh răng. Biến chứng thần kinh ngoại biên: Viêm da dây thần kinh

3. Triệu chứng cận lâm sàng:

Rất cần thiết để chẩn đoán sớm và phát hiện mức độ nặng của bệnh.

Xét nghiệm. Đường máu lúc đói tăng: Trên 7 mol/l; Đường máu bất kì: Trên 11,1 mol/l .Hoặc sau làm nghiệm pháp tăng Glucose máu trên khi trên 11,1 mol/l

- Nước tiểu có Glucose (+)

- Urê và Creatinin có thể tăng

III. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG

Là một bệnh mạn tính, luôn bị đe dọa bởi các biến chứng đã nói ở trên. Hôn mê đái đường là biến chứng nặng nhất dễ gây tử vong. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào công tác chăm sóc, theo dõi và điều trị về thuốc cũng như chế độ ăn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống

- Nghỉ ngơi hoàn toàn trong giai đoạn cấp. Giai đoạn ổn định, làm việc bình thường, tránh lao động quá sức.

- Ăn: Hạn chế chất Glucid nhưng vẫn phải đảm bảo số Calo cần thiết cho mỗi ngày (2000 calo). Điều chỉnh lượng thức ăn theo kết quả xét nghiệm sinh hóa cho thích hợp. Ăn tăng Protid thực vật và nhiều Vitamin.

2. Thuốc

+ *Đái tháo đường typ I:* Bắt buộc phải điều trị bằng Insulin tiêm.

+ *Đái tháo đường typ II:* Insulin có loại nhanh (tác dụng cao nhất sau 2 giờ và hết tác dụng sau 8 giờ) và loại chậm (tác dụng cao nhất sau 5 giờ đến 6 giờ và hết tác dụng sau 12 giờ đến 16 giờ). Liều lượng Insulin được dùng phụ thuộc vào con số của đường niệu và đường máu

Các viên hạ đường máu: *Có nhiều loại:*

- Nhóm Sunfamid hạ đường máu thế hệ 1 như Tolbutamid, Chlorpropamid.

- Nhóm Sunfamid hạ đường máu thế hệ 2 như daonil, diamicron.

- Nhóm biguanid.

- Nhóm Mefomin./.

BÀI 16
VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

- Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của viêm khớp dạng thấp;

- Trình bày được hướng điều trị của viêm khớp dạng thấp.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Mở đầu

Viêm khớp dạng thấp là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh khớp mạn tính. Là bệnh mang tính chất xã hội vì sự diễn biến kéo dài và hậu quả dẫn đến tàn phế, ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt của bệnh nhân và gia đình. Nên rất cần được tuyên truyền giáo dục sức khoẻ, phòng bệnh, chẩn đoán sớm, quản lí tốt tại cộng đồng, có biện pháp điều trị thích hợp với điều kiện hoàn cảnh của từng tuyến góp phần điều trị hiệu quả hạn chế tàn phế.

Bệnh hay gặp ở nữ (70 - 80%), tuổi trung niên (60 - 70%).

Một số trường hợp bệnh có tính chất gia đình.

1.2. Nguyên nhân

Người ta coi viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn, có sự tham gia của nhiều yếu tố:

- Yếu tố tác nhân gây bệnh (chưa chắc chắn): Virus.
- Yếu tố cơ địa: Vì có liên quan HLA DR 24.

Vì bệnh liên quan đến tuổi, giới.

- Yếu tố di truyền: Viêm khớp dạng thấp có yếu tố gia đình.
- Yếu tố thuận lợi: Chấn thương, cơ thể suy yếu, mệt mỏi, lạnh ẩm kéo dài....

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Viêm khớp

* Giai đoạn bắt đầu (khởi phát).

- Vị trí: Có thể bắt đầu bằng viêm một khớp, thường là khớp gối, khuỷu, bàn tay

- Tính chất: Sưng đau rõ, ngón tay thường có hình thoi, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng.

- Diễn biến vài tuần, vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn rõ rệt.

* Giai đoạn rõ rệt:

- Vị trí: bàn tay, cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón, khớp gối, bàn chân, cổ chân, khớp khuỷu.

- Tính chất viêm:

+ Đối xứng (95%), ngón tay hình thoi,

+ Sưng phần mu tay hơn phần lòng bàn tay.

+ Đau tăng về đêm, gần sáng. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng (90%).

+ Sưng đau, hạn chế vận động, ít nóng đỏ, có thể có nước ở khớp gối.

- Diễn biến: Các khớp viêm tăng dần và nặng dần sang các khớp khác, dẫn đến dính khớp và biến dạng ở tư thế nửa co và lệch trục về phía xương trụ (bàn tay gió thổi, ngón tay hình cổ cò), khớp nối ở tư thế nửa co.

2.1.2. Triệu chứng toàn thân và ngoài khớp

* Toàn thân: Gày sút, mệt mỏi, ăn ngủ kém, da xanh, niêm mạc nhợt, rối loạn thần kinh thực vật...

* Da: Có hạt dưới da

* Cơ, gân, dây chằng, bao khớp:

- Teo cơ rõ rệt vùng quanh khớp tổn thương.

- Viêm gân: Achille...

- Dây chằng viêm co kéo, có thể giãn dây chằng.

- Bao khớp: Phình thành kén (kyste) hoạt dịch ở chân (kén Baker).

- Mắt: viêm giác mạc, viêm mong mắt, thể mi.

- Thần kinh: Do viêm và xơ dính phần mềm quanh khớp có thể chèn ép dây thần kinh ngoại biên.

- Thiếu máu nhược sắc (chưa rõ nguyên nhân).

- Rối loạn thần kinh thực vật.

- Nhiễm amyloid, thường là muộn.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm chung

- Công thức máu: Hồng cầu giảm, nhược sắc.

- Tốc độ máu lắng tăng, sợi huyết tăng.

- Điện di protein: Albumin giảm, Globulin tăng.

-Xét nghiệm miễn dịch:

+ Waaler Rose và latex;

+ Tế bào Hargrove (+) 5 -10%.

2.2.2. Dịch khớp:

Lượng mucin giảm, test mucin (+ + +) dịch khớp lỏng, vàng nhạt, giảm độ nhớt

2.2.3. Sinh thiết

* Màng hoạt dịch

- Hạt dưới da: Giữa hạt là đám lớn hoại tử dạng tơ huyết.

- Xung quanh có nhiều lymphocyt và tương bào.

2.2.4. X quang

- Giai đoạn đầu: Mất vôi đầu xương và cản quang phần mềm quanh khớp.

- Sau thấy hình khuyết nhỏ ở phần tiếp giáp sụn khớp, đầu xương, hẹp khe khớp.

- Cuối cùng huỷ hoại sụn khớp, dính khớp và biến dạng.

3. Điều trị

Phải điều trị kiên trì từng đợt, kết hợp điều trị nội, ngoại, vật lý, chỉnh hình, liên tục kéo dài trong nhiều năm. Nghỉ ngơi trong thời gian sưng đau nhiều. Tăng cường tập luyện, vận động, xoa bóp để tránh dính khớp và teo cơ.

Chế độ ăn nhiều đạm, nhiều calo, vitamin.

Thuốc chống viêm. Indometacin 25mg; Brufen (Ibuprofen) 200mg; Voltaren (Diclofenac); Mobic 7.5mg hoặc Piroxicam 20mg

Thuốc giãn cơ: dùng một trong các loại sau: Mydocalm 20mg hoặc Decontractyl

- Sau một tuần điều trị, bệnh có xu hướng nặng, ta dùng kết hợp với Corticoid: Prednisolon viên 5mg; Dexametazon 0,50mg; Methylprednisolon 40mg

* Điều trị bằng các thuốc chống thấp tác dụng chậm là thuốc điều trị cơ bản

- Thuốc chống sốt rét: Hydrochlroquin. Salazopyzin. Endoxan. Methotrexat.

* Khi bệnh ổn định, điều trị củng cố bằng một trong các loại thuốc chống viêm giảm đau với liều thấp. Indometacin, Brufen, Voltaren, Mobic hoặc Piroxicam... kéo dài.Kết hợp với vật lí trị liệu phục hồi chức năng; Xoa bóp, đắp nến, tắm suối nước nóng../.

BÀI 17
VIÊM XƯƠNG TUỶ XƯƠNG

MỤC TIÊU

- *Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm xương tủy xương;*
- *Trình bày được các phương pháp xử trí viêm xương tủy xương.*

NỘI DUNG

Viêm xương tủy xương cấp là một bệnh nhiễm trùng cấp tính. Bệnh bắt đầu ở vùng nối giữa đầu xương với thân xương dài như: Đầu dưới xương đùi, đầu trên xương cánh tay,xương chày, xương dẹt. Nếu điều trị không đúng bệnh chuyển sang giai đoạn viêm xương mãn tính, việc điều trị khó khăn.

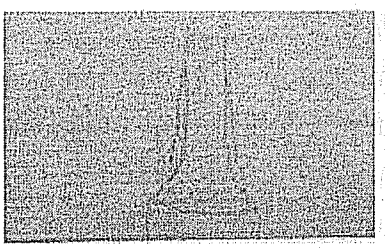
1.Nguyên nhân

1.1.Vi khuẩn gây bệnh

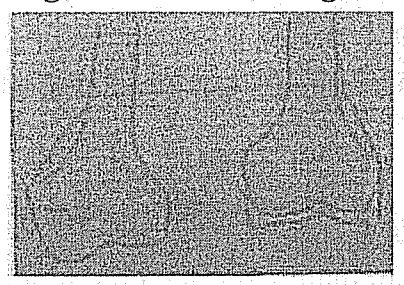
- Tụ cầu vàng chiếm từ 70% đến 90%
- Liên cầu chiếm từ 3% đến 5%
- Đường xâm nhập: khi da bị xây sát, qua đường máu.

1.2.Tuổi và điều kiện thuận lợi: Tuổi hay gặp từ 2 tuổi đến 14 tuổi.Chấn thương làm dập phần mềm và xương

2.Giải phẫu bệnh



Hình1: Xương bị phá hủy ở đoạn nối đầu xương với thân xương, màng xương bị tách khỏi xương.

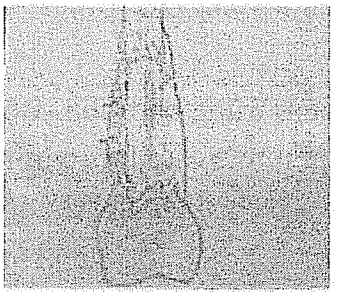


Hình 2: Ổ viêm phá vỡ lớp xương, viêm xương lan tới đầu xương đe dọa vào ổ khớp

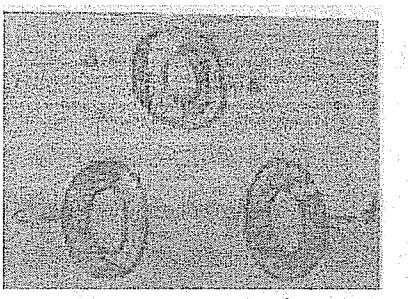
- Giai đoạn đầu: Tủy xương cương tụ và phù nề. Từ viêm chuyển nhanh sang làm mủ. Mủ chảy ra màng xương, làm cho xương viêm dày và tách ra khỏi thân xương.

- Thân xương bị tiêu hủy dần.

- Mủ và xương chết thoát ra ngoài gây lên lỗ rò



Hình 3: Hình xương tù với các lỗ dò phá ra ngoài xương



Hình 4: Các dạng xương tù(cắt ngang): A,b. Tù một phần của bề dày thân xương; c.Tù một nửa thân xương; d. Tù toàn bộ thân xương

3.Triệu hứng lâm sàng

3.1.Triệu chứng toàn thân: Bệnh khởi phát rất đột ngột và nặng: Sốt cao 39-40^{0}C, rét run, mạch nhanh nhỏ 120- 140 lần/phút, mệt mỏi, chán ăn, môi khô, lưỡi bẩn. Cũng có khi buồn nôn hoặc khó tiêu. Vài ngày sau xuất hiện dấu hiệu tại chỗ.

3.2.Triệu chứng tại chỗ

- Đau: Đau tự nhiên, đau ngày một tăng và dữ dội, có cảm giác như một vật gì đó xuyên vào khớp. Cử động của chi bị hạn chế.

- Biểu hiện rõ: Sưng nóng, đỏ, đau.

- Khớp gần đó sưng to và có dấu hiệu tràn dịch.

3.3.Xét nghiệm

- Máu: Bạch cầu tăng chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính.

- Nước tiểu: Trong nước tiểu có Anbumin.

- Xquang: Chụp phim có thể thấy màng xương bị viêm dày hoặc thấy mảnh xương chết.

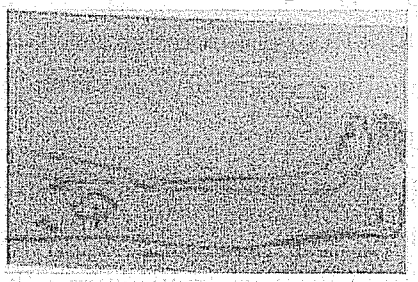
4.Chẩn đoán

4.1.Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng toàn thân: Có hội chứng nhiễm trùng.

- Triệu chứng cơ năng: Có cảm giác đau sâu ở đầu xương, cử động hạn chế do đau.

- Triệu chứng thực tế: Bệnh nhân đau khi ấn tay vào. Có hiện tượng nóng, đỏ. Sau 7- 10 ngày có thể có mủ và những mẩu xương chết gây ra.



Hình 17.5: Viêm xương mãn có mủ chảy ra

4.2.Chẩn đoán phân biệt

- *Thấp tim:*Đau nhiều khớp cùng một lúc. Hoặc đau từ khớp này chuyển sang khớp kia. Triệu chứng toàn thân không nặng nề.

- *Viêm khớp cấp:* Đau không lan xa, viêm khu trú ở khớp

- *Khớp bị sưng, nóng, đỏ, đau:*Cử động hạn chế;Có hạch ở gốc chi

- *Viêm cơ:* Có dấu hiệu lâm sàng khu trú và nhẹ hơn.

4.3.Xử trí: - Dùng kháng sinh liều cao và kết hợp

+ Nguyên tắc: Chẩn đoán bệnh sớm, dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, dẫn lưu mủ và tổ chức hoại tử (nếu có)

+ Ngay trước khi cho thuốc cần cấy máu, cấy dịch khớp, làm nhanh xét nghiệm dịch khớp hoặc bệnh phẩm mủ tại chỗ bằng phương pháp soi tươi nhuộm gram tìm vi khuẩn. Căn cứ kết quả soi tươi nhuộm gram kết hợp với các yếu tố nguy cơ dự đoán chủng vi khuẩn để lựa chọn ngay kháng sinh thích hợp - trước khi có kết quả cấy máu hoặc dịch mủ.

+ Kháng sinh thuộc nhóm diệt khuẩn, liều cao, khởi đầu dùng đường tĩnh mạch. Trong đa số các trường hợp nên dùng kháng sinh chống tụ cầu vàng liều cao (oxacillin,nafcillin, cefazolin hoặc vancomycin) nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn thêm VK gram âm cần kết hợp với một thuốc thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, hoặc aminoglycosid hoặc fluoroquinolon.

+ Khi có kết quả kháng sinh đồ, điều trị dựa vào kết quả đáp ứng và kháng sinh đồ. Các kháng sinh hay dùng tùy thuộc vào chủng vi khuẩn dự đoán. Do nhiễm tụ cầu vàng: oxacillin hoặc clioxacillin, cephazolin, clindamycin. Trường hợp tụ cầu vàng kháng methicillin có thể dùng vancomycin. Nếu do nhiễm liên cầu beta tan máu: benzylpenicillin (penicillin G). Khi nhiễm Salmonella spp: dùng ciprofloxacin (chống chỉ định ở phụ nữ có thai, trẻ em dưới 16 tuổi). Do nhiễm trực khuẩn đường ruột Enterobacteriaceae: peflacin hoặc ceftriaxon, ticarcilin, fosfomycin. Trường hợp nhiễm trực khuẩn mủ xanh: dùng ceftazidim kết hợp aminoglucosid.

- Kết hợp các thuốc điều trị triệu chứng (hạ sốt, giảm đau dùng nhóm Acetaminophen, giảm phù nề, sưng tấy)

- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim;Ăn đủ chất.

Đến giai đoạn sau bắt buộc phải phẫu thuật nạo xương viêm, ghép xương./.

BÀI 18
ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH NHIỄM TRÙNG VÀ TRUYỀN NHIỄM

MỤC TIÊU

- Trình bày được vị trí, tầm quan trọng và lịch sử nghiên cứu môn học truyền nhiễm;

- Trình bày được các khái niệm, tính chất, đường lây của bệnh;

- Trình bày được ảnh hưởng của các yếu tố ngoại cảnh và phân loại được bệnh truyền nhiễm;

- Trình bày được tính chất chung của các bệnh do virus;

- Kể được diễn biến dịch tễ, chẩn đoán và các nguyên tắc điều trị bệnh truyền nhiễm.

NỘI DUNG

1.Vị trí, tầm quan trọng của việc nghiên cứu môn học

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

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

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

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

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

2.Các khái niệm

2.1.Định nghĩa

Bệnh truyền nhiễm do một vi sinh vật (vi khuẩn, Ricketsia, virus) hoặc ký sinh trùng gây nên, có khả năng lây truyền từ người bệnh sang người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp (qua nước, thức ăn, vật dụng, côn trùng ...)

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

2.2. Hiện tượng nhiễm khuẩn: Hiện tượng nhiễm khuẩn bắt đầu khi vi sinh vật xâm nhập vào cơ thể vật chủ. Trong trường hợp vật chủ bị mắc bệnh nhiễm khuẩn thì diễn biến của bệnh rất phong phú.

- Xếp theo tiến triển của bệnh có thể tối cấp, cấp diễn, mạn tính.
- Xếp theo biểu hiện lâm sàng có thể điển hình, thể không điển hình...
-Xếp theo mức độ của bệnh có thể nhẹ, thể trung bình,thể nặng.

2.3.Bệnh sơ nhiễm: Là nhiễm khuẩn tiên phát, tức là khi cơ thể nhiễm vi khuẩn lần đầu.Ví dụ: Sốt rét tiên phát...

2.4.Bệnh tái nhiễm: Là mắc lại bệnh đó, do nhiễm lại mầm bệnh (mà trước kia đã mắc) thêm lần nữa.Ví dụ: Bệnh cúm...

2.5.Bệnh tái phát: Là khi bệnh đã ngừng phát triển một thời gian nhưng mầm bệnh cũ chưa bị tiêu diệt hẳn lại hoạt động trở lại. Ví dụ: sốt rét tái phát, thương hàn tái phát...

2.6. Bội nhiễm: Là bệnh truyền nhiễm đang tiến triển, chưa khỏi lại xuất hiện mầm bệnh nữa nhờ điều kiện thuận lợi đó mà xâm nhập gây bệnh nặng thêm.

Tóm lại: Sự phát triển nhiễm khuẩn là kết quả của sự tác động tương hỗ mầm bệnh với cơ thể vật chủ trong điều kiện nhất định của ngoại cảnh,

3.Tính chất của bệnh truyền nhiễm

3.1.Tính đặc hiệu

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

Mầm bệnh được xác định bằng xét nghiệm trực tiếp: Cấy bệnh phẩm (máu, phân, đờm, nước tiêu...) hay tiêm truyền các bệnh phẩm đó cho súc vật thí nghiệm hoặc gián tiếp bằng cách phát hiện các kháng thể đặc hiệu xuất

hiện trong cơ thể như các phương pháp chẩn đoán huyết thanh hoặc tìm dị ứng bằng chứng nghiệm trên da.

Vì vậy mà lâm sàng bệnh truyền nhiễm bao giờ cũng phải gắn liền với vi khuẩn học và ký sinh trùng học.

3.2. Tính lây truyền

Bệnh lan truyền từ cơ thể này sang cơ thể khác một cách trực tiếp hoặc gián tiếp: Từ người sang người, động vật sang người.

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

3.3. Tính chu kỳ

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

3.3.1. Thời kỳ nung bệnh: Là giai đoạn từ lúc vi khuẩn mới vào cơ thể người cho tới trước khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên. Nói chung thời, kỳ này hoàn toàn yên lặng, không có triệu chứng gì, dài ngắn tuỳ theo từng bệnh. Có khi rất ngắn (1 đến 3 ngày) như bệnh cúm, hoặc rất dài (6 tháng) như bệnh dại.

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

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

- Biết được thời kỳ nung bệnh tối đa của một bệnh, ta có thể cách ly và theo dõi những người nghi bị lây trong thời gian đó trước khi cho trở lại sinh hoạt trong tập thể.

Chu kỳ là kết quả của quá trình ký sinh và phát triển của mầm bệnh trong cơ thể vật chủ đồng thời là kết quả các đáp ứng của cơ thể vật chủ đối với mầm bệnh.

3.3.2. Thời kỳ khởi phát

Là những triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện nhưng chưa phải là lúc bệnh nặng và rầm rộ nhất. Bệnh truyền nhiễm thường khởi phát theo 2 kiểu: Từ từ và đột ngột. Hầu hết các bệnh truyền nhiễm đều có sốt và một trong những triệu chứng khởi phát đầu tiên nhất cũng là sốt.

3.3.3.Thời kỳ toàn phát

Là lúc bệnh phát triển rầm rộ nhất và thể hiện đầy đủ các triệu chứng nhất, đồng thời cũng là lúc bệnh nặng nhất. Các biến chứng cũng thường hay gặp trong thời kỳ này. Trong cùng một lúc có thể biểu hiện nhiều triệu chứng ở nhiều cơ quan khác nhau.

3.3.4.Thời kỳ lui bệnh

Do sức chống đỡ của cơ thể người bệnh tốt, mặt khác do tác động của điều trị, mầm bệnh và các độc tố của chúng dần dần được loại trừ ra khỏi cơ thể. Người bệnh sẽ cảm thấy đỡ dần. Nhưng triệu chứng của bệnh ở thời kỳ toàn phát cũng dần dần mất đi. Nếu không được can thiệp sớm và có hiệu lực, một số bệnh diễn biến kéo dài, tái phát với những biến chứng và hậu quả nghiêm trọng. Sau khi mầm bệnh và độc tố của chúng bị loại trừ ra khỏi cơ thể người bệnh thì những cơ quan bị tổn thương dần dần bình phục và trở lại hoạt động hầu như bình thường, có thể có những rối loạn không đáng kể. Bệnh nhân có thể ra viện về nghỉ ngơi hoặc tiếp tục lao động tuỳ theo khả năng bình phục. Đôi khi chu kỳ bị thay đổi do sự phát triển của bệnh tối cấp, biến chứng đột ngột hoặc do dùng thuốc.

3.4.Tính sinh miễn dịch đặc hiệu

Mầm bệnh vào cơ thể, cơ thể có phản ứng miễn dịch mạnh và bền vững. Bệnh cúm, bệnh lỵ, bệnh sốt rét, tạo miễn dịch yếu và tạm thời.

4.Phân loại bệnh truyền nhiễm

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

4.1.Bệnh truyền nhiễm đường tiêu hoá

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

- Yếu tố trung gian truyền bệnh là ruồi, bát đũa, tay bẩn
- Thường phát sinh và thành dịch vào mùa hè.
- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản:

+ Vệ sinh ăn uống.

+ Quản lý phân nước rác và diệt ruồi.

+ Tiêm chủng đặc hiệu.

4.2.Bệnh truyền nhiễm đường hô hấp Ví dụ: Bệnh cúm, bệnh bạch hầu

- Bệnh thường phát triển vào mùa lạnh.

- Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: Cách ly bệnh nhân, nhỏ mũi, đeo khẩu trang, vacxin phòng bệnh.

4.3. Bệnh truyền nhiễm đường da và niêm mạc

Ví dụ: Bệnh uốn ván, bệnh dại lây qua da và niêm mạc bị tổn thương.

Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: Cách ly bệnh nhân, điều trị sớm, cắt đứt đường lây, tiêm chủng phòng bệnh.

4.4.Bệnh truyền nhiễm đường máu

Do côn trùng trung gian mang mầm bệnh là muỗi: Bệnh sốt rét, sốt xuất huyết.

+ Côn trùng chân đốt thường hoạt động theo mùa trong những điều kiện nhất định của ngoại cảnh. Vì vậy bệnh truyền nhiễm dạng này cùng phát triển theo mùa và chỉ tồn tại trong những ổ thiên nhiên nhất định như sốt rét.

+ Biện pháp phòng chống dịch cơ bản: Điều trị sớm cho cơ thể mắc bệnh, diệt côn trùng trung gian truyền bệnh, cải tạo hoàn cảnh, chống muỗi đốt.

- Truyền máu và các sản phẩm của máu.

+ Biện pháp phòng chống cơ bản: An toàn trong truyền máu và các sản phẩm của máu, vô trùng các dụng cụ y tế.

Tóm lại, trên đây là bốn đường lây chính nhưng có bệnh không nhất thiết chỉ lây theo một đường mà có thể lây bằng nhiều đường khác nhau.

5.Ảnh hưởng của yếu tố ngoại cảnh tới vi khuẩn.

Sự phát triển của vi khuẩn chịu ảnh hưởng trực tiếp của các yếu tố môi trường xung quanh như yếu tố vật lý, yếu tố hoá học, yếu tố sinh vật.

5.1.Ứng dụng những yếu tố vật lý trong thanh trùng

5.1.1 Phương pháp dùng hơi nóng

- Nước đun sôi

- Phương pháp Pasteur. Đun nóng 62°C trong 30 phút, hoặc 72°C trong 20 phút, hoặc 75°C trong 10 phút. Phương pháp này đủ để diệt các loại vi khuẩn không bào tử.

- Hơi nước nóng dưới áp suất cao: Phương pháp này được thực hiện trong các máy hấp ướt.

- Hơi nóng nhiệt điện: Phương pháp này được thực hiện trong các máy hấp khô.

5.1.2. Phương pháp dùng bức xạ

- Tia phóng xạ

- Tia cực tim

5.2. Yếu tố hoá học

+ Các hoá chất có tác dụng giết vi khuẩn thì gọi là chất sát khuẩn. Các hoá chất có khả năng ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn gọi là chất chế khuẩn.

+ Một hoá chất có nồng độ lên cao thì lại là chất sát khuẩn.

- Chất tẩy uế: Là chất có khả năng sát khuẩn mạnh nhưng độc hại cho cơ thể nên chỉ dùng để tẩy uế đồ vật.

- Chất khử khuẩn: Là chất chống lại vi khuẩn mà không độc với cơ thể dùng để bôi ngoài da. Tác dụng của các chất tẩy uế và khử khuẩn phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Nồng độ của hoá chất. Thời gian tiếp xúc. Ảnh hưởng của nhiệt độ. Số lượng của vi khuẩn và sức đề kháng của chúng.

+ Một số hoá chất có tác dụng sát khuẩn thường được dùng:

- Axit và Bazơ.

- Muối kim loại: Muối đồng, muối bạc, muối thuỷ ngân.

- Các hợp chất của nhóm Halogen: Hợp chất Flo, hợp chất Iốt, hợp chất Clo.

- Chất phenol với nồng độ 5% để trong 24 giờ giết được những bào tử có sức đề kháng cao. Với nồng độ 1% trong 15 phút có thể giết hết các vi khuẩn đang phát triển.

- Cồn (rượu): Có tác dụng sát khuẩn nhẹ. Đối với rượu etylic, tác dụng sát khuẩn thay đổi tuỳ theo nồng độ cao nhất là 70° và sau đó thì tác dụng giảm, cồn nguyên chất (100%) không có tác dụng diệt khuẩn.

- Andehyt: Rất độc với tế bào vi khuẩn. Mạnh nhất của nhóm này là Foocmol.

- Các loại thuốc nhuộm.

5.3.Yếu tố sinh học

Trong quá trình tồn tại của vi sinh vật, nếu chúng phải sống trong điều kiện vi sinh vật khác thì có thể bị cạnh tranh, bị tiêu diệt, hoặc song song tồn tại.

5.3.1.Chất đối kháng hay là Bacteriexin: Một số vi khuẩn như Ecoli, trực khuẩn mủ xanh, tụ cầu, Bacilhis, Mycobacteries khi phát triển thì tổng hợp những chất đối kháng đối với các vi khuẩn cùng loại hoặc các vi khuẩn thuộc loại lân cận. Chất đối kháng có tên chung là Bacteriexin.

5.3.2.Một số vi khuẩn khi phát triển tổng hợp ra một chất làm thuận lợi vi khuẩn khác phát triển: Các hiện tượng đối kháng hoặc hiện tượng cộng sinh thường gặp ở các vi khuẩn gây bệnh cũng như ở các vi khuẩn hoại sinh. Hiện tượng đối kháng đã giúp ta khai thác được từ vi sinh vật một số thuốc kháng sinh mà hiện nay các thuốc này đã được sử dụng rộng rãi.

6.Tính chất chung của các bệnh do virus

Hiện nay các virus gây bệnh ngày càng nhiều. Nguyên nhân vì các tiến bộ về kỹ thuật để chẩn đoán và sự mất thăng bằng giữa vi khuẩn và virus vi khuẩn, nhưng vẫn bất lực với virus.

6.1.Về giải phẫu bệnh

- *Sự xuất hiện các vi thể trong tế bào.*Ví dụ: Vi thể Negri trong bệnh chó dại

- *Sinh tế bào và hoại tế bào:* Các tế bào bị nhiễm virus có 2 phản ứng:

+ Trước hết bị kích thích và tăng sinh rồi sau bị huỷ hoại đi như: Các nốt phỏng của đậu mùa, các tổn thương trong phổi người bị cúm.

+ Hai quá trình đó không nhất thiết phải đi đôi với nhau. Có khi chỉ có quá trình hủy hoại tế bào như ở trong bệnh bại liệt, các chứng não viêm, hoặc chỉ có quá trình tăng sinh như trong các hột cơm.

- Sự biến hoá thành sẹo: Quá trình hoại tế bào đưa tới sự thành sẹo.

Nêu sẹo ở trên thượng bì không gây tác hại gì quan trọng.

Di chứng nặng nề nếu sẹo trong các tế bào quan trọng như tế bào thần kinh trong bệnh bại liệt.

6.2.Về triệu chứng lâm sàng

- Mỗi bệnh virus có biểu hiện lâm sàng đặc biệt. Ví dụ: Bệnh bại liệt thì bao giờ cũng có bại liệt, bệnh viêm gan bao giờ cũng tổn thương gan.

- Vì không gây mủ nên không có sự di bệnh, trong công thức bạch cầu thấy bạch cầu bình thường hoặc giảm.

6.3.Cách diễn biến

Bệnh do virus, bệnh nhân hoặc tử vong hoặc khỏi, nói chung không chuyển sang mạn tính. Các virus vào tế bào gây sinh và hoại tế bào. Nếu các tế bào đó cần thiết cho sự sống (như trường hợp bệnh dại) bệnh nhân sẽ bị tử vong. Nếu tế bào đó không quyết định cho sự sống còn, các virus dần dần bị tiêu diệt, bệnh nhân sẽ có miễn dịch.

6.4.Các di chứng

Các di chứng là do sẹo gây ra. Di chứng nghiêm trọng hay không tuỳ nơi thành sẹo.

- Nếu là ngoài da thì sẹo chỉ ảnh hưởng về mỹ quan (như rỗ tổ ong bệnh đậu mùa).

- Nếu là tế bào thần kinh thì thật nghiêm trọng. Đó là sự bại liệt vĩnh viễn gây tàn tật của bệnh bại liệt. Biến chứng của loạn tâm thần làm đần độn, gây dại sau các chứng não viêm.

7.Diễn biến dịch tễ. Bệnh truyền nhiễm thường dễ phát thành dịch với các đặc điểm:

- Khả năng lan truyền và số người mắc bệnh cao
- Xảy ra cùng một lúc ở nhiều nơi.
- Người ta thường phân chia:

+ Dịch tản phát, xảy ra lẻ tẻ (ví dụ bệnh bại liệt)

+ Dịch lưu hành địa phương (ví dụ bệnh sốt rét)

+ Dịch bùng nổ, đại dịch (ví dụ dịch tả, dịch hạch)

8.Căn cứ chẩn đoán và phương hướng điều trị

8.1.Căn cứ chẩn đoán: Chẩn đoán B. truyền nhiễm thường dựa vào những căn cứ sau:

8.1.1.Dịch tễ

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

- Động vật nơi sống có gì đặc biệt (vì có bệnh lây lan từ súc vật sang người như bệnh than, bệnh dịch hạch),

- Khu vực sống hoặc đến công tác có ổ dịch lưu hành gì (sốt rét, dịch hạch), mùa phát bệnh.

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

8.1.2.Lâm sàng

Dựa vào những triệu chứng lâm sàng nổi bật và đặc trưng cho từng bệnh.

Đây là căn cứ có ý nghĩa khoa học và trong thực tế lâm sàng đôi khi là quyết định.

8.1.3.Xét nghiệm

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

- Xét nghiệm đặc hiệu: Yếu tố quyết định chẩn đoán, xác định được mầm bệnh hoặc các dấu ấn của mầm bệnh (kháng nguyên, kháng thể)

8.2.Phương pháp điều trị bệnh truyền nhiễm

8.2.1.Điều trị đặc hiệu

- Diệt mầm bệnh (vi sinh vật, ký sinh trùng)

- Thuốc diệt mầm bệnh thường là các loại kháng sinh, hoá dược hoặc thảo dược.

- Điều trị đặc hiệu quyết định làm khỏi bệnh triệt để.

8.2.2.Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

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

8.2.3.Điều trị triệu chứng

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

9 .Đặc điểm chăm sóc bệnh truyền nhiễm

+ Phục vụ các nhu cầu của người bệnh, giúp việc điều trị đạt kết quả tốt trong một số bệnh truyền nhiễm chăm sóc quyết định kết quả điều trị.

+ Nhằm mục đích phòng bệnh. Chất thải của bệnh nhân truyền nhiễm là nguồn lây rất nguy hiểm. Chăm sóc nhằm bảo đảm nguyên tắc cách ly người bệnh, cắt đứt đường lây để ngăn chặn sự truyền bệnh.

9.1.Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

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

Khoa truyền nhiễm là một ổ vi trùng, siêu vi trùng rất nguy hiểm.

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

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

9.2.Yêu cầu về lối làm việc của Khoa truyền nhiễm

9.2.1.Về mặt điều trị

- Cơ sở tiếp nhận, cách ly và hồi sức cấp cứu.
- Điều kiện chẩn đoán, xét nghiệm vi sinh phối hợp với đội vệ sinh phòng dịch.

9.2.2 Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm

- Cách ly bệnh nhân.
- Ngăn ngừa sự lây chéo trong khoa và bệnh viện.
- Kiểm tra bệnh nhân sạch trùng mới cho ra viện.
- Mặc đồng phục áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân.
- Không được mặc áo choàng ra khỏi bệnh viện.
- Bệnh nhân ở tại khoa đến khi xuất viện.
- Công nhân viên, bệnh nhân khám sức khoẻ định kì và tiêm chủng.

9.2.3.Chế độ báo dịch

- Kịp thời báo ngay khi có trường hợp nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm.
- Thủ tục báo từ khoa truyền nhiễm - Y vụ - Trạm vệ sinh phòng dịch.
- Có sổ báo dịch ghi họ tên, nghề nghiệp và địa chỉ chính xác.

9.2.4 .Công tác chăm sóc bệnh nhân truyền nhiễm

Cách ly người bệnh truyền nhiễm:

+ Cách ly tại nhà:Ví dụ: Bệnh sởi thường, bệnh thuỷ đậu không có biến chứng. Những bệnh này hạn chế tiếp xúc những người lành nhất là trẻ em. Cứ 1 người chăm sóc đã được tiêm chủng hay đã mắc bệnh rồi.

+ Cách ly tại buồng bệnh.

* Người bệnh nhiễm khuẩn thường có sốt: sốt là phản ứng bảo vệ của cơ thể, nếu sốt nhẹ không cần can thiệp. Tránh dùng tuỳ tiện các loại thuốc hạ nhiệt cần theo dõi tỷ mỉ nhất là trẻ em khi sốt cao thường dễ co giật, mê sảng. Khi hạ nhiệt cho bệnh nhân cần ưu tiên dùng phương pháp vật lý: Nới rộng quần áo, quạt nhẹ, chườm lạnh,khi thân nhiệt hạ đột ngột bệnh nhân có thể lạnh phải ủ ấm cho bệnh nhân. Sau cơn sốt bệnh nhân thường toát mồ hôi, khát nước. Vì vậy phải cho bệnh nhân uống đủ nước, lau người khô ráo và giữ yên tĩnh cho bệnh nhân ngủ.

* Chú ý chăm sóc da và niêm mạc.

* Chú ý nuôi dưỡng bệnh nhân: Cho bệnh nhân ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng, hợp khẩu vị trong giai đoạn cấp. Giai đoạn hồi phục, cho ăn về chế độ bình thường dần dần. Bệnh nhân không nuốt được phải cho ăn qua sonde và truyền dịch.

* Phải tiến hành tẩy uế thường xuyên và tẩy uế cuối cùng.

+ Tẩy uế thường xuyên nhằm làm sạch và diệt mầm bệnh hàng ngày ở buồng bệnh:

- Lau sàn nhà, tường nhà, bàn ghế, giường bệnh hàng ngày bằng khăn tẩm dung dịch sát khuẩn như: Cloramin từ 1 đến 3%

- Đồ vải ngâm vào dung dịch Cloramin là 0,5% hoặc giặt xà phòng phơi nắng và là. Đồ vải cần vô khuẩn cho hấp sấy.

- Đồ cao su, vải sơn, nilon: Rửa nước xà phòng rồi ngâm sublime 1%

- Bô, chậu: Rửa xà phòng rồi ngâm trong dung dịch Cresol từ 5% đến 10% hoặc nước xà phòng rồi gác lên giá cho khô. Thời gian ngâm từ 1 đến 2 giờ.

- Bệnh phẩm 1 phần + 2 phần thuốc sát khuẩn ngâm từ 1 đến 6 giờ hoặc có thể dùng Cloramin từ 1% đến 2% hoặc Clorua vôi 0,5%

Chú ý: Diệt ruồi, rệp, chấy rận, chuột…

+ Tẩy uế cuối cùng: Tiến hành khi không có người bệnh như: Rửa tường, sàn nhà, giường bệnh, mở đèn cực tím nếu có./.

BÀI 19
BỆNH SỐT RÉT

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, cách điều trị và phòng bệnh sốt rét;

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng sốt rét thể thông thường và sốt rét ác tính

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Sốt rét là một bệnh truyền nhiễm do Plasmodium gây ra. Bệnh được truyền từ người này sang người khác qua trung gian là muỗi Anopheles. Đây là một bệnh toàn thân, ngoài cơn sốt rét điển hình, còn có thể có các bệnh cảnh rất nặng gây tử vong.

1.2. Mầm bệnh

Ký sinh trùng sốt rét là một đơn bào, loài Plasmodium. Có bốn loại Ký sinh trùng sốt rét ở người: Plasmodium falciparum; Plasmodium vivax; Plasmodium ovale; Plasmodium malariae.

Trong đó P.falciparum và p.vivax chiếm ưu thế 95% các trường hợp trên thế giới, ở Việt nam cũng chỉ gặp hai loại này: P.falciparum chiếm 80%, P.vivax 20%.

* *Chu kỳ phát triển của Ký sinh trùng sốt rét:* Chu kỳ vô tính ở người và chu kỳ hữu tính ở muỗi:

* *Chu kỳ vô tính có hai giai đoạn:*

+ Giai đoạn trong gan (còn gọi là giai đoạn tiền hồng cầu): Thoa trùng do muỗi truyền sẽ qua máu trong thời gian ngắn (30 phút) rồi vào nhu mô gan, phân chia thành các merozoite gan (tiểu thể hoa cúc), từ đó lại xâm nhập vào máu. Với P.falciparum, thoa trùng phát triển nhanh thành merozoite gan, rồi vào máu nếu trong thời gian ngắn; Với P. vivax và P. ovale một số thoa trùng ở lại gan dưới dạng thể ngủ (hypnozoite) và sau từ 1 đến 6 tháng hoặc lâu hơn, mới phát triển thành merozoite gan để vào máu.

- Giai đoạn trong máu (giai đoạn hồng cầu) Các merozoite gan xâm nhập vào hồng cầu, phát triển qua thể nhẫn, sau thành thể tự dưỡng (non, già) thể phân liệt, cuối cùng phá vỡ hồng cầu và các merozoite hồng cầu từ trong thể phân liệt được giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể hữu tính (giao bào đực và cái gametocyte).

* *Chu kỳ hữu tính ở muỗi:* Giao bào được muỗi Anopheles hút vào dạ dày và phát triển thành giao tử (gamete), sau thành hợp tử (zygote) và chứng "di động" (Ookinete). Ookinete chui qua thành dạ dày và phát triển ở mặt ngoài dạ dày thành trứng (oocyste), oocyste lớn lên, vỡ ra và giải phóng thoa trùng, cuối cùng thoa trùng di chuyển về tuyến nước bọt muỗi để tiếp tục truyền vào người khi muỗi đốt người.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh: Bệnh nhân và người lành mang trùng (khi trong máu có Plasmodium ở thể hữu tính).

- Phương thức truyền bệnh:

+ Bệnh truyền từ người bệnh sang người lành thông qua vật chủ trung gian là muỗi Anopheles.

+ Các ký sinh trùng sốt rét còn có hai phương thức lan truyền khác:

- Qua truyền máu

- Qua rau thai: Thường gặp ở phụ nữ có thai sống trong vùng dịch tễ sốt rét bẩm sinh, sẩy thai, đẻ non.

2. Cơ chế sinh bệnh

Sốt rét là một bệnh toàn thân, gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan nội tạng khác nhau. Quá trình sinh bệnh của sốt rét do nhiều hiện tượng góp phần vào.

* *Thay đổi của hồng cầu:* Giảm khả năng thay đổi về hình thể, trên bề mặt hồng cầu tạo nên những nút lồi và không còn trơn nữa, Tăng tính kết dính vào thân mao mạch, giảm diện tích trên bề mặt hồng cầu. Giảm khả năng vận chuyển oxy và hồng cầu không bị nhiễm ký sinh trùng cũng dễ vỡ.

* *Tổn thương thành mao mạch:* Hay gặp sốt rét nặng, các mao mạch tăng tính thấm nước, protein thoát ra ngoài, dẫn đến tình trạng cô đặc máu.

* *Thay đổi của lưu lượng tuần hoàn:* Các vi động mạch bị co thắt, các vi tĩnh mạch giãn nở nên lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn toàn thân hay từng nội

tạng. Các hồng cầu còn rễ kết dính vào thành mao mạch do làm tắc nghẽn mạch máu.

* *Thiếu dưỡng khí ở các mô:* Do số lượng hồng cầu bị giảm, hồng cầu giảm khả năng chuyên chở oxy, lưu lượng tuần hoàn bị rối loạn, lưu lượng máu tới các mô bị suy giảm. Sự thiếu oxy bị xảy ra ở chính tế bào.

* *Hiện tượng đông máu nội mạch rải rác:* Kéo dài thời gian máu chảy máu đông, giảm các yếu tố V, VII, VIII, X, giảm fibrinogen, giảm tiểu cầu.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng một số thể bệnh thường gặp

3.1.1. Sốt rét thể thông thường

* *Nung bệnh:* Là thời gian từ ký sinh trùng sốt rét lần đầu tiên vào cơ thể cho đến khi có sốt. Thời gian dài hay ngắn phụ thuộc vào 3 yếu tố:

- Loại ký sinh trùng sốt rét: (P.falciparum từ 8 đến 12 ngày, p.vivax từ 12 đến 17 ngày; p.malariae từ 20 đến 50 ngày. P.Ovale trên 50 ngày).

- Mật độ ký sinh trùng sốt rét vào cơ thể.

- Cơ địa bệnh nhân: Mọi cá thể có khả năng tạo được kháng thể (tiền miễn dịch) không để sốt xảy ra, mặc dù ký sinh trùng sốt rét vẫn nhân lên mạnh mẽ trong cơ thể.

* *Khởi phát:* Thường kéo dài một tuần với: sốt, nhức, đầu, đau mỏi toàn thân, khát nước... Nếu được điều trị sẽ khỏi nhanh. Nhưng không được phát hiện và điều trị kịp thời thì bệnh nhân sẽ tiến triển thành sốt cơn hoặc sốt rét ác tính.

* *Toàn phát: (sốt cơn)*

- Cơn sốt rét điển hình trải qua 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn rét run:30-60 phút Bệnh nhân rét run cầm cập, nhiệt độ tăng cao dần.

+ Giai đoạn sốt nóng: 2 - 3 giờ, nhiệt độ tăng dần 39 - 40°C, kèm theo sốt, bệnh nhân thường nhức đầu, đau khắp người, mắt đỏ, da khô.

+ Giai đoạn vã mồ hôi: Sốt hạ dần và hết hẳn. Mồ hôi vã như vừa tắm, khát nước. Bệnh nhân dễ chịu.

- Cơn sốt xảy ra vào một giờ nhất định, đúng chu kỳ.

P.falciparum: 24giờ/1 cơn; P.vivax: 48giờ/1 cơn; P. malariae: 72giờ/1cơn

- Các triệu chứng gặp trước khi cơn sốt xuất hiện, triệu chứng báo hiệu là đau dọc sống lưng, ớn lạnh, ngáp.

- Cơn sốt chu kỳ sẽ tồn tại 1- 2 năm (với P.falciparum) nếu người bệnh ra khỏi vùng sốt rét, không bị tái nhiễm liên tục, có thể kéo dài 3 đến 6 năm (đối với P.vivax).

- Hậu quả của sốt rét cơn;

+ Thiếu máu: Mức độ thiếu máu phụ thuộc vào sự tan máu trong những cơn sốt, Thiếu máu từ từ, mãn tính nên người bệnh vẫn chịu đựng được.

+ Lách to: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Ký sinh trùng sốt rét, thời gian và cơ địa.

+ Các hậu quả khác như da màu đất, suy dinh dưỡng, sức đề kháng giảm. Không có biến chứng nội tạng như biến chứng vào não, suy thận....

3.1.2. Sốt rét nặng có biến chứng não (sốt rét ác tính - SRAT)

Đây là bệnh cảnh nguy kịch nhất của sốt rét mà lâm sàng biểu hiện chủ yếu là bệnh cảnh của tổn thương não và các phủ tạng khác, thường do P.falciparum gây nên. Bệnh cảnh có tỷ lệ tử vong cao nêu không được điều trị kịp thời.

** Triệu chứng lâm sàng:*

- Khởi phát: Thường theo 2 cách:

+ Đột ngột Bệnh nhân sốt 1 đến 2 ngày, rồi nhanh chóng đi vào hôn mê, co giật

+ Từ từ: Thường là biểu hiện như một cơn sốt rét sơ nhiễm kéo dài nhiều ngày do không được chẩn đoán và điều trị sớm.

- Toàn phát:

Các triệu chứng màng não:

+ Rối loạn tâm thần: Lo lắng, mất ngủ, lú lẫn, dần dần đi vào hôn mê co giật hoặc đột ngột rối loạn ý thức rồi hôn mê.

+ Khám thần kinh thấy tăng trưởng cơ lực lan toả, các dấu hiệu ngoại tháp nổi bật (dấu đa động), babinski nhất thời. Triệu chứng màng não nghèo nàn. Rối loạn thần kinh thực vật rất hay gặp. Sốt cao 41°C hoặc cao hơn, càng làm nặng thêm rối loạn chức năng thần kinh.

+ Đồng tử dãn phản xạ với ánh sáng kém.

+ Các bệnh cảnh đi kèm.

+ Thiếu máu, lách to.

+ Bệnh cảnh gan mật thường gan to vừa phải, hoàng đản, xuất huyết do suy gan.

+ Bệnh cảnh tiết niệu: Đái ít, vô niệu, ure huyết cao...

+ Bệnh cảnh suy hô hấp do viêm phù phế nang, phù phổi cấp lối loạn nhịp thở, ứ đọng đờm dãi.

+ Bệnh cảnh tiêu hoá: Nôn, ỉa chảy.

+ Bệnh cảnh tim mạch: Mạch nhanh nhỏ huyết áp hạ, shock cơ thể xuất hiện là nguyên nhân tử vong.

Ngoài ra còn có các thể lâm sàng khác: Thể gan mật, thể giá lạnh, thể tả, thể bụng cấp, sốt rét ác tính phụ nữ có thai, sốt rét ác tính trẻ em.

3.1.3. Sốt rét đái huyết sắc to (SRĐHST)

Là một thể bệnh đặc biệt của sốt rét có huyết tán cấp đái huyết sắc tố, thiếu máu nặng dễ dẫn đến truy tim mạch, suy thận cấp, tỷ lệ tử vong cao.

** Nguyên nhân:*

- Do ký sinh trùng sốt rét P.falciparum.

- Do thuốc: Quinine, Primaquinine, thường xảy ra ở người thiếu men G_6PD

** Lâm sàng:*

- Các triệu chứng chủ yếu:

+ Bệnh cảnh sốt rét.

+ Bệnh cảnh của tan máu cấp diễn: Sốt cao và rét run nhiều đợt, nước tiểu màu cà phê, thiếu máu nhanh, da vàng củng mạc mắt vàng.

- Các triệu chứng thứ yếu:

+ Hốt hoảng, lo sợ, nặng hơn là vật vã mê sảng.

+ Đau dọc sống lưng.

+ Mạch nhanh huyết áp hạ đôi khi tức ngực, khó thở.

+ Gan lách to, đau.

3.2. Xét nghiệm

- Huyết học: Công thức máu, hồng cầu giảm.

- Tìm ký sinh trùng sốt rét, Hematocrit, ure, Creatinin, đường huyết.

- Định tính Hemoglobin nước tiểu trong sốt rét đái huyết sắc tố.

4. Điều trị và phòng bệnh

4.1. Điều trị

4.1.1. Điều trị sốt rét thể thông thường

* *Do P. vivax:* Dùng Chloroquine viên 0,25g hoặc 0,3 g.

Người lớn: Ngày 1: uống 4 viên, chia 2 lần, cách nhau 6 giờ. Ngày 2: uống 2 viên -1 lần. Ngày 3: uống 2 viên -1 lần.

Trẻ em: Tổng liều là 25mg/kg. Ngày 1: uống 10mg/kg. Sau 6 giờ uống tiếp 5mg/kg. Ngày 2: uống 5mg/kg. Ngày 3: uống 5mg/kg.

- Sau khi uống hết thuốc, phải uống Primaquin (chống tái phát và tái nhiễm).

+ Người lớn: Primaquin 13,2mg x 4 viên/24 giờ x 5 ngày.

+ Trẻ em trên 2 tuổi Primaquin 0,25mg/kg X 10 ngày.

Chống chỉ định:

+ Trẻ em dưới 2 tuổi và phụ nữ có thai.

+ Bệnh nhân đái huyết sắc tố.

* *Do P.flalciparum:*

P.flalciparum có đặc điểm kháng thuốc, bởi vậy có nhiều phác đồ. Trong bài này, xin giới thiệu 2 phác đồ thông dụng:

- Phác đồ 1: Quininsulphat 30mg/kg/24 giờ lần uống trong 7 đến 10 ngày.

- Phác đồ 2: Artesunate (viên) 50mg : Ngày đầu: 4mg/kg/24 giờ. Từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5: 2mg/kg/24 giờ.

Sau khi sử đụng phác đồ 1 và 2, người bệnh phải tiếp tục uống Primaquin chống lây lan : Người lớn: 4 viên, chia 2 lần (một liều duy nhất) ; Trẻ em trên 2 tuổi: 0,25mg/kg (uống 1 lần).

4.1.2. Điều trị sốt rét ác tính

* Dùng một trong hai loại thuốc sau:

- Artesunate lọ 60mg, dung môi NaHCO3 5%ml để pha. Tiêm bắp: Ngày thứ nhất: Giờ đầu 2 lọ, giờ thứ 8:1 lọ. Những ngày sau: Mỗi ngày tiêm 2 lọ (nếu còn hôn mê). Nếu tiêm tĩnh mạch, thêm 5,4ml muối đẳng trương NaCl 9%. Tiêm tốc độ 3 - 4ml/1 phút. Cả đợt: từ 5 đến 7 ngày, tùy theo thời gian tỉnh, thời gian hết sốt và thời gian ký sinh trùng nhanh hay chậm.

- Quinine: Quinine Chlohydrate với liều tấn công 20mg/kg, pha vào huyết thanh ngọt 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong 4 giờ. Sau đó cứ 8 giờ lại truyền tĩnh mạch 1 liều 10mg/kg cho tới khi ra khỏi hôn mê. Nếu bệnh nhân đã uống được thì ngừng truyền để dùng thuốc viên tới đủ 7 ngày.

** Điều trị các biến chứng:*

- Hạ nhiệt: Chủ yếu bằng phương pháp vật lý (chườm mát,... cần thiết cho thuốc Paracetamol).
- Chống co giật: Diazepam.
- Chống phù não: Truyền manitol 10%- 500ml.
- Chống thiếu máu: Chỉ định truyền máu khi hồng cầu < 2 triệu/ml và Hematocrit < 20%).
- Chống mất nước và rối loạn điện giải.
- Chống suy thận: Nếu suy thận thực tổn, dùng Furosemid.
- Chống suy hô hấp.
- Chống bội nhiễm và loét: Sử dụng kháng sinh.

4.1.3. Điều trị sốt rét đái huyết sắc tố

Về cơ bản điều trị sốt rét đái huyết sắc tố giống điều trị sốt rét ác tính, tuy nhiên có những chú ý sau:

- Thuốc điều trị sốt rét: Chỉ dùng Artesunat tiêm tĩnh mạch liều lượng như mục điều trị sốt rét ác tính.
- Trong điều trị biến chứng phải đặc biệt chú ý chống thiếu máu và chống suy thận.

4.2. Phòng bệnh

- Diệt muỗi, bọ gậy: Phát quang bụi rậm, phun thuốc diệt muỗi.
- Đối với người: Nên ngủ màn để tránh muỗi đốt, màn tẩm Permethrin.

+ Những đối tượng chưa có miễn dịch sốt rét và mới vào vùng sốt rét, trong 6 tháng đầu, cần định kỳ uống thuốc sốt rét để có một lượng thuốc thường trực trong máu diệt những ký sinh trùng sốt rét đột nhập.

+ Với đối tượng đã mắc sốt rét, đi từ vùng sốt rét ra vùng lành: Cũng cần uống một đợt điều trị dự phòng cộng với điều trị giao bào nếu vùng này có muỗi sốt rét./.

BÀI 20
BỆNH UỐN VÁN

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng của uốn ván;

- Trình bày được cách điều trị và phòng bệnh uốn ván.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh uốn ván là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do Clostridium Tetani gây nên. Trực khuẩn sinh sản và tiết ra ngoại độc tố làm tổn thương các nơron vận động của thần kinh trung ương, gây co cứng cơ vân và co giật toàn thân. Bệnh diễn biến khó lường trước được, tỷ lệ tử vong cao.

1.2. Mầm bệnh

Trực khuẩn Clostridium tetani là một trực khuẩn Gram (+), yếm khí. Ở ngoài cơ thể, trực khuẩn tồn tại dưới dạng đa bào, phát tán ở không khí, đất, nước. Nha bào có sức đề kháng cao, có thể sống nhiều năm ở dưới đất khô.

Ngoại độc tố là một Protein có độc tính cao. Thành phần Tetanosparmin quyết định tính gây độc và hướng thần kinh gây nên các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của bệnh uốn ván.

1.3 Dịch tễ

+ *Nguồn bệnh:* Nha bào uốn ván có trong uất, bụi phân, ở ngoại cảnh.

+ *Đường lây*

Lây qua vết thương da và niêm mạc: Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thủ thuật chuyên môn không vô trùng. Thường gặp là những vết thương giập nát, bẩn, nhiều ngóc ngách, vết bỏng tiêm chích, đỡ đẻ không vô trùng, chảy mủ tại...

- Vết loét da niêm trường diễn: Lỗ dò viêm xương, viêm tai kinh niên.
- Vết thương, phẫu thuật sản phụ khoa, điều trị gãy xương hở.
- Phá thai phạm pháp.
- Không tìm thấy ngõ vào: Chiếm từ 10% đến 12%.

+ *Khối cảm thụ*

Bệnh uốn ván không có miễn dịch tự nhiên, nên tất cả những người chưa được tiêm vacxin uốn ván đều có thể bị bệnh.

Sau khi mắc bệnh uốn ván, không để lại miễn dịch, nhưng sau khi tiêm vacxin giải độc tố, uốn ván có miễn dịch 5 năm.

Bệnh hay gặp ở người nghèo, vùng nông thôn, miền núi, điều kiện vệ sinh và bảo hộ lao động kém, không có điều kiện tiêm phòng vacxin và SAT khi bị thương.

2. Cơ chế bệnh sinh

Độc tố uốn ván từ vết thương xâm nhập lên thần kinh trung ương bằng 2 con đường: Đường thần kinh hướng tâm và đường máu.

- Độc tố gắn vào các tế bào thần kinh ở các trung tâm vận động, tổ chức lưới, não cầu, hành não và tuỷ sống rồi chuyển qua các sinap tới tận cùng bản vận động của thần kinh cơ. Ngăn cản giải phóng các chất hoá học trung gian có tác dụng ức chế hoạt động của nơron thần kinh vận động Alpha và ở sừng trước tuỷ sống. Các nơron này không kiểm soát được, sẽ gây co cứng cơ và các cơn co giật cứng. Cũng như vậy, do mất đi sự ức chế mà các nơron giao cảm tiền hạch tăng lên. Làm tăng nồng độ các Catecholamin trong máu, dẫn đến các triệu chứng cường giao cảm và rối loạn thần kinh thực vật.

- Độc tố uốn ván từ vết thương vào máu và lan rộng tới các tận cùng thần kinh. Thời gian di chuyển trong nội bào của độc tố là tương đương cho tất cả các dây thần kinh, do đó dây thần kinh ngắn sẽ bị ảnh hưởng trước và dây thần kinh dài sẽ ảnh hưởng sau. Điều này giải thích các triệu chứng co cứng cơ xuất hiện kế tiếp nhau, đầu tiên là cơ nhai, sau đến các cơ đầu mặt cổ, cơ thân mình và cuối cùng là các chi.

3. Triệu chứng

3.1. Mô tả thể uốn ván toàn thể

3.1.1. Thời kỳ nung bệnh

Trung bình từ 7 ngày đến 14 ngày, ngắn nhất 48 giờ đến 72 giờ tính từ lúc bị thương đến lúc xuất hiện cứng hàm. Thời kỳ này hoàn toàn yên lặng, không có triệu chứng lâm sàng ngoài dấu hiệu viêm tay vết thương (nếu có).

Thời kỳ này càng ngắn thì bệnh càng nặng.

3.1.2. Thời kỳ khởi phát

Trung bình khoảng 2 -3 ngày tính từ lúc cứng hàm đến khi co cứng toàn thân.

- Thời kỳ khởi phát càng ngắn thì bệnh càng nặng.

- Bệnh nhân thấy người hơi mệt, nhức đầu, mất ngủ, mỏi quai hàm, nói khó, nuốt vướng, uống nước sặc, dần dần cứng hàm không há miệng rộng được.

- Thăm khám thấy:

+ Cơ nhai co cứng, nổi rõ khi cử động.

+ Dùng đè lưỡi cố mở rộng miệng ra, thì hai hàm răng càng khít chặt lại.

+ Không tìm thấy điểm đau rõ rệt ở vùng quai hàm.

+ Mọi cố gắng nhai nuốt thức ăn mềm đều làm cho các cơ mặt co lại.

3.1.3. Thời kỳ toàn phát

Kéo dài từ 1 tuần đến 3 tuần với các biểu hiện:

* *Co cứng cơ toàn thân:*Co cứng cơ toàn thân theo một trình tự nhất định, bắt đầu từ cơ nhai rồi đến các cơ mặt, cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cuối cùng là các cơ chi, tạo cho bệnh nhân ở tư thế "uốn ván".

+ Co cứng các cơ ở mặt tạo nụ cười nhăn nhó "đau khổ".

+ Co cứng các cơ ở cổ (làm nổi rõ cơ ức đòn chùm), cơ gáy (làm cổ ưỡn cong lên và cứng gáy(+)

+ Co cứng cơ lưng gây ưỡn cong lưng lên, đôi khi gặp uốn cong lưng tôm hoặc uốn cong nghiêng về một bên.

+ Co cứng cơ ngực, bụng, cơ hoành làm các múi cơ nổi rõ, di động theo nhịp thở kém, thở nông, sờ bụng cứng như gỗ.

+ Co cứng cơ chi: Tay thường ở tư thế gấp, chân duỗi thẳng cứng.

+ Co cứng cơ họng và thanh quản gây khó nuốt, khó thở, khó nói, đau họng.

+ Co cứng cơ ở tầng sinh môn, gây bí đái, táo bón.

* *Các cơn co giật cứng toàn thân:*

Trên nền co cứng cơ toàn thân liên tục xuất hiện các cơn giật cứng toàn thân. Cơn co giật thường xuất hiện tự nhiên hoặc khi có kích thích như: Tiếng động, ánh sáng chiếu, khám xét, tiêm chích, hút đờm rãi....

Tính chất cơn giật: Lúc đầu chỉ ở một vài nhóm cơ, sau lan tới tất cả các nhóm cơ. Thời gian một cơn từ vài giây đến vài phút hay hơn.

Số lượng cơn: Trong vòng 24giờ từ vài cơn tới hàng trăm cơn, có khi liên tiếp.

Cơn giật rất mạnh, gây đau đớn cho bệnh nhân, làm bệnh nhân lo âu sự hãi, trong khi bệnh nhân vẫn tỉnh táo. Trong cơn giật, bệnh nhân có thể tím tái do suy hô hấp, vã mồ hôi, uốn cong người lên hoặc sang một bên, có thể gây các biến chứng trong cơn như: Đứt và rách cơ, gãy xương, co thắt họng, cứng cơ hoành và thanh quản, gây ngạt và tử vong đột ngột.

◦ *Các triệu chứng khác:*

- Do rối loạn thần kinh thực vật nên:

+ Sốt tăng dần lên 39°C đến 40°C hoặc cao hơn.

+ Mạch căng và nhanh, đôi khi loạn nhịp.

+ Huyết áp tăng từng cơn hoặc liên tục, đôi khi cũng gặp nhịp tim chậm, huyết áp giảm và có thể ngừng tim đột ngột.

+ Tăng tiết đờm rãi, vã mồ hôi.

- Có tình trạng mất nước điện giải do sốt cao, vã mồ hôi, tăng tiết đờm rãi, ăn uống kém.

- Nhiễm toan: Do thiếu oxy dẫn đến chuyển hoá yếm khí gây toan máu.

- Thở nhanh, nếu suy hô hấp nặng, có thể rối loạn nhịp thở, tim tái.

3.1.4. Tiến triển

- Tiến triển tốt: Từ ngày thứ 10 trở đi, các cơn giật giảm dần, mạch, nhiệt độ trở lại bình thường. Miệng há to dần. Các cơ bớt co cứng rồi mềm dần ra, sau hàng tháng hồi phục.

- Tiến triển xấu: Bệnh cảnh ngày càng nguy kịch, thuốc an thần không kiểm soát nổi các cơn giật, có thể tử vong do suy hô hấp, ngừng tim trong cơn co giật kịch liệt.

3.2. Các thể lâm sàng khác

* *Uốn ván đầu:* Vết thương ở vùng đầu mặt, liệt dây thần kinh số 7 ngoại biên bên bị thương, cứng khít hàm, khó nuốt, hay bị co thắt thanh quản. Co cứng cơ và co giật có thê lan ra toàn thân.

* *Uốn ván nội tạng:* Uốn ván đi kèm theo những ổ nhiễm trùng ở sâu như: Viêm niêm mạc tử cung, sót rau, mở ổ bụng...Bệnh thường rất nặng, dễ tử vong.

* *Uốn ván rốn:* Do cắt rốn không vô trùng. Lâm sàng: Rốn ướt, rụng sớm (từ ngày thứ 4), bỏ bú, khóc bé rồi không khóc, mắt nhắm. Cơ bụng co cứng, tay nắm cứng, chân co cứng, sốt cao co giật, khó thở, tím tái, thỉnh thoảng có cơn ngừng thở. Tỷ lệ tử vong cao.

4. Biến chứng

- Biến chứng hô hấp: Ngừng thở đột ngột, bội nhiễm phổi, suy hô hấp cấp do tắc nghẽn đường thở, xẹp phổi.

- Biến chứng tim mạch: Ngừng tim đột ngột truy tim mạch do suy hô hấp.

- Biến chứng tiêu hóa: Xuất huyết tiêu hóa, bụng chướng do rối loạn hấp thu, táo bón.

- Biến chứng bội nhiễm: Nhiễm trùng răng; miệng, nhiễm trùng vết mở khí quản, loét do nằm lâu ở một tư thế.

- Tai biến điều trị;

+ Sau mở khí quản, bệnh nhân không thở đường mũi được.

+ Tai biến huyết thanh kháng độc tố. uậ^áp phát hiện từ ngày thứ 5 thứ 6 trở đi sau tiêm SAT. Phát ban dị ứng, sốt cao, co giật tím tái, ngừng thở.

+ Liều an thần cao kéo dài có thể làm cho hôn mê sâu lâu hồi phục, đặc biệt ở người nhiều tuổi.

5. Điều trị và phòng bệnh

5.1. Điều trị

5.1.1. Xử trí vết thương: Mở rộng, cắt lọc lấy hết dị vật và rửa nước oxy già, để hở. Vệ sinh hàng ngày từ 1 đến 2 lần tuỳ mức độ nhiễm trùng hoại tử vết thương. Phẫu thuật để loại bỏ các vết thương, ổ nhiễm trùng xấu (tử cung...) cần phải thận trọng và cân nhắc kỹ.

5.1.2. Thuốc: Trung hoà độc tố uốn ván: Huyết thanh kháng uốn ván (SAT) 10.000 đến 20.000 đơn vị. Phải thử test trước khi tiêm vì đây là huyết thanh ngựa.

- Chống co giật và co cứng cơ:

+ Là biện pháp quan trọng nhất. Có nhiều loại thuốc có thể được dùng.

+ Thuốc ưa chuộng nhất: Diazepan (Valium, Seduxen) dùng đường uống (qua sonde dạ dày) hoặc đường tĩnh mạch từ 3mg đến 5mg/kg/24h. Thuốc được rải đều 24 giờ, chia làm nhiều liều nhỏ (uống, tiêm) xen kẽ cách nhau 3-4giờ. Liều một lần, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, liều 24 giờ phụ thuộc vào mức độ co giật, co cứng và độ nhạy cảm với thuốc của từng bệnh nhân.

+ Hỗn hợp liệt hạch được dùng xen kẽ khi nhiều cơn giật mạnh, kéo dài liên tục : Chlopromazin 1mg/kg + Dolacgan 1 - 2mg/kg + Kháng Histamin tổng hợp 1mg/kg. Trộn lẫn tiêm bắp, mỗi lần từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/1 ngày và không kéo dài quá một tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

+ Các thuốc giãn cơ (chế phẩm curare.,.) như Flaxedil phải dùng liều tối thiểu và cần phải hô hấp hỗ trợ.

5.1.3. Các chú ý trong điều trị uốn ván

- Chống suy hô hấp (hút đờm dãi, mở khí quản khi cần thiết).
- Bồi phụ nước điện giải, năng lượng đầy đủ.
- Chống nhiễm trùng bội nhiễm: Penixilin.
- Vitamin B1, B6 và C
- Chống rối loạn thần kinh thực vật, khi mạch quá nhanh, dùng Propranololviên.

5.2. Phòng bệnh

- Phòng bệnh chủ động: Tiêm vacxin giải độc tố uốn ván Anatoxin (AT). Tiêm 3 mũi cách nhau một tháng. Sau đó cứ 5 năm, tiêm nhắc lại một mũi. Hiện nay ở nước ta, trong chương trình tiêm chủng mở rộng, đã tiêm phòng cho trẻ em và phụ nữ có thai. Các đối tượng khác nên tự nguyện.

- Phòng bệnh thụ động sau khi bị thương: Cắt, lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng. Dùng kháng sinh Penixilin. Tiêm SAT 1500 đơn vị (1 ống). Phải tiêm kèm AT để có miễn dịch chủ động.

- Đề phòng uốn ván rốn: Quản lý thai nghén, tránh đẻ rơi. Đỡ đẻ vô trùng. Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ khi mang thai./.

BÀI 21
BỆNH DẠI

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, dịch tễ, triệu chứng lâm sàng của bệnh Dại;

- Trình bày cách điều trị và phòng bệnh Dại.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh dại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus dại gây ra, bệnh chủ yếu của súc vật (chó, mèo...) lây sang người qua đường da và niêm mạc. Biểu hiện lâm sàng của bệnh chủ yếu là trạng thái kích thích tâm thần vận động, hoặc một hội chứng kiểu Landry. Khi phát bệnh tỷ lệ tử vong 100%.

1.2. Mầm bệnh: Virus dại thuộc họ Rhabdovirus, có cấu tạo ARN và có bao ngoài.

Pasteur chia virus dại ra làm 2 loại:

- Virus phân lập từ các động vật bị bệnh dại được gọi là virus *"đường phố"* có thời gian ủ bệnh dài và động lực cao, gây bệnh dại ở súc vật và người.

- Virus cấy truyền nhiều lần qua não động vật phòng thí nghiệm, được gọi là virus cố định có thời gian ủ bệnh ngắn gây bại liệt cho động vật nên mất khả năng gây bệnh cho người. Loại virus này dùng để sản xuất vacxin dại. Virus bất hoạt nhanh chóng bởi xà phòng, ete, cồn Iôt ở 60°C chết trong 5 phút, ở 100°C chết trong 1 phút. Tuy vậy ở nhiệt độ phòng virus có thể sống được từ 1 tuần đến 2 tuần. Vì vậy, đồ vật dính nước bọt chó dại, người bị dại được coi là nguy hiểm.

1.3. Dịch tễ

- Nguồn bệnh: Là thú hoang dại (chồn, cáo, dơi). Động vật nuôi như: Chó, mèo, ngựa, bò, cừu...

- Đường lây: Qua vết cắn, vết cào xước da và niêm mạc.

- Khối cảm thụ: Tất cả mọi người đều có thể mắc bệnh khi bị súc vật dại cắn, bệnh tăng về mùa hè.

2. 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 hành não. Rồi từ đấy, virus cũng theo đường thần kinh tới tuyến nước bọt và tản ra khắp hệ thống thần kinh. Virus có trong nước bọt chó dại, 10 ngày trước khi phát bệnh.

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

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

- *Thời kỳ nung bệnh.* Trung bình từ 20 ngày đến 60 ngày, có thể từ 10 ngày đến 1 năm, vết cắn càng gần mặt, thời gian ủ bệnh càng ngắn.
- *Thời kỳ khởi phát:* Triệu chứng phức tạp không rõ rệt:

Tại vết cắn: Có cảm giác ngứa, kiến bò, đau nhẹ ở vết cắn, người bệnh thay đổi tính nết, có thể buồn bã, lo lắng hoặc dễ bị kích động.Triệu chứng ít gặp: Ho, ớn lạnh, tiêu chảy, tiểu khó.

- *Thời kỳ toàn phải*

+ *Thể hung:* Thể hiện là một tình trạng kích thích tâm thần vận động là chủ yếu. Khi bệnh nhân trở nên hung tợn, điên khùng, gây gổ đập phá lung tung, nhanh chóng tiến tới hôn mê và tử vong.

Khi 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, gây triệu chứng sợ nước. Khát không dám uống, chỉ nhìn thấy hoặc nghe thấy tiếng nước chảy cũng gây tăng co thắt họng và rất đau. Tình trạng co thắt này tăng lên mỗi khi có kích thích dù rất nhỏ vào các giác quan như: Luồng gió nhẹ, mùi vị ánh sáng... nét mặt luôn căng thẳng, hoảng hốt, mặt sáng và đỏ, tai thính có thể có tình trạng kích thích sinh dục. Sốt tăng dần, vã mồ hôi, tăng tiết đờm dãi, rối loạn tim mạch và hô hấp, xuất hiện nhiều ảo giác. Tất cả triệu chứng trên xuất hiện thành từng cơn, ngày càng dày hơn, mạnh hơn, bệnh nhân có lúc tỉnh táo. Các triệu chứng nặng dần lên và tử vong trung bình từ sau 3 ngày đến 5 ngày do ngừng hô hấp và ngừng tim.

+ *Thể liệt:* ít gặp hơn thể trên. Thường gặp ở người bị chó dại cắn đã tiêm vacxin nhưng muộn. Thường không có triệu chứng sợ nước, sợ gió. Lúc đầu cơ thể thấy đau nhiều ở vùng cột sống, sau đó xuất hiện hội chứng liệt theo kiểu Landry: Đầu tiên liệt chi dưới, sau đó rối loạn cơ vòng, rồi liệt chi trên. Khi tổn thương tới hành não, thì xuất hiện liệt thần kinh sọ, ngừng hô hấp và tuần hoàn. Tử vong sau 4 ngày đến 12 ngày.

3.2. Cận lâm sàng: Tìm tiểu thể Negri ở não.

4. Điều trị và dự phòng

4.1. Điều trị

* *Điều trị tại chỗ vết thương sau khi bị súc vật cắn.* Nặn cho chảy hết máu ở vết cắn, rửa bằng xà phòng ba lần liền dội nhiều nước, rửa bằng các thuốc sẵn có như: Ete, cồn iốt...Tránh khâu vết thương sớm, trừ vết thương ở mặt, có thể tiêm phòng uốn ván và cho kháng sinh.

* *Điều trị huyết thanh kháng dại (seirum anti rabies):* Chỉ dùng cho các trường hợp bị cắn nặng: Như vết cắn rộng, sâu, nhiều vết cắn, bị cắn ở đầu mặt cổ, bởi một con vật biểu hiện dại.

Yêu cầu: Tiêm càng sớm sau khi bị cắn càng có hiệu quả tiêm trước khi tiêm vacxin. Cách tiêm: Có hai loại huyết thanh kháng dại:

- Huyết thanh kháng dại khác chủng lấy từ ngựa đã miễn dịch cao. Tiêm miễn dịch một lần duy nhất 40UI/kg nặng có thể tiêm quanh vết cắn, Để tránh tai biến sốc phản vệ có thể tiêm theo phương pháp Besredka và dùng thuốc kháng Histamin tổng hợp và chỉ tiêm ở các Trung tâm chống dại.

- Globulin miễn dịch, đồng chủng, đặc hiệu kháng dại. Tiêm bắp, vị trí tiêm ở mông một liều duy nhất là 20UI/kg nặng, ưu điểm: Không có tai biến, chịu đựng tốt, nhưng có nhược điểm là giá thuốc cao.

* *Tiêm vacxin:*

+ Chỉ định tiêm: Khi bị liếm, trên da có vết thương, bị cào, cắn bởi súc vật bị dại hoặc nghi ngờ bị dại mà con vật đã bị giết chết (mà không có điều kiện xét nghiệm để khẳng định bị dại hay không) hoặc đã trốn mất hoặc bị động vật hoang dã cắn. Khi bị súc vật có vẻ khoẻ mạnh cắn, phải theo dõi súc vật trong vòng 10 ngày nếu có bất kỳ biểu hiện ốm hoặc thay đổi tính tình cần phải tiêm ngay. Còn nếu khoẻ mạnh thì không cần tiêm.

+ Cách tiêm vacxin flienzalida: Tiêm 6 mũi trong da cách nhau một ngày với liều 0,2ml/ mũi cho người lớn, 0,1 ml/ mũi cho trẻ em. Trong quá trình tiêm thuốc phải nghỉ ngơi, ngủ sớm, kiêng bia rượu. Vacxin này có thể gây ra tai biến.

- Dị ứng: Tại nơi tiêm sần quầng, ngứa.

- Toàn thân sốt, phát ban, điều trị bằng thuốc kháng Histamin.

** Điều trị bệnh nhân khi đã lên cơn dại:* Hiện nay chưa có thuốc gì cứu sống bệnh nhân khi đã lên cơn, chỉ điều trị triệu chứng: an thần, để bệnh nhân nghỉ ngơi yên tĩnh, riêng biệt.

4.2. Biện pháp dự phòng

- Quản lý chó: Cấm thả chó ra đường tự do, phải tiêm phòng cho chó từ lúc chó được ba tháng tuổi. Nếu cho chó ra đường phải đeo rọ mõm, có dây xích, có người dắt, gia súc bị chó dại cắn cần giết chết ngay.

- Tiêm vacxin phòng dại bắt buộc cho gia súc, đặc biệt là chó, mèo. Tiêm vacxin phòng dại cho một số người có nghề nghiệp phải tiếp xúc nhiều với súc vật như: Thú y, chăn nuôi gia súc (chó, mèo...) chuyên nghiệp../

BÀI 22
NHIỄM HIV/AIDS

MỤC TIÊU

- Mô tả được tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam ;

- Trình bày được định nghĩa, phương thức lây truyền, các giai đoạn và các biểu hiện lâm sàng, chủ yếu của nhiễm HIV/AIDS ;

- Tuyên truyền, Giáo dục trong ngành và cộng đồng về phòng chống HIV/AIDS.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Trên thế giới

** Quá trình phát hiện:*

- Tháng 6 năm 1981, tại Mỹ đã phát hiện 5 thanh niên đồng tính luyến ái bị viêm phổi nặng do Pneumocystis carini ở Losangeles. Trước đó, tháng 3 năm 1981, nhiều trường hợp Sacom Kaposi bị chết được báo cáo tại Newyork. Đặc biệt ở đây là những bệnh nhân này đều thấy suy giảm nặng về hệ thống miễn dịch, trước khi mắc bệnh họ đều là những người khoẻ mạnh với hệ thống miễn dịch phát triển bình thường. Lúc này chưa biết nguyên nhân nhưng dựa vào yếu tố địa lý người ta cho rằng đó là bệnh truyền nhiễm.

- Năm 1982, nhiều nơi công bố căn bệnh tương tự thấy trên bệnh nhân ưa chảy máu, bệnh nhân truyền máu nhiều lần, người nghiện chích ma tuý, mẹ cho con,...từ đó nghi do virus (giống virus viêm gan về đường lây).

- Tháng 5 năm 1983 bắt đầu phát hiện virus.

- Năm 1986, hội nghị định danh quốc tế đã thống nhất gọi virus này là HIV (Human Immunodeíĩciency Virus). Gây hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrrome).

** Quá trình phát triển:* Dịch bắt đầu xảy ra ở các nước công nghiệp phát triển: Bắc Mỹ, úc và Tây Âu, Châu Á dịch đến muộn nhưng phát triển rất nhanh. Xu hướng dịch sẽ xảy ra ở các nước đang phát triển. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, khi một người được chẩn đoán là nhiễm HIV thì thực tế có khoảng 10 đến 100 người bị nhiễm virus này.

1.1.2. Ở Việt Nam

- Người nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tháng 12/1990 ở Tp Hồ Chí Minh

- Ở nước ta, phương thức lây truyền chủ yếu là do tiêm chích ma tuý (chiếm 65% đến 70%) và tình dục (chiếm 18,2%, chủ yếu đường mại dâm). Lây truyền theo đường tình dục tăng thì tỷ lệ phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV sẽ tăng.

1.2. Định nghĩa AIDS

AIDS là do tác động của virus gây suy giảm miễn dịch (HIV) làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật bình thường vẫn không gây bệnh này trở thành gây bệnh, tạo ra nhiễm trùng cơ hội cũng như làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính HIV gây ra.

1.3. Mầm bệnh

HIV là căn nguyên của AIDS, HIV thuộc họ Retroviridae nhóm Lentivirus gây nhiễm trùng chậm, ủ bệnh kéo dài từ 5 năm đến 10 năm.

- Sức đề kháng: Trong dung dịch virus bị phá huỷ ở 56°C/20'

+ Dạng động bị bất hoạt tính ở 68°C sau 2 giờ.

+ Diệt virus bằng cách: Đun sôi 20 – 30', hấp sấy, sấy khô hoặc: Hoá chất: Nước javen 0,1% ; Cloramin 2% ; cồn Etanol,...

- HIV có đặc điểm ái tính chủ yếu với các tế bào miễn dịch làm hệ thống miễn dịch của cơ thể suy sụp tạo điều kiện cho các nhiễm trùng cơ hội và ung thư dẫn đến tử vong.

1.4. Dịch tễ

- Nguồn lây: Người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS.

- Đường lây: Nghiên cứu về dịch tễ học thấy: Máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo đóng vai trò quan trọng trong việc lây truyền HIV. Từ đó hình thành 3 phương thức lây truyền:

+ Theo đường tình dục

+ Theo đường máu : Truyền máu và các sản phẩm của máu có HIV. Nguy cơ lây nhiêm trên 90%. Khi xét nghiệm máu HIV âm tính khả năng lây nhiễm vẫn có thể xảy ra (giai đoạn cửa số 6 đến 12 tuần đầu). Khi bơm tiêm

bị nhiễm HIV: Xảy ra cao ở người chích ma tuý theo đường tĩnh mạch. Các dụng cụ nhiễm HIV: Nhổ răng, thủ thuật... không được khử trùng hiệu quả.

+ Từ mẹ sang con: Sự lây nhiễm xảy ra trong lúc mang thai, trong cuộc đẻ và một thời gian ngắn sau đẻ (qua bú sữa mẹ).

2. Lâm sàng: 3 giai đoạn

2.1. Giai đoạn nhiễm HIV cấp

Khoảng 70% trường hợp sau nhiễm HIV từ 2 đến 8 tuần có triệu chứng:

+ Sốt, vã mồ hôi, đau bụng, mệt mỏi tăng dần, đau cơ khớp, nhức đầu.

+ Sưng hạch cổ, nách, lách to.

+ Rối loạn tiêu hoá.

+ Phát ban dạng sợi, sẩn ngứa trên da.

* *Về sinh học:* Tăng bạch cầu Lympho - Phát hiện kháng nguyên P24 trong máu.

* Sau biểu hiện sơ nhiễm có hoặc không có triệu chứng khoảng 6 đến 12 tuần, xuất hiện kháng thể đặc hiệu tức là huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính.

2.2. Giai đoạn nhiễm trùng không triệu chứng: Kéo dài từ 2 đến 8 năm hoặc lâu hơn, xét nghiệm HIV dương tính.

2.3. Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng

2.3.1. Giai đoạn lâm sàng: Bệnh viêm hạch dai dẳng toàn thân, thời gian trên 3 tháng: Hạch sưng to trên 1 cm đường kính. Xuất hiện ít nhất hai vùng nữa ngoài 2 bẹn. sốt, sút cân, ra mồ hôi đêm, ỉa chảy, (khoảng 50% trường hợp).

2.3.2. Giai đoạn lâm sàng 2: Thời kỳ đầu (nhẹ).

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.
- Xuất hiện các biểu hiện ngoài da và niêm mạc: Viêm da tuyến bã, ngứa, nấm vùng, chốp mép, loét miệng tái diễn.
- Zona trong vòng 5 năm cuối.
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn.

2.3.3. Giai đoạn lâm sàng 3: Thời kỳ trung gian (vừa phải).

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.
- Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân trên 1 tháng.
- Nhiễm Candida ở miệng.
- Lao phổi trong năm cuối.

- Các nhiễm khuẩn nặng xuất hiện (viêm phổi, viêm cơ mủ).

2.3.4. Giai đoạn lâm sàng 4: Thời kỳ muộn (nặng).

- Sốt
- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể.
- Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân trên 1 tháng.
- Các biểu hiện lâm sàng ở các cơ quan: miệng, mắt, da, hô hấp, tim mạch, tiêu hoá, thận, khớp cơ, thần kinh, tâm thần,...

3. Xét nghiệm

- Nuôi cấy virus.
- Tìm kháng nguyên P24.
- Huyết thanh chẩn đoán HIV dương tính.
- Tế bào TCD4 dưới 200/mm^3.

4. Điều trị các biện pháp phòng chống

4.1 Điều trị

- Điều trị trực tiếp trên HIV: AZT và DDI nhằm kéo dài cuộc sống. Tháng thứ 8 trở đi kết quả kém.
- Điều trị phục hồi miễn dịch.
- Điều trị nhiễm trùng cơ hội và các khối u.
- Điều trị sớm bằng thuốc ức chế HIV phát triển khi chưa có triệu chứng lâm sàng.
- Chăm sóc động viên hỗ trợ bệnh nhân.

4.2 Các biện pháp phòng bệnh

+ Phòng chống lây qua đường tình dục là ưu tiên số 1

- Giáo dục tình dục an toàn, lành mạnh.
- Khống chế nạn mại dâm.
- Điều trị các bệnh STD.

+ Phòng chống lây qua đường máu

- Kiểm tra HIV ở tất cả các mẫu máu truyền và các sản phẩm của máu.
- Hiến máu tự nguyện.

+ Phòng lây lan qua tiêm chích với các dụng cụ y tế

- Ngăn chặn buôn bán ma túy và việc dùng ống tiêm chung trong tiêm chích ma tuý.
- Vô trùng những dụng cụ y tế.

+ Ngăn chặn lây nhiễm từ mẹ sang con

+ Phòng nhiễm HIV trong nhân viên y tế

- Rửa tay trước và sau khi tiếp xúc bệnh nhân. Nếu da tổn thương không trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.

- Đeo găng tay khi tiếp xúc bệnh phẩm máu hoặc dịch của cơ thể.

- Cầm kim tiêm, dao... cẩn thận để tránh tổn thương.

- Mặc quần áo, tạp dề khi làm các thủ thuật, phẫu thuật và thay mỗi khi dùng.

- Dùng kính bảo vệ.

- Tránh hồi sức miệng - miệng mà thay bằng các phương tiện hồi sức khác./.

BÀI 23
BỆNH QUAI BỊ

MỤC TIÊU

- Mô tả được các triệu chứng bệnh quai bị;

- Trình bày được hướng xử lí của bệnh quai bị.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Bệnh quai bị (còn được gọi là bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai dịch tễ hay viêm tuyến nước bọt mang tai do virus quai bị) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây trực tiếp bằng đường hô hấp, hay gây thành dịch trong trẻ em, thanh thiếu niên do virus quai bị gây nên. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là viêm tuyến nước bọt mang tai không hoá mủ. Các tuyến nước bọt khác, tinh hoàn, tủy và hệ thần kinh trung ương cũng có thể bị tổn thương.

2. Dịch tễ học

+ Mầm bệnh

Mumpsvirus là virus nhóm ARN thuộc họ *Paramyxovirus*, có hướng tính gây bệnh với các tuyến (ngoại tiết) và thần kinh. Virus quai bị có sức đề kháng kém, bị bất hoạt nhanh khi ra ánh nắng,trong điều kiện khô nóng nhưng tồn tại lâu ở nhiệt độ thấp.

+ ***Nguồn bệnh:*** Là những người đang mắc quai bị cấp tính ở tất cả các thể.

+ ***Đường lây***

- Lây trực tiếp bằng đường hồ hấp qua tiếp xúc giữa người bệnh và người lành.

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

+ ***Đặc điểm dịch tễ***

- Bệnh gặp khắp nơi trên thế giới: và có thể xảy ra quanh năm nhưng thường thành dịch vào mùa đông - xuân.

- Bệnh thường xảy ra ở thanh thiếu niên trong cấđiậíp thể ở tuổi mẫu giáo, trường học, đơn vị tân binh.

+ ***Cảm thụ và miễn dịch***

- Cảm thụ: Tất cả những người chưa mắc quai bị, thường ở tuổi thanh thiếu niên. Trẻ dưới 2 tuổi và người già rất hiếm bị bệnh.

- Miễn dịch: Sau khi mắc bệnh có miễn dịch vững bền, tồn tại rất nhiều năm. Bệnh có tái phát, nhưng rất hiếm. Miễn dịch mẹ truyền cho con tồn tại khoảng 1 năm.

3. Lâm sàng

3.1. Thể điển hình

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

* Nung bệnh: Trung bình từ 18 ngày đến 21 ngày.

* Khởi phát: sốt 38- 39°C. Đau đầu, đau mỏi toàn thân, ăn ngủ kém.

* Toàn phát

- Sau sốt 24 - 28 giờ xuất hiện viêm tuyến mang tai. Lúc đầu sưng một bên, sau 1 đến 2 ngày sẽ sưng tiếp bên kia (thường sưng cả hai bên, ít gặp sưng chỉ 1 bên). Hai bên sưng thường không đối xứng (bên sưng to, bên sưng nhỏ), tuyến mang tai sưng to đôi khi làm mất rãnh trước và sau tai, có khi biến dạng mặt, mặt phình ra, cổ bạnh, cằm xệ.

- Da vùng tuyến mang tai bị sưng căng, bóng, không đỏ, ấn không lõm, sờ nóng, đau.

- Nước bọt ít, quánh.

- Khi tuyến mang tai sưng không rõ ràng hoặc lúc mới khởi bệnh cần tìm 3 điểm đau: điểm khớp thái dương - hàm, điểm mỏm xương chũm, điểm sau góc xương hàm dưới.

- Các triệu chứng khác:

+ Đau hàm khi há miệng, khi nhai, nuốt đau lan ra tai.

+ Họng viêm đỏ.

+ Sưng hạch góc hàm.

+ Vẫn sốt, đau đầu, có thể có nhịp tim chậm.

+ Có thể kèm viêm tuyến dưới lưỡi, dưới hàm.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, bạch cầu đa nhân trung tính giảm, lympho tăng tương đối, Amylaza máu và nước tiểu đều tăng.

* Lui bệnh: Bệnh tự khỏi trong vòng 10 ngày: Thường hết sốt sau 3 - 4 ngày, tuyến hết sưng trong vòng 8 -10 ngày, hạch sưng kéo dài hơn tuyến một

chút. Tuyến nước bọt không bao giờ hoá mủ (trừ khi bội nhiễm vi khuẩn), cũng không bao giờ bị teo.

3.2. Những thể lâm sàng khác

** Viêm tuyến nước bọt dưới lưỡi, dưới hàm*

- Thường đi kèm với viêm tuyến mang tai, hiếm khi riêng biệt.

- Khi viêm tuyến dưới hàm làm cằm xệ xuống, khó nuốt và nuốt đau. Viêm tuyến dưới lưỡi làm lưỡi lè ra.

- Xét nghiệm: Amylaza máu và nước tiểu đều tăng.

- Những thể khu trú ngoài tuyến nước bọt: Có thể xảy ra trước, cùng hoặc sau viêm tuyến nước bọt. Đôi khi không đi kèm viêm tuyến nước bọt.

** Viêm tinh hoàn (orchitis):*

- Hay gặp ở nam giới đang tuổi dậy thì hoặc đã trưởng thành.

- Là nơi khu trú hay gặp thứ hai sau viêm tuyến nước bọt mang tai.

- Thường bị một bên, ít gặp cả hai bên. Khi bị cả hai bên thì cũng sưng, cách nhau 2 - 3 ngày.

- Xuất hiện sau viêm tuyến nước bọt và khi các triệu chứng viêm tuyến nước bọt đã dịu đi. Thường vào ngày thứ 5 - 10 của bệnh, sốt xuất hiện trở lại hoặc sốt tăng lên, buồn nôn, nôn, tinh hoàn đau, nhất là khi đi lại và sưng to gấp 2 đến 3 lần bình thường, sờ thấy chắc, da bìu có thể nề, căng đỏ. Trong những trường hợp nặng có thể kèm thêm viêm thủng tinh, viêm mào tinh hoàn và tràn dịch màng tinh hoàn.

- Tiến triển: hết sốt sau 3 - 5 ngày; tinh hoàn giảm sưng từ từ, có thể 3 - 4 tuần sau tinh hoàn mới hết sưng đau, không bao giờ có mủ. Tinh hoàn có bị teo hay không phải đợi khoảng hai tháng sau.

4. Tiên lượng - Biến chứng và di chứng

* Tiên lượng: Nói chung là lành tính, hãn hữu có thể có tử vong do viêm não, viêm cơ tim, viêm tủy.

* Biến chứng và di chứng

- Phụ nữ có thai bị quai bị có thể bị sảy thai, đẻ non.

- Nam giới: Teo tinh hoàn, vô sinh.

- Đái thao đường do viêm tụy, điếc do tổn thương dây thần kinh số VIII.

5. Điều trị. Không có thuốc đặc trị, chủ yếu điều trị triệu chứng.

5.1. Thể viêm tuyến mang tai

- Hạ sốt nếu sốt quá cao, giảm đau (paracetamol), an thần nhẹ (seduxen, rotunda), dùng các vitamin B, C.

- Súc miệng bằng nước muối 0,9%, dung dịch Axit Boric 5%. Uống nước chanh, cam, ăn lỏng. Nằm nghỉ tại giường, hạn chế đi lại trong thời gian còn sốt, còn sưng tuyến (thường là 7 - 8 ngày đầu). Cách ly tối thiểu 10 ngày.

5.2. Thể viêm tinh hoàn

- Nằm nghỉ tại giường khi còn sưng đau. Mặc si- lip để treo tinh hoàn.

- Giảm đau: Chườm đá, uống paracetamol 0,5 X 1 viên/lần, cách 6 giờ uống 1 lần, dùng từ 3 - 4 ngày. Nếu đau tinh hoàn nặng dùng Efferalgan-Codein 1 viên/lần x 2 đến 3 lần/ngày.

- Giảm viêm: Cortanxyl 20 mg đến 30 mg/ngày, chia 2 lần, uống lúc no, dùng từ 3 ngày đến 4 ngày.

- Sau khi tinh hoàn đỡ sưng đau có thể dùng vitamin E 400 mg x 1 viên/ngày, dùng 1 tháng đến 2 tháng để tăng sinh tinh trùng.

6. Dự phòng

- Cách ly từ 10 -21 ngày (thường là 10 ngày).

- Đeo mạng khi tiếp xúc với bệnh nhân.

- Vắc xin sống giảm hoạt (thường kết hợp với các vắc xin khác như sởi...): liều 0,5 ml, tiêm dưới da một lần duy nhất phòng bệnh cho thanh, thiếu niên, nhi đồng chưa có miễn dịch (đặc biệt cho người chỉ có một tinh hoàn, nghe kém), vắcxin cho miễn dịch tốt, không có tai biến, bảo vệ được 3 năm đến 5 năm./.

BÀI 24
SỐT XUẤT HUYẾT

MỤC TIÊU

- Mô tả được các triệu chứng của sốt xuất huyết;

- Trình bày được hướng xử trí của bệnh sốt xuất huyết;

- Giáo dục nhân dân phòng bệnh sốt xuất huyết.

NỘI DUNG

I. Đại cương

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch do virus Dengue gây nên, bệnh lan truyền chủ yếu do muỗi Aedes aegypti. Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh sốt xuất huyết Dengue hiện đang lan truyền ở nhiều nước trên thế giới với khoảng 20 triệu người bị nhiễm virus Dengue và khoảng 500.000 trường hợp bị sốt xuất huyết Dengue phải nhập viện, trong đó chủ yếu là trẻ em. Tỷ lệ tử vong đến 5%, thậm chí cao hơn nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp.

Sốt xuất huyết dengue có thể gây bệnh cảnh nguy kịch, hội chứng sốc Dengue nhanh chóng dẫn tới tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

2. Tác nhân gây bệnh

Virus Dengue truyền bệnh từ người bệnh sang người lành qua muỗi Aedes đốt. Virus có ở trong máu người bệnh trong thời gian bị sốt.

Nước ta có 2 loại muỗi Aedes gây bệnh chủ yếu là Aedes aegypti và Aedesalbopictus. Muỗi Aedes hút máu ban ngày và thường hút máu nhiều nhất vào sáng sớm và chiều tối. Muỗi Aedes aegypti mình nhỏ, đen, có khoang trắng thường gọi là muỗi vằn, đậu ở nơi tối trong nhà, thường sống ở các đô thị.

Muỗi Aedes albopictus thích sống ở lùm cây, ngọn cỏ, phần lớn sống ở vùng nông thôn. Sau khi hút máu người bệnh, muỗi cái có thể truyền bệnh ngay nếu hút máu người lành hoặc virus nhân lên ở tuyến nước bọt của muỗi sau đó 8 - 10 ngày hút máu người lành có thể truyền bệnh.

Người ta thấy muỗi bị nhiễm virus Dengue có thể truyền bệnh suốt vòng đời của muỗi khoảng 174 ngày (5 - 6 tháng). Muỗi Aedes đẻ trứng, sau đó sinh ra bọ gậy (cung quăng) ở các dụng cụ chứa nước trong gia đình như

chum, vại, bể nước, lọ hoa, chậu cảnh... hoặc ở ngoài nhà như hốc cây có nước, máng nước, vỏ đồ hộp, vỏ chai... hoặc ở rãnh nước, ao hồ.

3. Triệu chứng

Các biểu hiện lâm sàng của nhiễm virus Dengue như: Sốt Dengue, sốt xuất huyết Dengue, sốt đơn thuần (hội chứng nhiễm virus).

3.1. Sốt Dengue (Dengue cổ điển)

- Nung bệnh: từ 3 - 15 ngày
- Khởi phát: những biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào lứa tuổi:

+ Trẻ còn bú và trẻ nhỏ có thể có triệu chứng sốt không đặc hiệu và phát ban.

+ Trẻ lớn và người lớn: Sốt cao đột ngột kèm nhức đầu, đau nhức 2 bên hố mắt, đau khắp người, đau cơ, đau khớp. Mệt mỏi, chán ăn.

- Toàn phát: Sốt cao 39 - 40°C, kèm theo các triệu chứng:

+ Xung huyết ở củng mạc mắt, đau nhức quanh nhãn cầu.

+ Đau cơ, đau khớp, mệt mỏi chán ăn.

+ Sưng hạch bạch huyết.

+ Phát ban ở ngoài da, ban dát sẩn hoặc ban kiểu sởi.

+ Đôi khi có xuất huyết ở da, niêm mạc.

+ Số lượng bạch cầu bình thường hoặc hơi hạ, tiểu cầu bình thường.

+ Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu).

+ Sốt thường trong vòng 2 - 7 ngày. Tiên lượng tốt, không xảy ra sốc.

3.2. Sốt xuất huyết Dengue

Lâm sàng sốt xuất huyết dengue không sốc;

- Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc: Sốt cao đột ngột, nhiệt độ 39-40°C, sốt kéo dài từ 2 - 7 ngày, sốt kèm các triệu chứng như: mệt mỏi, chán ăn, đau bụng ở thượng vị hoặc hạ sườn phải, đôi khi nôn, gan to: ở trẻ em hay gặp hơn người lớn.

- Hội chứng xuất huyết: thường xuất hiện vào ngày thứ 2 của bệnh.

- Các biểu hiện xuất huyết tự nhiên hoặc xuất huyết khi tiêm chích sẽ thấy bầm tím quanh nơi tiêm.

- Xuất huyết ngoài da: biểu hiện như các chấm xuất huyết, vết bầm tím, rõ nhất là xuất huyết ở mặt trước 2 cẳng chân, mặt trong 2 cẳng tay, gan bàn tay, lòng bàn chân.

- Xuất huyết ở niêm mạc: chảy máu cam, chảy máu chân răng

- Xuất huyết tiêu hóa: nôn ra máu, đi đại tiện ra máu. Khi có xuất huyết tiêu hóa nhiều, bệnh thường diễn biến nặng.

Sốt xuất huyết Dengue có sốc:

- Khi bị bệnh sốt xuất huyết Dengue cần theo dõi sốc là biến chứng nặng dễ đưa đến tử vong. Do đó phải thường xuyên theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, số lượng nước tiểu.

- Sốc thường xảy ra vào ngày thứ 3 - 6 của bệnh, nhiệt độ hạ xuống đột ngột, da lạnh, tím tái, bệnh nhân vật vã, li bì, đau bụng cấp. Sốc xuất hiện nhanh chóng với mạch nhanh nhỏ khó bắt, da lạnh nhớp mồ hôi: huyết áp hạ, huyết áp tối đa dưới 90mmHg hoặc huyết áp kẹp (khoảng cách giữa tối đa và tối thiểu (20mmHg) và bệnh nhân có thể tử vong trong vòng 12 đến 24 giờ.

Xét nghiệm

- Tiểu cầu: giảm dưới 100.000/mm^3, thường gặp vào ngày thứ 2 trở đi.

- Hematocrit) tăng trên 20%

4. Điều trị

+ Nguyên tắc điều trị:

- Bổ sung dịch thể sớm, đủ, tuỳ theo mức độ.

- Hạ nhiệt khi sốt cao (trẻ em dùng an thần) nhưng tránh dùng các thuốc có salixylat)

- Cần xử trí tốt mọi xuất huyết (nhất là khi có xuất huyết nặng), truyền máu khi xuất huyết phủ tạng nặng

- Phát hiện và xử trí sớm sốt.

- Nuôi dưỡng, săn sóc hộ lý tốt bệnh nhân.

+ Điều trị cụ thể

+ Sốt cao: Lau mát bằng nước ấm, dùng thuốc hạ nhiệt khi sốt trên 38.5°C : Paracetamol, trẻ em liều từ 10mg đến 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4 đến 6 giờ. Không dùng Aspirin, Analgin, Ibuprofen,

+ Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...) hoặc nước cháo loãng với muôi.

+ Truyền dịch: khi không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, truyền các dịch truyền: Ringer lactat, NaCl 0,9%, dung dịch cao phân tử.

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: Truyền Natribicacbonat 1,4%. Hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá- Bù NaCl.

- Thở oxy: Tất cả các người bệnh có sốt cần thở oxy.

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốt

+ Giữ ấm.

+ Khi đang có sốt cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15 - 30 phút 1 lần.

- Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ.

- Không dùng corticoid để điều trị sốc trong sốt xuất huyết Dengue.

* Tiêu chuẩn cho người xuất viện : Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo, mạch, huyết áp bình thường, số lượng tiểu cầu > 50.000/mm3.

5.Phòng bệnh

+ Phòng muỗi đốt: Muỗi truyền virus Dengue đốt người vào ban ngày, cho nên phải tự bảo vệ để tránh muỗi đốt : Mặc quần áo dài che kín tay chân. Dùng các dụng cụ bắt muỗi và diệt muỗi vào ban ngày. Dùng màn để tránh muỗi cho trẻ em, người già và những người khác khi ngủ ban ngày. Tác dụng của màn tốt hơn khi tẩm.

+ Phòng muỗi sinh sản: Muỗi truyền virus Dengue sống và sinh sản ở những nơi nước ứ đọng ở trong và xung quanh nhà

Đổ nước thừa ở chỗ ứ nước, máy điều hoà, ở các bể, thùng nước, xô, chậu...

Bỏ tất cả các vật dụng mà chứa nước đọng (chẳng hạn như ở chậu cây cảnh ...) ra khỏi nhà. Luôn luôn đậy kín tất cả các vật dụng chứa nước.

Thu nhặt và loại bỏ những dụng cụ mà nước có thể đọng lại như: chai, lọ, túi nhựa, lon đồ hộp, lốp xe đạp./.

BÀI 25
NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU

- Trình bày được cách gây bệnh của vi khuẩn và sức đề kháng của cơ thể mà phòng bệnh;

- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn;

- Trình bày được cách xử trí và một số thuốc kháng sinh nhiễm khuẩn ngoại khoa;

- Hướng dẫn được người nhà bệnh nhân hợp tác trong quá trình điều trị.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn ngoại khoa là sự xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể qua vết thương, vết mổ hoặc vi khuẩn đã khu trú sẵn tại một cơ quan của cơ thể, khi cơ quan đó bị tổn thương hoặc sức đề kháng của cơ thể giảm sút thì vi khuẩn sẽ hoạt động phát triển và gây bệnh.

Trong nhiễm khuẩn ngoại khoa vi khuẩn thường gây bệnh bằng cách làm mủ, gây hoại tử và gây hoại thư. Các vi khuẩn thường gặp là Liên cầu khuẩn, Tụ cầu và Trực khuẩn uốn ván.

2. Cách gây bệnh của vi khuẩn trong cơ thể và sức đề kháng của cơ thể

2.1. Cách gây bệnh của vi khuẩn trong cơ thể

- Vi khuẩn gây bệnh bằng cách sinh sản nhanh và ở độc tính cao hoặc thấp

+ Có loại vi khuẩn độc tính ít nhưng sinh sản nhanh rất nguy hiểm ví dụ: Liên cầu khuẩn.

+ Có loại vi khuẩn độc tính ít nhưng lại nhiễm độc nặng trực khuẩn uốn ván.

- Vi khuẩn tiết ra chất độc: Chất độc có vai trò như một kháng nguyên. Thành phần hoá học của chất độc này gồm có: Protit, Lipit, Gluxit. Chất protein trong vi khuẩn gọi là ngoại độc tố. Chất Lipit, Gluxit trong vi khuẩn gọi là nội độc tố.

- *Vi khuẩn tiết ra men để hoạt động:* Men của vi khuẩn làm phá huỷ protein của tế bào gây huỷ hoại tổ chức của tế bào, làm nhiễm khuẩn lan toả. Hay gặp trong nhiễm khuẩn yếm khí.

- *Vi khuẩn phát triển và mang theo các chất hoá học các chất Protein:* Khi vào cơ thể các chất Protein của vi khuẩn là một kháng nguyên. Cơ thể sẽ tạo ra kháng thể để trung hoà kháng nguyên đó và hạn chế vi khuẩn gây bệnh.

2.2. Sức đề kháng

2.2.1. Sức đề kháng tại chỗ: Khi vi khuẩn đột nhập vào vùng cơ thể thì bạch cầu trong cơ thể được huy động tới đó để chống đỡ bằng các hiện tượng thoát mạch và thực bào. Tạo nên hiện tượng nhiễm khuẩn tại chỗ, biểu hiện từng giai đoạn viêm, nung mủ đến hoại thư.

2.2.2. Sức đề kháng toàn thân : Tại ổ nhiễm khuẩn vi khuẩn lan ra toàn bộ cơ thể theo đường máu và đường bạch mạch. Cơ thể chống lại bằng cách tạo ra các kháng thể dưới ảnh hưởng của cơ quan tạo huyết và tuyến thượng thận.

- Nếu sức đề kháng của cơ thể tốt vi khuẩn sẽ khu trú lại.

- Nếu sức đề kháng của cơ thể kém thì vi khuẩn phát triển mạnh. Độc tố của vi khuẩn lan vào máu gây độc cho gan, thận và thần kinh.

2.2.3. Vai trò của thần kinh giao cảm trong nhiễm khuẩn

Độc tố của vi khuẩn kích thích thần kinh giao cảm làm co động mạch hoặc giãn mạch máu tại chỗ, những nơi xa tổn thương thì làm thoát huyết tương và huyết cầu, có thể gây hoại tử.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng tại chỗ

- Tại nơi nhiễm khuẩn có dấu hiệu: Sưng, nóng, đỏ, đau.

- Các ổ nhiễm khuẩn ngoại khoa nếu không được điều trị tích cực thì sau 72 giờ có thể tạo thành ổ mủ. Tuỳ theo từng loại vi khuẩn gây bệnh mà có tính chất mủ khác nhau như: Xanh, vàng, đặc hoặc loãng. Nếu là vi khuẩn yếm khí thì dịch đục lờ lờ.

3.2. Triệu chứng toàn thân

Tuỳ theo mức độ nhiễm khuẩn có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc như: sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, da xanh xám, tinh thần lơ mơ, có khi hôn mê, đái ít hoặc vô hiệu.

3.3.Xét nghiệm

- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao (BC đa nhân trung tính tăng trên 80%).

- Tốc độ máu lắng tăng.

- Cấy mủ để tìm vi khuẩn gây bệnh, soi tươi: Lấy dịch hoặc mủ tại vết thương soi tươi tìm vi khuẩn

4. Chẩn đoán nhiễm khuẩn ngoại khoa

- *Thăm khám* hỏi bệnh cặn kẽ và khám xét tỷ mỷ để phát hiện bệnh sớm và có hướng xử trí thích hợp.

- *Kiểm tra chất dịch:* Quan sát mủ chảy ra đặc hay loãng, màu xanh hay màu trắng, mùi thối hay không. Nếu có điều kiện lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn gây bệnh.

- *Làm các xét nghiệm cần thiết:* Xét nghiệm máu: Công thức máu, công thức bạch cầu, huyết cầu tố, tốc độ máu lắng.

Xét nghiệm nước tiểu: Đường niệu, Protein niệu.

- *Cấy máu ; Làm kháng sinh đồ.*

- *Làm sinh thiết tổ chức:* Trong bệnh nhiễm khuẩn do lao, do giang mai hoặc nấm.

5. Xử trí nhiễm khuẩn ngoại khoa

5.1.Nâng cao thể trạng cho bệnh nhân

- Đảm bảo chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng.

- Cho thuốc trợ lực, trợ tim, các loại vitamin và thuốc an thần.

- Chế độ nghỉ ngơi thoải mái.

- Đảm bảo chế độ vệ sinh cho người bệnh.

- Khắc phục tình trạng thiếu máu, thiếu các chất điện giải và thiếu đạm phải truyền máu truyền đạm, truyền dịch

- BN sau mổ phải cho vận động sớm để tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

5.2.Điều trị tại chỗ

- *Giai đoạn đầu:* Phải làm sạch vết thương lấy dị vật, cầm máu cố định.

- *Giai đoạn viêm tấy:* Không được phá vỡ hàng rào khu trú của ổ nhiễm khuẩn. Không gây dập nát các tổ chức đang viêm nhiễm. Chỉ được điều trị bằng kháng sinh thích hợp và theo dõi sự tiến triển của bệnh.

- *Khi có mủ:* Rạch dẫn lưu mủ triệt để, chăm sóc vết thương, không gây bội nhiễm.

5.3 Sử dụng kháng sinh

- Ở giai đoạn viêm kháng sinh có tác dụng tốt, hạn chế sự phát triển của vi khuẩn.

- Các loại kháng sinh hay dùng:

+ Penicillin: Thường được kết hợp với các chết ức chết beta- lactamase, acid clavulanic, sulbactan, tazobactam để tăng phổ kháng khuẩn ở vi khuẩn gram âm, staphylococcus nhạy với methicillin, các vi khuẩn yếm khí, vi khuẩn hiếu khí sản xuất được beta- lactamase...).

+ Cephalosporin: Cephalosporin thế hệ thứ nhất tác dụng mạn với staphylococcus nhạy cảm với methicillin, streptococci. Ít tác dụng với enterococci và các vi khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ hai: mở rộng tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm nhưng vẫn yếu đối với trực khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ ba: tác dụng mạnh với trực khuẩn gram âm nhưng ít tác dụng đối với staphylococci, streptococci. Tác dụng yếu đối với vi khuẩn yếm khí.

+ Monobactam: Aztreonam là kháng sinh duy nhất thuộc nhóm này. Có thể sử dụng an toàn đối với bệnh nhân dị ứng penicillin hay cephalosporin.

+ Quinolone: Fluroquinolone có tác dụng mạnh với các trực khuẩn gram âm, có độ khuếch tán vào mô tốt (đường uống và tiêm).

+ Aminoglycoside: Aminoglycoside được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng gram âm nặng.

Thuốc không có tác dụng đối với vi khuẩn yếm khí.

Nguy cơ đáng ngại nhất là độc tính trên thận và tổn thương dây thần kinh thính giác.

+ Metronidazole: Metronidazole có tách dụng mạnh với tất cả các vi khuẩn yếm khí nhưng không có tác dụng đối với các vi khuẩm gram âm và gram dương khác.

- Giai đoạn hoá mủ hoặc nhiễm khuẩn lan toả thì kháng sinh ít có tác dụng.

- Dùng kháng sinh sau 72 giờ mà bệnh nhân vẫn sốt phải nghĩ tới: Kháng sinh đã dùng không thích hợp. Còn một ổ nhiễm khuẩn nào đó.

6. Dự phòng

- Sơ cứu vết thương: cắt lọc, mở rộng vết thương lấy hết dị vật, cầm máu rồi bất động.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong ngoại khoa.
- Sử dụng kháng sinh đúng nguyên tắc.
- Sử dụng các loại Vacxin đặc biệt như Vacxin chống uốn ván.
- Tuyên truyền cho mọi người biết những tác hại của vết thương để đề phòng các tai nạn lao động, giao thông sinh hoạt./.

BÀI 26
ÁP XE NÓNG, ÁP XE LẠNH

MỤC TIÊU

- Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng của áp xe nóng;

- Trình bày được các phương pháp xử trí áp xe nóng, lạnh.

NỘI DUNG

I. ÁP XE NÓNG

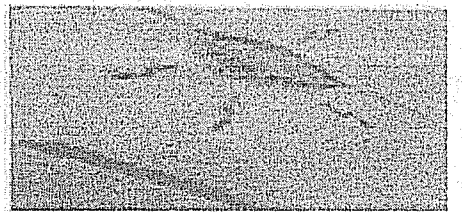
- Nguyên nhân: Do các loại vi khuẩn gây qua mủ như: Tụ cầu, liên cầu... Vi khuẩn xâm nhập qua da, niêm mạc hoặc theo đường máu tới một nơi nào đó trong cơ thể rồi gây ra áp xe nóng. Vi khuẩn tiết ra độc tố làm hủy hoại tổ chức, cộng với xác vi khuẩn và xác bạch cầu tạo thành ổ mủ. Tổ chức liên kết phát triển quanh ổ mủ hình thành ranh giới ổ áp xe.

1. Triệu chứng

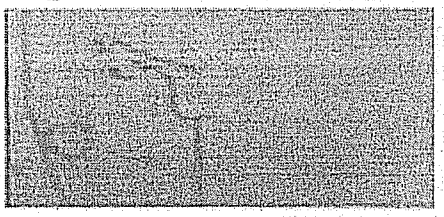
1.1.Giai đoạn đầu(viêm tấy)

*- Triệu chứng toàn thân:*sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, mạch nhanh, mất ngủ, kém ăn.

- Triệu chứng tại chỗ



Hình 1: Ổ áp xe nóng



Hình 2: Áp xe nóng - nổi hạch gốc chi Sưng - nóng - đỏ - đau

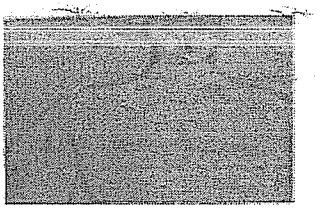
+ Nơi viêm sưng to. Sờ tay vào ổ viêm nóng hơn chỗ lành. Nhìn ổ viêm có màu đỏ.

+ Đau nhức vùng viêm, có thể nổi hạch ở gốc chi.

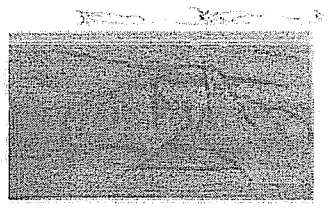
1.2 .Giai đoạn sau (sưng mủ)

- Triệu chứng toàn thân: Sốt cao, sốt dao động; Mệt mỏi, kém ăn, mất ngủ.

- Triệu chứng tại chỗ: Nhìn sưng to hơn ở nơi viêm; Đỡ đỏ hơn, ở đỉnh ổ áp xe có màu nhạt hơn; Ấn vào ổ áp xe mềm và đỡ đau; Có thể thấy dấu hiệu 3 động. Chọc dò qua da hút được mủ



Hình 3: Áp xe nóng giai đoạn viêm tấy



Hình 4: Dấu hiệu ba động khi có mủSưng - nóng - đỏ- đau

2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: Dựa vào 4 triệu chứng: Sưng, nóng, đỏ, đau.
- Cần phân biệt với:

+ ***Kén nhầy nhiễm khuẩn:*** Có một u từ trước

+ ***U máu:*** Màu tím đỏ, có nhiều mạch máu nhỏ ngoằn nghèo, ít đau, không sốt, tiến triển dài ngày.

+ ***Ổ máu tụ sau chấn thương:*** Khối u xuất hiện sau một tháng chấn thương. Tại chỗ không nóng, không đỏ, không sốt. Hút ra máu đen thẫm.

+ ***Khối phồng động mạch:*** U nằm trên đường đi của động mạch, sờ thấy mạch đập, nghe thấy tiếng thổi tâm thu.

3. Xử trí

3.1 .Ở giai đoạn đầu: Không được chích rạch, nặn mủ. Vì gây nên viêm tấy lan tỏa

- Dùng kháng sinh liều cao: Các nhóm kháng sinh dùng theo kháng sinh đồ:

+ Cephalosporin:

-Cephalosporin thế hệ thứ nhất: tác dụng mạnh với staphylococcus nhạy với methicillin, streptococci. Ít tác dụng với enterococci và các khuẩn gram âm.

- Cephalosporin thế hệ thứ hai: mở rộng tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm nhưng vẫn yếu đối với trực khuẩn gram âm.

- Cephalosporin thế hệ thứ ba: tác dụng mạnh với trực khuẩn gram âm nhưng ít tác dụng đối với staphylococci và streptococci. Tác dụng yếu đối với vi khuẩn yếm khí.

+ Aminoglycoside:Aminoglycoside được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng gram âm nặng.

+ Quinolone: Fluoroquinolone có tác dụng mạnh với các trực khuẩn gram âm, có độ khuếch tán vào mô tốt (đường uống và tiêm).

+ Metronidazole:Metronidazole có tác dụng mạnh với tất cả các vi khuẩn yếm khi nhưng không có tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm và gram dương khác

- Chườm nóng
- Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau
- Kết hợp cao tiêu độc đông y
- Dùng Vitamin các loại

3.2 .Giai đoạn có mủ

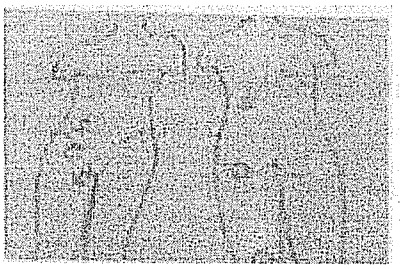
- Chọc hút nếu có mủ thì rạch rộng theo trục chi. Nếu ổ áp xe vú thì rạch theo hình nan hoa. Rạch chính giữa ổ mủ. Đặt lam cao su hoặc bấc dẫn lưu. Băng vô khuẩn vết rạch
- Dùng kháng sinh
- Chế độ ăn uống tốt. Có đủ Vitamin

II.ÁP XE LẠNH

1. Nguyên nhân

Thường gặp nhất là do trực khuẩn lao gây ra, nguyên nhân khác ít hơn là do nấm

2. Giải phẫu bệnh



Hình 26.5: Các vị trí điển hình áp xe lạnh do lao cột sống

2.1.Vỏ áp xe lạnh rất rắn: Tổ chức rắn xâm nhập vào tổ chức lành xung quanh, mặt trong của vỏ lôi, lõm, có màu thâm xám. Trong vỏ có nhiều củ lao

2.2.Mủ: Là một chất đặc lổn nhổn như bã đậu. Trong mủ bao gồm: Xác bạch cầu; Xác trực khuẩn lao; Chất Albumin

Sự hình thành mủ trong ổ áp xe lạnh: Lúc đầu xuất hiện củ lao, củ lao to dần, ở trung tâm củ lao bị hoại tử thành mủ tạo nên ổ áp xe, còn phần ngoài của củ lao vẫn tiếp tục phát triển. Khi áp xe vỡ, mủ thoát ra ngoài kéo dài và để lại xơ, sẹo dính…

3. Triệu chứng

3.1 .Toàn thân

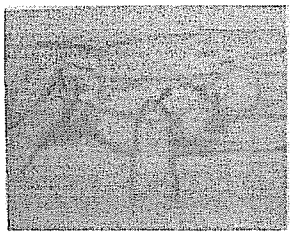
- Nếu chỉ có 1 ổ áp xe đơn thuần thì triệu chứng toàn thân không có gì đặc biệt.

- Nếu có tổn thương lao ở phổi, ở cột sống, triệu chứng toàn thân nổi bật là gầy sút, sốt về chiều, ra mồ hôi, thiếu máu, da xanh.

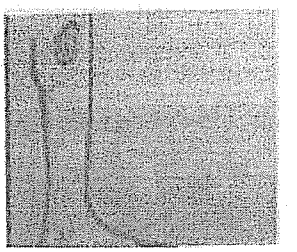
3.2. Tại chỗ: ổ áp xe lạnh diễn biến qua hai giai đoạn:

3.2.1 Lúc đầu: Ổ áp xe lạnh là một khối rắn, tròn, nhẵn, không đau, di động được.

3.2.2 Giai đoạn sau: U to ra ở giữa u mềm dần, khám thấy có dấu hiệu 3 động khi có mủ loãng, u không nóng, không tấy đỏ và không đau hoặc đau ít, khi u to gây chèn ép



Hình 26.6: Ổ áp xe lạnh



Hình 26.7: Áp xe lạnh đã vỡ

4. Tiến triển

Áp xe lạnh vỡ, mủ thoát ra để lại một lỗ rò lâu dài, bờ lỗ rò nham nhở, màu xám nhiều hốc.

5. Xử trí: Cần được giải quyết đúng. Không rạch hay để tự vỡ vì sẽ gây rò kéo dài

5.1.Ổ áp xe trung bình

Dùng kim chọc dò từ tổ chức lành vào ổ áp xe, sau bơm huyết thanh mặn 0,9% hoặc nước cất để làm loãng mủ rồi hút ra. Sau đó bơm Streptomixin vào ổ áp xe. (Dùng thông kim đậy kín nòng kim rồi mới rút kim ra. Sau đó ray lỗ chọc cho khít lại).

5.2. Ổ áp xe nhỏ: Mổ lấy cả bao của ổ áp xe lạnh

5.3 .Nếu ổ áp xe to quá hoặc đã tự vỡ: Mở rộng ổ áp xe, dùng thìa nạo sạch sau đó rắc bột Streptomixin vào. Nếu có tổn thương lao ở nơi khác phải dùng thuốc lao đặc hiệu theo phác đồ.Chế độ ăn uống cần bồi dưỡng đầy đủ cho bệnh nhân./.

BÀI 27
ĐỘT QUỴ NÃO

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng đột quỵ não;

- Trình bày được cách điều trị của đột quỵ não.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Tai biến mạch não (cerebro vasecular accident) còn được gọi là (stroke - đột quỵ não) xảy ra khi có gián đoạn sự cung cấp máu bình thường cho não

Bình thường não phải nhận được một dòng máu ổn định để duy trì các chức năng vì não không có khả năng dự trữ oxy và glucose.

Nếu dòng máu cung cấp cho não bị gián đoạn, thiếu máu cục bộ sẽ xảy ra ở tổ chức não và làm chết các tế bào thần kinh gây nên các dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Định nghĩa:

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: Tai biến mạch não là những thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ (không kể nguyên nhân chấn thương sọ não)

- Dịch tễ học:

Mặc dù số tử vong do đột quỵ có giảm trong vài năm qua, nhưng nó vẫn là nguyên nhân đứng thứ 3 gây tử vong ở Mỹ (sau bệnh tim mạch, ung thư). Mỗi năm nước Mỹ có thêm khoảng nửa triệu người bị đột quỵ và trên 50% có tăng huyết áp

Ở Việt Nam số người bị đột quỵ ngày càng tăng, đa số xảy ra ở người lớn tuổi, nhưng cũng có khi xảy ra ở người trẻ tuổi. Nam mắc nhiều hơn nữ từ 10% đến 15%

Có thể xảy ra ở bất cứ tuổi nào nhưng bị nhiều hơn ở người trên 45 tuổi và tăng hơn ở người trên 65 tuổi

- Phân loại: Có hai loại đột quỵ:

+ Đột quỵ do chảy máu não: Trong trường hợp này gọi là chảy máu vì máu thoát ra khỏi thành mạch vào nhu mô não

+ Đột quỵ do nhồi máu não:

◦ Tắc mạch bởi cục máu đông hình thành tại chỗ do vữa xơ động mạch não

◦ Tắc mạch do cục máu đông từ nơi khác đến động mạch não, hay gặp trong hẹp van hai lá có loạn nhịp hoàn toàn hay trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- Những yếu tố nguy cơ của tai biến mạch não:

+ Ba yếu tố cơ bản là: Tăng huyết áp, tiểu đường và bệnh tim mạch

+ Các yếu tố nguy cơ khác là: Thuốc lá. Tiêm chích heroin; Béo phì. Lối sống trì trệ ít hoạt động. Cholesterol, triglycerid máu tăng cao...

+ Ngoài ra còn có thể do vỡ phồng động mạch hoặc vỡ phồng động tĩnh mạch não, thường xảy ra ở người trẻ tuổi.

2. Triệu chứng

Tuỳ theo động mạch não bị tổn thương và vùng não do động mạch đó chi phối mà các thiếu hụt chức năng thần kinh có thể khác nhau

Bệnh cảnh điển hình thường xảy ra ở một người lớn tuổi có tiền sử tăng huyết áp hoặc vữa xơ động mạch và có thể có bệnh tiểu đường.

Bệnh nhân đột ngột có thể xuất hiện các triệu chứng sau:

- Liệt nửa người (bên trái hoặc bên phải do tổn thương bán cầu đại não phải hoặc bán cầu đại não trái)

- Liệt nửa mặt cùng bên hoặc khác bên so với liệt nửa thân với các biểu hiện như miệng méo, nhân trung lệnh về bên lành, nước miệng chảy ra bên liệt.

- Rối loạn ngôn ngữ: Có thể thất ngôn, khó nói, nói ngọng, thất đọc (nếu tổn thương vùng tiếng nói trên bán cầu đại não trái)

- Rối loạn về nuốt: nuốt khó, nuốt sặc do liệt màn hầu hết tổn thương dây IX, X, XI, không nhai được nếu tổn thương dây V

- Rối loạn cơ tròn: đái ỉa không tự chủ hoặc bí đái, bí ỉa

- Rối loạn nhận thức: lũ lẫn, thờ ơ, suy giảm trí nhớ. Nặng hơn có thể hôn mê: dễ gây tắc đờm, tụt lưỡi.

- Rối loạn kiểu thở (Cheyney - Stokes), suy hô hấp.

3. Điều trị: Khi đã có tai biến mạch não xảy ra thì điều trị càng sớm càng tốt.

3.1. Giai đoạn cấp

- Hồi sức toàn diện gồm:

+ Hô hấp: hút đờm dãi, đặt nội khí quản, thở máy

+ Tim mạch: duy trì mạch huyết áp, cho phép giữ huyết áp ở mức 150/100 mmHg để đảm bảo cung cấp máu cho não (không nên hạ huyết áp quá nhanh khi đã có TBMN)

+ Chống phù não và tăng áp lực nội sọ: Dung dịch Mannitol 20% truyền nhanh tĩnh mạch

- Tăng cường chăm sóc và nuôi dưỡng
- Giải quyết các biến chứng: nhiễm trùng, loét...
- Một số thuốc hỗ trợ:

+ Thuốc chống đông (heparin, aspirin...): trường hợp tắc mạch máu não

+ Thuốc giãn cơ trơn mạch máu não: nimodipin, cavinton...

+ Thuốc bảo vệ và dinh dưỡng tổ chức não: cerebrolysín, nootropyl, tanakan...

3.2. Giai đoạn ổn định

Chủ yếu là điều trị phục hồi chức năng nhằm cải thiện khả năng tự chăm sóc và hoạt động thể lực cho người bệnh.

4. Phòng bệnh

- Quan trọng nhất là ngăn ngừa và kiểm soát huyết áp, tiểu đường và các bệnh tim mạch không để xảy ta tai biến mạch não tai biến mạch não.
- Tránh các yếu tố nguy cơ khác: tránh hút thuốc, kiềm chế trọng lượng, giảm cholesterol máu, kiểm soát đường máu.
- Ngăn ngừa đột quỵ do tắc mạnh bằng phát hiện và điều trị sớm bệnh van tim, rung nhĩ viêm nội tâm mạch nhiễm khuẩn
- Giáo dục thanh niên không tiêm chích ma túy để ngăn ngừa đột quỵ do nghẽn mạch./.

BÀI 28
CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

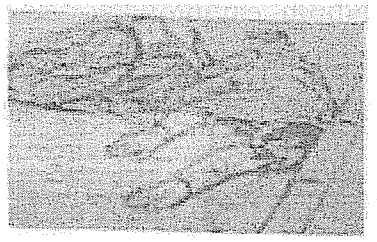
MỤC TIÊU

- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của chấn thương sọ não kín. Đặc biệt là triệu chứng của khối mủ tụ ngoài màng cứng;

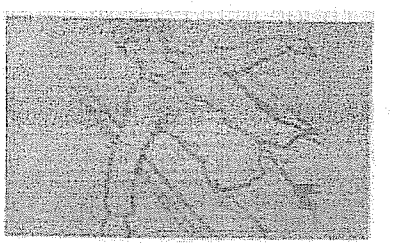
- Trình bày được cách xử trí bệnh nhân bị chấn thương sọ não kín.

NỘI DUNG

Chấn thương sọ não kín là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tổn thương thường phức tạp. Điều trị khó khăn nên cần khám kỹ để phát hiện sớm



Hình 1: Tai nạn giao thông



Hình 2: Hôn mê sau chấn thương

1. Triệu chứng và các thể lâm sàng. Tùy theo mức độ tổn thương thể hiện lâm sàng:

1.1 .Chấn động não

- Là thể hay gặp nhất

- Sau một chấn thương vào đầu bệnh nhân bị mê khoảng vài phút đến vài giờ sau tỉnh lại. Kêu đau đầu chóng mặt buồn nôn hoặc nôn. Sau 7 -10 ngày các triệu chứng trên hết không còn di chứng.

1.2.Giập não

- Nhẹ: Bệnh nhân mê sau chấn thương, rồi tỉnh lại dần.

- Nặng: Bệnh nhân hôn mê sâu có rối loạn nhịp thở, nhiệt độ tăng. Hoặc giẫy giụa, la hét. Nôn nhiều, có dấu hiệu cứng gáy. Có khi liệt nửa người.

1.3.Khối máu tụ trong sọ: *(Có 3 trường hợp sau)*

1.3.1 Máu tụ ngoài màng cứng (1)

* Máu tụ ngoài màng cứng hay gặp nhất có dấu hiệu sau:

Khoảng tỉnh là triệu chứng quan trọng. Sau chấn thương bệnh nhân mê ngay độ 5 - 10 phút rồi tỉnh lại dần. Nhưng sau một vài giờ bệnh nhân kêu

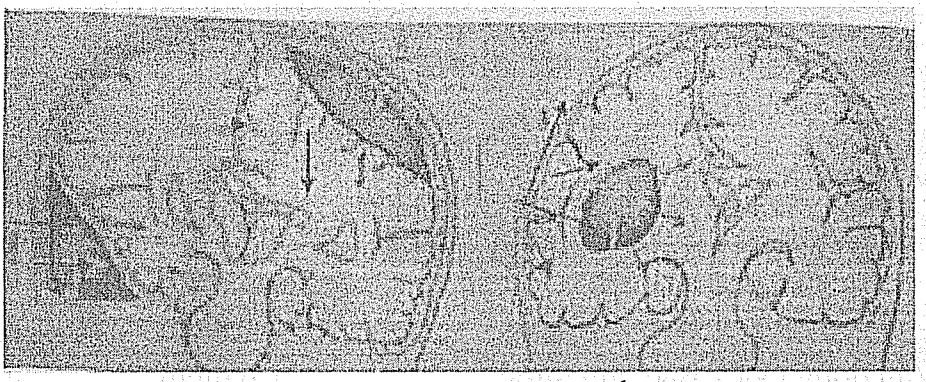
nhức đầu nôn rồi mê dần đi. Cũng có khi sau một chấn thương bệnh nhân bị choáng váng nhưng vẫn tỉnh sau đó đi vào hôn mê dần dần.

Dấu hiệu não bị chèn ép:

+ Nhức đầu: Đây là dấu hiệu đầu tiên

+ Nôn

+ Tri giác giảm dần, bệnh nhân đi vào trạng thái hôn mê



Hình 3: Vị trí các khối máu tụ

+ Rối loạn thần kinh thực vật như: Mạch chậm (80 - 60 - 50 lần/phút), rối loạn nhịp thở hoặc thở khò khè.

+ Huyết áp cao dần, sốt cao.

+ Áp lực não tủy tăng.

+ Liệt nửa người đối diện với bên tổn thương tăng dần.

+ Đồng tử giãn từ từ cùng bên với bên tổn thương.

+ Rối loạn cảm giác.

+ Ngoài ra còn có thể có những dấu hiệu khác như: Phản xạ gân xương tăng, dấu hiệu Babinski một bên hoặc soi đáy mắt thấy phù gai thị một bên...

1.3.2 Máu tụ dưới màng cứng: Là khối máu tụ giữa màng cứng và bề mặt của não với biểu hiện:

- Trường hợp cấp tính nạn nhân mê sâu và nhanh sau chấn thương khoảng tỉnh ngắn
- Dấu hiệu liệt nửa người.
- Rối loạn nhịp thở, tăng tiết đờn rãi, sốt tăng dần.

1.3.3 Máu tụ trong não: là khối máu tụ nằm trong chất trắng của não

- Khó chẩn đoán bằng lâm sàng.
- Chụp động mạch não có bơm thuốc cản quang có giá trị chẩn đoán.

1.4. Vỡ xương sọ

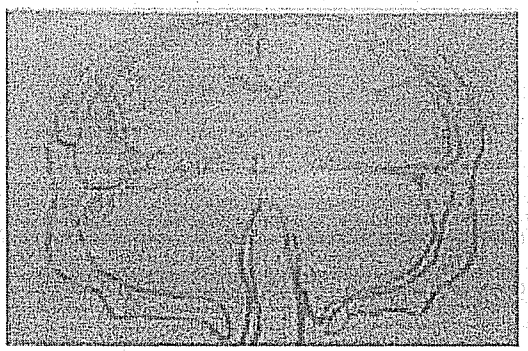
- Lún xương sọ; Cần mổ để nâng xương.
- Vỡ nền sọ: Có máu và dịch não tủy chảy ra mũi và tai.
- Hai hố mắt bị bầm tím (Gọi là dấu hiệu đeo kính râm)

2. Tiên lượng: Dựa vào bảng Glasgow để tiên lượng.

- Giá trị tiên lượng: Nặng dưới 7 điểm.
- Theo dõi tiến triển của tri giác từ khi bị tai nạn cho tới khi đến bệnh viện.

Mở mắt (M)	Tự nhiên Gọi mở Cấu mở Không mở	4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm
Vận động (V)	Bảo làm được Bấu: - Gạt đúng - Gạt sai Co cứng vỏ não (co 2 tay) Co cứng mất não (co chân tay) Không cử động được	6 điểm 5 điểm 4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm
Trả lời (N) Tri giác	Đúng Lẫn lộn Không chính xác Không rõ Không trả lời	5 điểm 4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm

- Tổng số điểm từ 3 đến 15 điểm.
- Điểm trung bình từ 7 trở lên tiên lượng khá.
- Nếu dưới 7 nặng không nên chuyển viện.
- Số điểm có thể thay đổi tùy theo thời gian.



Hình 4: Máu tụ trong sọ

3. Xử trí

- Khi bệnh nhân đang bị mê cần đặt bệnh nhân nằm đầu nghiêng đề phòng lưỡi bị tụt hoặc trong dạ dày nôn ra trào ngược tràn vào đường thở.
- Dùng bơm tiêm to hút sạch đờm dãi.
- Cho thở oxy (nếu có).
- Nếu đường hô hấp trên bị tặc do máu và đờm dãi phải hút, nếu không có kết quả thì mở khí quản.
- Theo dõi trị giác và vận động theo thang điểm Glassgow.
- Theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp và nhiệt độ.
- Tiêm kháng sinh phòng bội nhiễm.
- Khi di chuyển để bệnh nhân nằm ngửa. Có cố định vào cáng để khi giẫy khỏi bị ngã.
- Những trường hợp cần phải mổ cấp cứu (Tuyến trên)

+ Tụ máu trong

+ Vỡ sọ có lún xương

- Chống phù não bằng dung dịch Manitol 20%
- Dùng thuốc an thần Diazepam hoặc Phenobaọbital khi bệnh nhân trong tình trạng kích thích, vật vã nhiều.
- Thuốc cầm máu: Transamin 250mg x 2- 4 ống/24 giờ./.

BÀI 29
BỎNG

MỤC TIÊU

- *Trình bày được triệu chứng lâm sàng theo độ sâu của bỏng;*
- *Trình bày được cách sơ cứu và điều trị bỏng;*

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bỏng là các tổn thương gây nên bởi sức nhiệt, hóa chất, điện năng, bức xạ. Đại đa số trường hợp bỏng chỉ hạn chế ở da, nhưng cũng gặp bỏng sâu tới các lớp dưới da như: cân, cơ, gân, xương khớp và các tạng.

Trong thời bình bỏng thường gặp trong lao động sản xuất hoặc trong sinh hoạt, tỷ lệ bỏng chiếm 1,8%-10% so với chấn thương ngoại khoa. Thời bình bỏng thường bị lẻ tẻ nhưng cũng có thể có những tai nạn hàng loạt nhiều người bị cùng một lúc.

Trong chiến tranh bỏng thường chiếm từ 3- 10% tổng số thương binh, nếu có sử dụng vũ khí nguyên tử, Hóa học, Sinh học có thể lên tới 70 - 85% tổng số nạn nhân.

2. Những tác nhân gây bỏng

2.1 .Bỏng do sức nhiệt: Là loại gặp nhiều nhất có, 2 loại:

- *Sức nhiệt khô:* Lửa; Tia lửa điện và Kim loại nóng chảy.
- *Sức nhiệt ướt.* Nước sôi; Thức ăn sôi nóng; Dầu mỡ sôi (nhiệt độ 180C) và Hơi nước nóng từ 90°C - 92°C trở lên.

2.2 .Bỏng do hóa chất: có 2 loại do axit, do bazo.

- *Do Axit: có 2 loại axit vô cơ mạnh thường gây bỏng là:* Axit sunfuric (H2S04) và Axit clohyđric (HCL). Có thể gặp bỏng do các axit hữu cơ: Axit phenic(phenol) và Axit tricloraxetic
- *Bazo:* Các loại bazo đặc mạnh gây bỏng: NAOH,KOH,Ca(OH)2. Vôi đang tôi là một loại bỏng vùa do sức nhiệt vừa do độ bazo.

2.3. Bỏng do điện:

Bỏng do luồng điện truyền dẫn qua cơ thể.

Bỏng do tia lửa điện là một bỏng nhiệt.

2.4. Bỏng do các tia vật lý: Tia hồng ngoại. Tia Ronghen.Tia phóng xạ (gama, beta)

3. Chẩn đoán độ sâu củng bỏng: Chẩn đoán độ sâu của bỏng dựa vào:

- Các triệu chứng nhìn thấy bên ngoài như: Da đỏ, nổi phồng, hoại tử, cháy thành than.

- Các quan sát lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh học.

Hiện nay chúng ta chia mức độ tổn thương bỏng thành 2 nhóm (bỏng nông và bỏng sâu) và 5 mức độ sâu. Bỏng nông gồm:

3.1 Viêm da (bỏng độ I): Da đỏ, đau rát phù nhẹ. Sau 2- 3 ngày khỏi, có thể thấy bong các lớp nông thượng bì.

3.2 Bỏng lớp thượng bì (độ II)

Là độ II nông theo các tác giả Âu Mỹ và độ II theo các tác giả Liên Xô.

- Trên nền da xung huyết và xuất hiện nốt phỏng chứa dịch màu vàng chanh. Vòm nốt phồng mỏng, đáy màu hồng và hơi ướt.

- Tăng cảm giác: Đau rát

- Về tổ chức học: Tổn thương đến các lớp tế bào nông của thượng bì, lớp tế bào mầm còn nguyên vẹn, mao mạch ở lớp nhú trung bì bị ứ huyết và tăng tính thấm. Dịch huyết trong thoát ra tạo thành nốt phỏng. Thời gian khỏi từ 8 ngày đến 13 ngày.

3.3 .Bỏng trung bì: (độ III) là độ sâu theo các tác giả Âu Mỹ, độ III, theo tác giả Nga.

3.3.1 .Bỏng lớp trung bì nông (độ III nông)

- Nốt phồng vòm dày gồm toàn bộ lớp thượng bì và một phần lớp trung bì bị tổn thương, nền nốt phỏng hoặc trắng hoặc có rỉ máu.

Tổ chức học: Các ống và gốc lông, các tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn. Thời gian khỏi từ 15 ngày đến 17 ngày.

3.3.2 .Bỏng lớp trung bì sâu (độ III sâu) da bị hoại tử

- Thường thấy xen kẽ với bỏng sâu. Khó chẩn đoán trong thời gian đầu. Thường gặp các lớp da dày (da lưng, da mông...), về tổ chức học, lớp trung bì tổn thương chỉ còn lại các phần sâu của các tuyến mồ hôi.

- Hoại tử bỏng rụng sớm (ngày thứ 10 - 12). Mô hạt mọc lên xen kẽ với các đảo biểu mô của tuyến mồ hôi. Thời gian tự khỏi 30- 40 ngày.

3.4. Bỏng toàn bộ lớp da (độ IV)

Là độ III nông theo tác giả Âu Mỹ và độ IIIb theo tác giả Nga. Tổn thương biểu hiện da hoại tử có thể là hoại tử ướt có màu trắng bệch, gồ cao hơn mặt da lành sờ trên mặt da mịn mềm hoặc là hoại tử khô màu vàng đỏ hoặc đen hơi lõm thấp hơn mặt da lành. Qua lớp da hoại tử nhìn thấy các lưới huyết quản ở dưới da bị hoại tử lấp quản có đông máu trong lòng huyến quản.

Sau 3- 4 tuần hoại tử rụng. Hoại tử ướt rụng nhanh hơn hoại tử khô. Mô hạt mọc và có hiện tượng biểu mô hóa từ bờ vết thương vào giữa.

3.5 .Bỏng da và các lớp dưới cân (độ V)

Là bỏng độ III sâu theo tác giải Âu, Mỹ là độ IV theo tác giả Nga tổn thương gân, cơ, xương, khớp, mạch máu thần kinh, sụn khớp và có khi tạng bụng hoặc ngực cũng bị bỏng.

Mô hoại tử thường rụng muộn và có nhiều biến chứng như viêm khớp, viêm sụn, viêm xương, chảy máu thứ phát, hình thành các ổ mủ hoặc viêm mủ lan rộng. Bỏng độ I,II,III là bỏng nông, vết bỏng có thể tự liền được, ít để lại những di chứng tại chỗ ảnh hưởng xấu đến chức năng vận động các khớp.

Bỏng độ IV, V là bỏng sâu. Nếu bỏng sâu có diện tích rộng tiên lượng sẽ nặng có nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân, khi chữa khỏi thường có di chứng tại chỗ ảnh hưởng xấu đến chức năng vận động và thẩm mỹ.

4. Tính diện tích bỏng: Có 3 phương pháp tính diện tích bỏng ở người lớn

+ **Pulaski- Tennison và Wallas 1951)** dùng phương pháp con số 9 để tính diện tích bỏng.

Vị trí	Diện tích %	Vị trí	Diện tích %
Đầu - mặt - cổ	9	Chi trên	9
Mặt trước thân	9x2	Chi dưới	9x2
Mặt sau thân	9x2	Sinh dục	1

Bảng 1: Tính diện tích bỏng theo công thức số

+ **Blokhin dùng phương pháp bàn tay** để đo diện tích mỗi bàn tay của người đó tương ứng 1%- 1,25% diện tích cơ thể.

+ Lê Thế Trung (1965) tính diện tích cơ thể bằng những con số gọn: 1;3;6;9;18.

Vị trí	Diện tích %	Vị trí	Diện tích %
- Cổ (trước) - Cổ (gáy) - Gan tay - Mu tay - Sinh dục ngoài	1	- Mông (hai bên) - Cẳng chân (1 bên)	6
		- Đùi (1 bên) - Chi trên (1 bên)	9
- Da đầu (phần có tóc) - Da mặt - Cánh tay (1 bên) - Cẳng tay (1 bên) - Bàn chân (1 bên)	3	- Mặt trước thân - Mặt sau thân - Chi dưới (1 bên)	18

Bảng 2. Tính diện tích bỏng theo công thức lòng bàn tay

Ở trẻ em cách tính diện tích có khác người lớn, đối với diện dích da đầu, cổ, đùi và cẳng chân. Trẻ sơ sinh thì diện tích da đầu + cổ là 20% diện tích cơ thể. Khi lớn lên tỷ lệ này có thay đổi vìthế phải có một bảng tính riêng.Bảng tính diện tích bỏng ở trẻ em: (Lê Thế Trung - 1965)

Vị trí/Tuổi	Đầu + cổ	Hai đùi	Hai cẳng chân
1 tuổi	**17**	(-4)=**13**	(-3)=**10**
5 tuổi	(-4)=**13**	(+3)=**16**	(+1)=**11**
10 tuổi	(-3)=**10**	(+2)=**18**	(+1)=**12**
30 tuổi	(-2)=**8**	(+1)=**19**	(+1)=**13**

5. Điều trị bỏng

5.1. Sơ cứu bỏng

- Loại trừ tác nhân gây bỏng
- Dùng các loại dịch, thuốc để rửa, trung hòa tại vết bỏng
- Cho uống nước, truyền dịch
- Dùng thuốc giảm đau, an thần.

5.2. Các thuốc điều trị tại chỗ vết bỏng

5.2.1. Thuốc ức chế vi khuẩn vết thương bỏng: Yêu cầu của một thuốc kháng khuẩn vết bỏng. Có tác dụng với các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết bỏng với tỷ lệ kháng thuốc thấp nhất; Không hoặc ít gây hại cho mô lành và tế bào lành; Không hoặc ít có tác dụng phụ; Không thấm sâu vào các mô:

*** Cream Silver sulfadiazine 1%**

Đặc tính và tác dụng: là sự kết hợp của bạc (Ag) với một sulfamide.

Được sản xuất từ 1960 dưới dạng cream nồng độ 1% màu trắng không tan trong nước. Là một thuốc kháng khuẩn sử dụng tại chỗ vết bỏng khá thông dụng hiện nay:

Thuốc ít hoặc không gây đau; Thuốc ít thấm sâu vào hoại tử

Thuốc có phổ kháng khuẩn rộng với nhiều loại vi khuẩn như s.aureus, E.coli

Cách dùng: Thuốc được dùng đắp vào vết thương bỏng mới (sau khi đã được xử trí vết thương kỳ đầu tốt) có thể đắp trực tiếp lên vết thương hoặc tẩm vào gạc. Thay băng ngày một lần hoặc hai lần.

Tác dụng phụ: Silver sulfadiazine 1% (SSD 1%) có thể gây giảm bạch cầu. Dấu hiệu này xảy ra thường sau 2- 3 ngày sử dụng thuốc khi đắp diện tích rộng, triệu chứng này thường gặp từ 5- 15% bệnh nhân.

*** Axit Boric**

Đây là một axit yếu, thuốc được sử dụng dưới dạng dùng dịch 3% hoặc dạng bột tinh thể màu trắng, đóng gói 10 gam. Axit boric có tác dụng ức chế sự phát triển của trực khuẩn mủ xanh. Chú ý sử dụng: Không dùng ở diện tích quá rộng vì có nguy cơ thuốc gây nhiễm toan chuyển hóa.

*** Dùng dịch Nitrat bạc (AgNO3):**Thuốc có tác dụng diệt trực khuẩn mủ xanh, thuốc ít gây dị ứng. Chú ý sử dụng: Chỉ đắp với diện tích dưới 10% diện tích cơ thể vì thuộc gây hạ natri và clo máu gây kiềm chuyển hóa với methemoglobin.

*** Mỡ Maduxin:** Thuốc có tác dụng với tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh E.coli, proteus... Gạc tẩm thuốc đắp vào vết thương làm giảm tiết dịch, giảm mùi hôi. Thuốc kích thích biểu mô hóa ở bỏng nông và tạo mô hạt ở bỏng sâu. Thuốc có tác dụng tốt với bỏng vôi.

5.2.2. Thuốc làm rụng hoại tử bỏng: Có bản chất là các men tiêu hủy protein có nguồn gốc từ hóa chất, động vật, thực vật và vi sinh vật.

5.2.3. Thuốc kích thích tái tạo vết bỏng (kích thích biểu mô và tạo mô hạt)

Trong nhóm thuốc này có nhiều loại thuốc như:

- Các thuốc mỡ: Dầu gan cá thu, dầu gấc (Bản chất là các vitamin A,D).
- Thuốc mỡ chế từ rau má, madecasol .
- Thuốc kem nghệ.
- Thuốc Dampommade (mỡ cao vàng) đây là bài thuốc kế thừa của sư cụ Đàm Lương ở Chùa Trắng. Thành phần gồm có: Hồng đơn, sáp ong, mật đà tăng, dầu luyn.

5.2.4. Thuốc tạo màng che phủ vết bỏng (thuốc tạo màng)

Thành phần của thuốc có tanin có tác dụng làm đông dịch vết thương, kết tủa protein, liên kết các tơ collagene tạo thành một mảng.

Một số thuốc nam có tác dụng làm se khô và tạo màng thuốc như cao đặc lá sim, cao kháo nhâm, cao kháo vàng, hu đay, cao lá tràm, chè dây... và đặc biệt là thuốc bỏng chế từ vỏ cây xoan trà./.

BÀI 30. BỆNH TRĨ

MỤC TIÊU

- Trình bày được triệu chứng của bệnh trĩ;

- Trình bày biện pháp đề phòng và điều trị nội khoa bệnh trĩ.

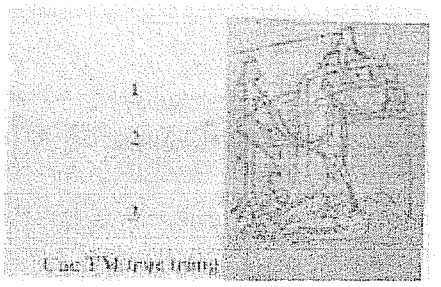
NỘI DUNG

Trĩ là hiện tượng giãn tĩnh mạch ở hậu môn và trực tràng.

Trĩ có thể là một bệnh. Nhưng trĩ có thể là triệu chứng của nhiều bệnh khác.

Có các yếu tố gây ra trĩ:

- Do ứ trệ tĩnh mạch ở hậu môn và trực tràng, gặp ở bệnh nhân xơ gan, lách to, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, khối u ở tiểu khung, phụ nữ có thai. Tất cả nguyên nhân kể trên làm cản trở lưu thông máu ở tĩnh mạch, dần dần làm tĩnh mạch giãn ra thành trĩ.
- Do viêm nhiễm hậu môn
- Do táo bón
- Do kiết lỵ
- Người béo phệ hay bị trĩ



Hình 1: Các tĩnh mạch trực tràng

1. Tĩnh mạch trực tràng trên. 2. TM trực tràng giữa 3. TM trực tràng dưới.



Hình 2: Búi trĩ

Trĩ được chia ra: Trĩ nội: Búi trĩ trên cơ thắt và Trĩ ngoại: Búi trĩ dưới cơ thắt

Trĩ có thể gây ra các biến chứng: Chảy máu kéo dài gây thiếu máu. Huyết khối búi trĩ. Rối loạn chức năng cơ thắt. Nứt hậu môn, viêm do hậu môn trực tràng.

1. Triệu chứng

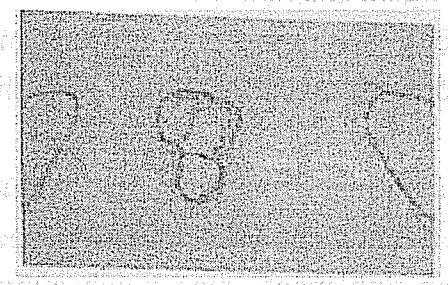
1.1 Triệu chứng cơ năng

- Ỉa ra máu: Đỏ tươi, thường ra cuối bãi; Thành một vệt máu ở ngoài phân; Có khi chảy nhiều giọt.

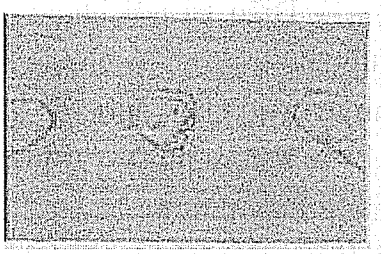
-Có cảm giác nặng, tức ở hậu môn

- *Sa búi trĩ:* Nếu bị lâu búi trĩ sa xuống sau mỗi lần đi ngoài hoặc ho. Bệnh nhân có thể đẩy búi trĩ lên hay nó tự co lên.

- *Đi ngoài đau:* Khi bị viêm, nứt ở hậu môn. Sau mỗi lầnđi ngoài đau rátở hậu môn



Hình 3: Trĩ ngoại

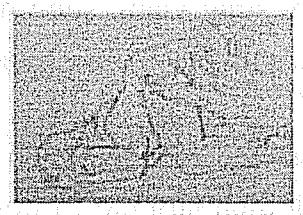


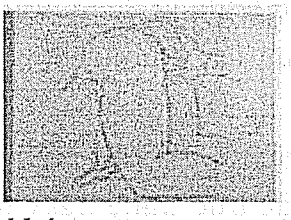
Hình 4: Viêm loét búi trĩ

1.2. Triệu chứng thực thể: Khám ở tư thế phủ phục

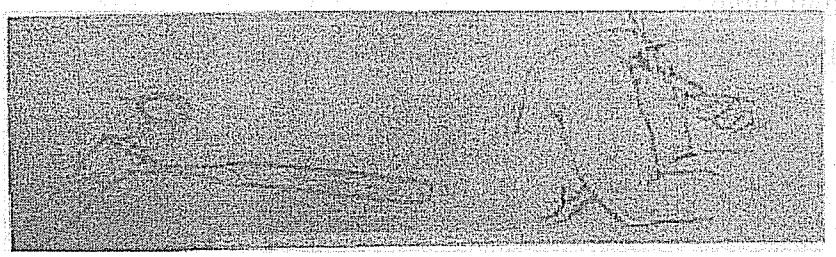
- *Bệnh nhân rặn:* Nhìn thấy búi trĩ sa ra ngoài hậu môn. Màu tím sẫm. Từng đám bùi nhùi, ấn vào búi xẹp, mềm, không đau.

- *Trĩ ở trong (còn gọi là trĩ nội):* Phải soi hoặc thăm trực tràng. Khi soi sẽ nhìn thấy tĩnh mạch giãn to. Có thể kèm theo viêm hậu môn, viêm loét búi trĩ.





Hình 5: Tư thế khám trĩ



Hình 6: Ống soi - Soi hậu môn

1.3 .Khám toàn thân: Cần khám các cơ quan như gan, lách, đo huyết áp, tim. Để tìm nguyên nhân gây nên trĩ.

2. Điều trị và phòng bệnh ở cơ sở

- Khuyên người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, nhuận tràng.
- Không ngồi lâu một chỗ, tập thể dục đều đặn.
- Tập đi ngoài đại tiện đều đặn.
- Chữa bệnh kiết lỵ và táo bón tích cực.
- Khi có trĩ: Sau mỗi lần đi ngoài cần ngâm rửa hậu môn.
- Điều trị nội khoa: Việc điều trị bệnh trĩ thường bao gồm các nhóm thuốc hỗ trợ tĩnh mạch với liều cao, thuốc điều trị tại chỗ và thuốc giúp cho sự chuyển vận phân được dễ dàng.

+ Nhóm thuốc trợ lực mạnh, bảo vệ mao mạch, cải thiện tuần hoàn tĩnh mạch: Đây thường là các flavonoid vi tinh thể hóa chứa diosmin và hesperdin để làm giảm các trường hợp suy tuần toàn tĩnh mạch, mao mạch cùng các triệu chứng cơ năng và lâm sàng liên quan đến bệnh lý tĩnh mạch hậu môn, suy giảm trương lực tĩnh mạch bạch huyết. Ngoài ra cao Ginkgo bibola cũng thường được dùng kết hợp với VitaminP. Liều điều trị thường là 2 tuần.

+ Nhóm thuốc điều trị tại chỗ: Gồm các loại thuốc mỡ (pommade) và dạng viên đạn (suppositoire) kem thoa tại chỗ. Hoạt chất thường là corticoid chống viêm các dẫn chất không corticoid trợ lực mạch, bảo vệ mao mạch kết hợp với thuốc tê dùng để điều trị các cơn đau, ngứa, sưng viêm, sung huyết. Ngoài ra trong các trường hợp nứt hậu môn, viêm nứt hậu môn - đại trực tràng.

Ngoài ra còn có các phương pháp điều trị làm teo trĩ bằng cách tiêm dưới niêm mạc trực tràng ngay trên búi trĩ một dung dịch làm teo trĩ hoặc sử dụng phẫu thuật.

- Búi trĩ to sa xuống cần phẫu thuật triệt để./.

BÀI 31. SINH LÝ SỰ THỤ TINH

MỤC TIÊU

- Trình bày được sinh lý thụ thai;

- Mô tả được sự di chuyển và làm tổ của trứng ;

- Trình bày được sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng.

NỘI DUNG

1. Sinh lý thụ thai

1.1. Định nghĩa sự thụ thai

Là sự kết hợp giữa tinh trùng với noãn bào để tạo thành một tế bào có khả năng phát triển gọi là trứng (hay hợp tử). Quá trình phân chia liên tiếp hợp tử thành thai rồi vào làm tổ ở buồng tử cung được gọi là thụ thai.

1.2. Sự sinh tinh

- Tế bào mầm của tinh hoàn sản xuất ra tinh nguyên bào.

- Từ tinh nguyên bào phát triển thành tinh nguyên bào I có 46 nhiễm sắc thể.

- Qua quá trình phân chia gián phân giảm sẽ thành tinh bào II có 23 nhiễm sắc thể.

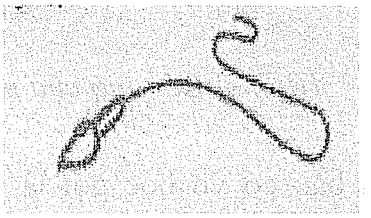
- Từ tinh bào II phân chia gián phân nguyên sẽ thành tiền tinh trùng, rồi phát triển thành tinh trùng có 23 nhiễm sắc thể, trong đó có 22 nhiễm sắc thể thường và 1 nhiễm sắc thể giới tính X hoặc Y.

- Mỗi tinh trùng trưởng thành gồm 3 phần: Đầu, thân, đuôi.

+ Đầu: Hình bầu dục, phần trước có nguyên sinh chất, phần sau là một nhân to chứa nhiễm sắc thể.

+ Thân: ở giữa có dây trục, phía đầu có trung thể.

+ Đuôi: Dài ở giữa có dây trục



Hình 1. Cấu tạo tinh trùng

Tinh dịch:

- Mỗi lần phóng tinh: từ 3ml đến 5 ml

- Số lượng tinh trùng: từ 60 triệu đến 120 triệu trong 1 ml tinh dịch.

- Tỷ lệ hoạt động bình thường từ 60% đến 80% tinh trùng cử động.

- Tinh trùng sống trong môi trường âm đạo và tử cung khoảng 3 ngày.

- Tốc độ di chuyển mỗi phút từ 1,5mm đến 3mm

- Tinh trùng luôn được sinh ra từ những tinh nguyên bào từ tuổi trưởng thành đến tuổi già.

1.3. Noãn bào

- Từ tế bào mầm ở buồng trứng tạo thành những noãn nguyên bào.

- Khi mới đẻ buồng trứng của một bé gái có từ 200.000 đến 500.000 bọc noãn nguyên thuỷ.

- Tuổi dậy thì đến khi mãn kinh chỉ có 400 - 450 bọc trưởng thành, còn lại thoái hoá, teo đi.

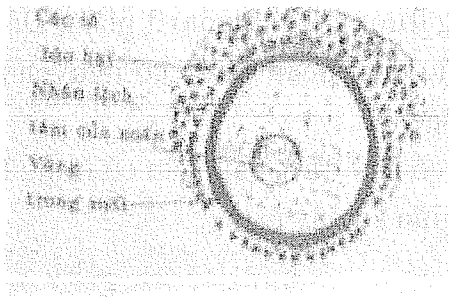
- Từ noãn nguyên bào phát triển thành noãn bào I có 46 nhiễm sắc thể (N.S.T).

- Noãn bào I phân chia gián phân giảm sẽ cho noãn bào II và cực cầu I

- Mỗi noãn bào II phân chia gián phân nguyên sẽ cho một noãn bào chín và một cực cầu II, Noãn bào chín cho 23 nhiễm sắc thể. Trong đó có 22 nhiễm sắc thể thường và 1 nhiễm sắc thể giới tính X.

- Noãn bào thường thành đường kính: 100 đến 150 micromét.

- Noãn được phóng ra từ nang DeGraff đem theo tế bào hạt bao bọc xung quanh.



Hình 2. Cấu tạo của noãn bào

Cấu tạo của noãn bào có vỏ bọc gọi là màng trong suốt. Ở giữa có nguyên sinh chất và nhân.

Khi noãn bào được phóng ra ngoài được loa vòi trứng lấy đưa về vòi trứng. Tiểu noãn sống được trong vòi trứng xấp xỉ một ngày.

1.4. Điều kiện thụ tinh gồm:

- Tinh trùng.
- Noãn bào.
- Âm đạo, cổ tử cung, tử cung, vòi trứng, buồng trứng bình thường,
- Niêm mạc tử cung ở giai đoạn hoài thai.
- Chức năng các tuyến sinh dục bình thường.

1.5. Cơ chế thụ tinh

* *Sự thụ tinh:* Xảy ở 1/3 ngoài của vòi trứng. Tinh trùng đến 1/3 ngoài của vòi trứng vây quanh noãn bào rồi bám vào màng trong suốt của noãn bào. Tinh trùng chui qua màng trong suốt để vào trong tế bào. Thường chỉ có một tinh trùng chui vào để thụ tinh và chỉ có một phần đầu chui vào trong, thân và đuôi ở ngoài và teo đi.

* *Biến đổi ở nhân.* Đầu tinh trùng chui vào noãn bào, thoạt tiên nhân đực có nhiễm sắc thể lúc ấy noãn bào phóng ra cực cầu II để trở thành tiền nhân cái cũng có nhiễm sắc thể. Nếu tinh trùng thụ tinh mang nhiễm sắc thể Y sẽ Ià thai trai (tế bào hợp nhất XY). Nếu tinh trùng thụ tinh mang nhiễm sắc thể X sẽ tạo thành (tế bào hợp nhất XX) sẽ là thai gái.

2. Sự di chuyển và làm tổ của trứng

2.1 Di chuyển của trứng: Sau khi thụ tinh, trứng di chuyển qua vòi trứng vào buồng tử cung. Sự di chuyển này là nhờ tác dụng của Nhung mao của niêm mạc vòi trứng, nhu động của vòi trứng, chất dịch từ loa vòi trứng về buồng tử cung. Thời gian di chuyển từ 4 -7 ngày. Trong khi di chuyển trứng phát triển lớn lên. Nếu vì lý do nào đó cản trở sự di chuyển của trứng trứng sẽ dừng lại và làm tổ ở vòi trứng gây nên chửa ngoài tử cung.

2.2. Sự làm tổ của trứng: Khi trứng đến tử cung, niêm mạc tử cung đã được chuẩn bị sẵn để đón trứng làm tổ: Niêm mạc tử cung đã dầy lên do tác dụng của Foliculin và Progesteron của hoàng thể kinh nguyệt. Hoàng thể này được duy trì trong những tháng đầu của thời kỳ có thai. Trứng đục lớp ngoài của niêm mạc tử cung chui vào trong niêm mạc tử cung để làm tổ ở đó và phát triển cho đến khi đủ tháng.

3. Sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng

- Sau khi thụ tinh trứng phân chia rất nhanh để tạo thành thai và phần phụ của thai.

-Về thời gian: Sự phái triển của trứng chia làm 2 thời kỳ:

+ Thời kỳ sắp xếp tổ chức: Từ lúc thụ tinh đến hết tháng thứ 2.

+ Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: Từ tháng thứ 3 cho đến khi đủ tháng.

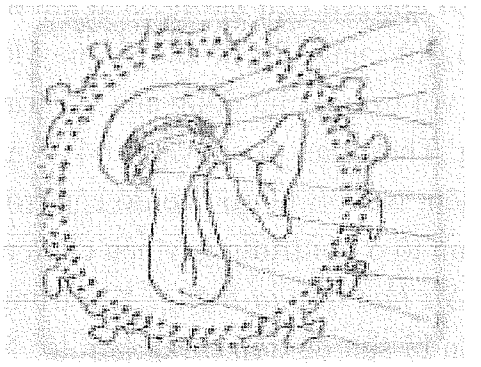
3.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức.

3.1.1. Sự hình thành bào thai: Ngay sau khi thụ tinh, trứng phân chia rất nhanh. Từ một tế bào trứng phân chia thành 2 tế bào mầm, rồi 4 tế bào mầm, các tế bào phân chia đều nhau. Từ 4 tế bào mầm phân chia không đều nhau thành 4 tế bào mầm to và 4 tế bào mầm nhỏ, các tế bào mầm to tiếp tục phân chia và phát triển thành bào thai với 2 lớp tế bào: Lớp thai ngoài và lớp thai trong, ở giữa 2 lớp thai sau này sẽ phát triển thêm lớp thai giữa. Các lá thai này tạo thành bào thai rồi thành thai nhi

- Lá thai ngoài: Hình thành hệ thần kinh, da, xương, cơ.
- Lá thai giữa: Hình thành hệ tuần hoàn, tiết niệu, tổ chức liên kết.
- Lá thai trong: Hình thành hệ hô hấp, tiêu hoá.

Bào thai cong hình con tôm, về phía bụng của bào thai phát sinh ra nang rốn, trong có chứa các chất dinh dưỡng, các mạch máu được phát ra đi vào nang rốn lấy các chất dinh dưỡng về nuôi thai. Đó là hệ tuần hoàn thứ nhất, còn gọi là hệ tuần hoàn nang rốn.

1. Buồng ối
2. Nội sàn mạc
3. Lớp thai ngoài
4. Chôn giả
5. Hội bào
6. Lớp thai trong
7 .Nang niệu
8. Tế bào Langhans
9. Mạch của hệ tuần hoàn thứ nhất
10. Nang rốn



Hình 3. Thời kỳ rau toàn diện

3.1.2. Sự phát triển của phần phụ:

* ***Nội sản mạc***: Vê phía lưng của bào thai, một sô tê bào của lớp thai ngoài tan đi làm thành một buồng gọi là buồng ối, trong chứa nước ối, thành của buồng ối là một màng mỏng gọi là nội sản mạc.

**** Trung sản mạc***

- Các tế bào mầm nhỏ phát triển thành trung sản mạc.
- Trung sản mạc có hai lớp:

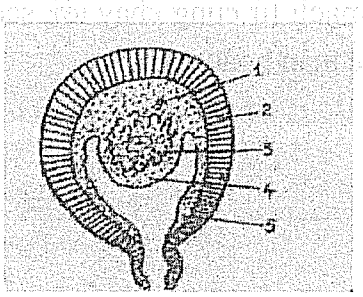
+ Lớp ngoài là lớp nội bào.

+ Lớp trong là các tế bào Langhans.

- Trung sản mạc làm thành các chân giả bao vây quanh trứng.

**** Ngoại sản mạc:*** Khi trứng làm tổ, niêm mạc tử cung phát triển thành ngoại sản mạc, ngoại sản mạc phân biệt 3 phần:

- Ngoại sản mạc tử cung: Là phần chỉ liên quan đến tử cung.
- Ngoại sản mạc trứng: Là phần chỉ liên quan đến trứng.
- Ngoại sản mạc tử cung rau: Là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.



Hình 31.4. Ngoại sản mạc tử cung

1. Ngoại sản mạc tử cung 1 rau. 2. Cơ tử cung. 3. Trứng trong thời kỳ rau tiền diện. 4. Ngoại sản mạc trứng. 5. Ngoại sản mạc tử cung.

3.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức

3.2.1. Sự phát triển của thai

- Thời kỳ này bào thai gọi là thai nhi. Thai nhi có đủ các bộ phận chỉ việc lớn lên và hoàn chỉnh tổ chức. Thời kỳ này thai sống bằng hệ tuần hoàn nang niệu (gọi là hệ tuần hoàn thứ 2).
- Mạch máu của nang rốn phát triển về phía nang niệu để hình thành hệ tuần hoàn thứ 2, trong khi đó nang rốn teo đi. Cuối cùng hệ tuần hoàn nang niệu hoàn toàn thay thế cho nang rốn. Dần dần nang niệu cũng teo đi chỉ còn lại các mạch máu đó là động mạch và tĩnh mạnh rốn để trao đổi dinh dưỡng từ máu mẹ.

3.2.2. Phát triển của phần phụ

* ***Nội sản mạc:*** Nội sản mạc ngày càng phát triển bao bọc nước ối và thai, buồng ối ngày càng rộng ra.

* ***Trung sản mạc:*** Trung sản mạc phần lớn trở thành nhân, chỉ phát triển ở vùng bám vào tử cung, ở đây trung sản mạc phát triển thành các gai rau với 2 lớp tế bào là lớp hội bào và Langhans. Các động mạch nhỏ vào mỗi gai rau phân chia thành các mao động mạch có thành mạch sát vào gai rau, máu trở về tĩnh mạch rốn để nuôi thai.

* ***Ngoại sản mạc:*** Ngoại sản mạc trứng teo mỏng dần. Ngoại sản mạc tử cung cùng teo mỏng dần gần tới đủ tháng thì 2 màng này hợp làm một và chỉ còn lơ thơ từng đám. Ngoại sản mạc tử cung rau tiếp tục phát triển và các mạch máu tại đây dãn to hình thành hồ huyết. Trong hồ huyết có máu người mẹ từ các nhánh động mạch tử cung chảy tới, sau khi trao đổi dinh dưỡng, máu theo tĩnh mạch tử cung về tuần hoàn mẹ./.

BÀI 32. SẢY THAI

MỤC TIÊU

- *Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng sảy thai;*
- *Trình bày được cách xử trí và cách để phòng sảy thai.*

NỘI DUNG

1.Định nghĩa: Sảy thai là tình trạng bệnh lý, thai bị đẩy ra khỏi buồng tử cung trước thời gian thai tự sống được dưới 22 tuần.

Sảy thai là một trong những bệnh gặp với tỷ lệ cao nhất trong thời kỳ mang thai.

Sảy thai nếu không được theo dõi và xử trí kịp thời, đúng đắn, có thể dẫn đến băng huyết hoặc nhiễm khuẩn.

Chính vì thế sảy thai cũng được xếp vào tai biến sản khoa.

1. Nguyên nhân

1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Nhiễm khuẩn cấp tính.
- Chấn thương
- Nhiễm độc nghề nghiệp.
- Do tử cung: Tử cung dị dạng, tử cung kém phát triển, tử cung có nhân xơ, hở eo tử cung.
- Do nội tiết: Thiểu năng nội tiết rau thai.
- Bệnh lý người mẹ: Bệnh tim, bệnh thận.

1.2. Về phía thai

- Thai trứng
- Chửa ngoài tử cung thể giả Sảy.
- Rối loạn nhiễm Sắc thể.

2.Triệu chứng: trước khi sảy thai thường qua giai đoạn dọa Sảy thai.

1.3. Doạ Sảy thai

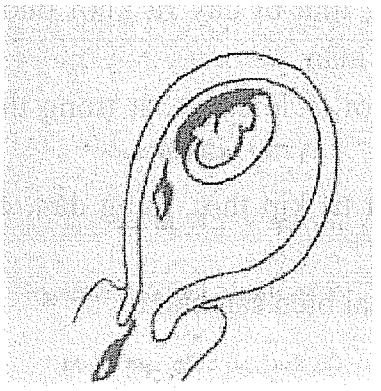
- Ra máu: Ra ít, máu đỏ hoặc máu đen (nếu thai chết), có khi không ra máu.
- Không đau bụng, đôi khi tức hoặc nặng bụng dưới
- Thăm âm đạo cổ tử cung còn dài, đóng kín.

3.2 .Sảy thai

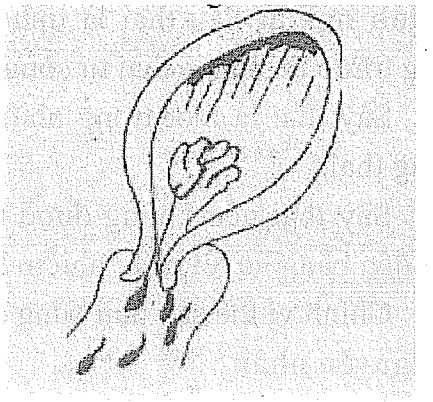
- Ra máu: Máu ra nhiều đỏ loãng, lẫn máu cục.

- Đau bung: Đau vùng hạ vị, đau từng cơn.

- Thăm âm đạo: Thấy cổ tử cung hé mở, cổ tử cung có hình con quay, đoạn dưới phình to do trứngđã bong, có thể sờ thấy thai và rau thập thò lỗ cổ tử cung



Hình 32.1. Doạ sảy



Hình 32.2. Đang sảy

- Xét nghiệm:+ Thử nước tiểu: HCG (+)

+ Siêu âm: có giá trị tiên lượng bệnh.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng: Đau bụng và ra máu

Thăm âm đạo: Là triệu chứng có giá trị để chẩn đoán.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chửa ngoài tử cung thể giả sảy:

Bệnh nhân có triệu chứng: Chậm kinh, đau bụng, ra máu.

Thăm âm đạo: Túi cùng Douglas đầy và đau.

Siêu âm: Có khối chửa ngoài tử cung.

Xét nghiệm giải phẫu bệnh: Không có hình ảnh rau trong khôi chửa

- Chửa trứng.

Tử cung to hơn rau thai.

Ra máu dai dẳng.

Xét nghiệm nước tiểu: HCG tăng cao.

Siêu âm có hình ảnh chửa trứng trong tử cung.

- Viêm phần phụ: Bệnh nhân thường đau 2 bên hố chậu.

Có tiền sử viêm phần phụ.

Trường hợp viêm cấp tính bệnh nhân có hội trứng nhiễm trùng.

3. Xử trí

3.1. Tuyến y tế cơ sở

3.1.1. Doạ sảy thai

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng.
- Hạn chế thăm khám.
- Tiêm thuốc giảm co bóp tử cung Papaverin 0,04, 2 ống tiêm bắp thịt 2 lần (điều trị đến khi hết đau bụng hết ra máu).

Trường hợp điều trị không kết quả thì hộ tống chuyển tuyến trên điều trị.

3.1.2. Sảy thai

- Giữ lại những bệnh nhân sảy thai dưới 2 tháng (sảy thai 1 thì).
- Các trường hợp sảy thai khác chuyển tuyến trên điều trị.

3.2. Tuyến trên. Tuỳ từng nguyên nhân mà xử trí.

- Trường hợp: Sảy thai do hở eo tử cung, khâu vòng eo tử cung để giữ thai.
- Nếu sảy thai thiểu năng nội tiết: Điều trị nội tiết giữ thai.
- Nếu tử cung có nhân xơ: Bóc tách nhân xơ nếu nhân xơ nhỏ, số lượng ít.
- Nếu sảy thai do sót rau: Nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.
- Nếu sảy thai băng huyết: Vừa hồi sức vừa nạo buồng tử cung.
- Nếu sảy thai nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh sau 24 giờ nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.
- Nếu sảy thai liên tiếp: Sảy thai liên tiếp trên 2 lần trở lên phải tìm nguyên nhân điều trị.

4. Phòng bệnh: Khi có thai cần:

- Tránh lao động nặng.
- Hạn chế giao hợp 3 tháng đầu.
- Tránh tiếp xúc với các chất độc hại.
- Trách đi lại phương tiện rung xóc.
- Khi có dấu hiệu doạ sảy cần điều trị sớm.

BÀI 33
HAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng thai chết trong tử cung;

- Trình bày được cách xử trí thai chết trong tử cung và cách đề phòng.

NỘI DUNG

Thai chết từ 22 tuần trở lên trước khi có chuyển dạ được gọi là thai chết trong tử cung.

Thai chết song vô trùng vì có màng ối bảo vệ, trường hợp ối vỡ có thể gây nhiễm khuẩn cho người mẹ.

Thai chết trong tử cung lâu ngày có thể gây rối loạn đông máu.

Thai chết ảnh hưởng nhiều đến tâm lý của người mẹ.

1. Nguyên nhân

1.1. Về phía mẹ

- Nhiễm khuẩn cấp tính cúm, viêm phổi.
- Những bệnh mãn tính: Viêm thận mãn, cao huyết áp, suy tim
- Bệnh nhiễm độc: Tiền sản giật, sản giật.
- Bệnh nội tiết: Tiểu đường.
- Do tử cung dị dạng.

1.2. Về phía thai: Thai dị dạng. Thai quá ngày sinh. Bất đồng nhóm máu. Thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

1.3. Về phía phần phụ của thai

- Dây rau ngắn.
- Dây rau cuốn cổ.
- Đa ối, thiểu ối.

2. Triệu chứng

- Cơ năng: Không thấy thai cử động. Vú tiết sữa. Bụng nhỏ đi
- Thực thể: Tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

Có thể thấy chiều cao tử cung giảm sau 2 lần khám. Không nghe thấy tìm thai.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: Có giá trị để chẩn đoán xác định, thấy thai không cử động, không thấy tim thai, có dấu hiệu 2 vòng ở xương sọ do da đầu bong ra, xương sọ chồng khớp, nước ối ít hoặc hết.

+ X quang (ít làm) xương sọ chồng khớp (dấu hiệu Spalding cột sống gấp góc).

+ Xét nghiệm máu: Sinh sợi huyết giảm.

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định. *Dựa vào:*

- Không thấy thai máy.
- Bề cao tử cung giảm đi so với tuổi thai.
- Nghe không thấy tim thai.
- Siêu âm giúp cho chẩn đoán xác định.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thai sống: Thai cử động bình thường.Tim thai dương tính. Bề cao tử cung tương xứng với tuổi thai.
- Thai trứng: Bệnh nhân nghén nhiều.Bề cao tử cung lớn hơn so với tuổi thai. Phản ứng sinh vật dương tính mạnh. Siêu âm: Có hình ảnh túi trứng.
- U xơ tử cung: Bệnh nhân có rong kinh, siêu âm tử cung có nhân sơ.

4. Tiến triển - Biến chứng

4.1. Tiến triển:Nếu không phát hiện và xử trí có thể dẫn đến.

Sảy thai lưu: Thường gặp tuổi thai dưới 12 tuần.

Đẻ thai lưu: Giống như cuộc đẻ thường.

4.2. Biến chứng

- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn.

5. Xử trí

5.1. Tuyến xã: Tư vấn. Chuyển lên tuyến trên

5.2. Tuyến trên. Không vội vàng.

- Xét nghiệm sinh sợi huyết, số lượng tiểu cầu và thời gian máu chảy, máu đông, nhóm máu. Nếu sinh sợi huyết <2g hay thai phụ có bệnh nội khoa khác phải đề phòng tai biến chảy máu ở thì sổ rau (Dự trù máu cùng nhóm, dùng Transamin 250 mg X 2 ống/24 giờ).
- Có 2 cách kích thích cho thai ra.

Cách 1: Truyền Oxytoxin.

Cách 2: Dùng Misoprostol (Citotex) để gây sảy thai.

* *Chú ý.* Không được bấm ối.

Sau khi thai ra phải kiểm soát tử cung sạch dùng thuốc co Cơ tử cung để đề phòng chảy máu.

Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

6. Phòng bệnh.

- Làm tốt công tác bảo vệ bà mẹ khi mang thai.
- Khi có thai ăn uống đầy đủ, hạn chế lao động nặng.
- Khám thai định kỳ, phát hiện sớm thai quá ngày sinh để chuyển tuyến trên.
- Khi mang thai không dùng thuốc bừa bãi khi không có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa.
- Người mẹ mắc bệnh nội khoa: Cao huyết áp, viêm thận mãn .v.v. phải điều trị ổn định trước khi mang thai./.

BÀI 34. RAU TIỀN ĐẠO

MỤC TIÊU

- *Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng rau tiền đạo.*
- *Xử trí được rau tiền đạo và cách đề phòng rau tiền đạo.*

NỘI DUNG

1. Định nghĩa: Bình thường bánh rau bám vào thân tử cung, nếu 1 phần hay toàn bộ bánh rau bám xuống đoạn dưới tử cung được gọi là rau tiền đạo.

Rau tiền đạo là một cấp cứu chảy máu trong sản khoa, thường xảy ra vào 3 tháng cuối và lúc chuyển dạ đẻ.

Đây là yếu tố gây đẻ khó do phần phụ của thai.

2. Nguyên nhân: Chưa rõ ràng. Một số yếu tố thuận lợi gây nên rau tiền đạo là: Viêm niêm mạc tử cung. Đẻ nhiều lần, thai đôi. Sẹo mổ cũ ở tử cung. Tiền sử nạo thai nhiều lần.

3. Triệu chứng

3.1. Cơ năng

- Chảy máu là triệu chứng chính.
- Tính chất chảy máu: Ra máu đột ngột không có nguyên nhân, không đau bụng, máu ra đỏ loãng lẫn máu cục, không cần điều trị máu cũng tự cầm, càng gần đến khi đủ tháng chảy máu tái phát tăng dần.

3.2. Toàn thân: Tuỳ theo mức độ ra máu, trường hợp ra máu nhiều, toàn thân có biểu hiện thiếu máu, da xanh có thể có choáng.

3.3. Thực thể

- Sờ nắn: Thấy ngôi bất thường hoặc ngôi đầu cao lỏng.
- Nghe: Tim thai dương tính nếu ra máu ít, tim thai âm tính nêu ra máu nhiêu.
- Thăm âm đạo khi chuyển dạ: có thể sờ thấy vị trí rau bám.

Nếu sờ thấy bánh rau che kín lỗ cổ tử cung là rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn.

Nếu sờ thấy múi rau và đầu ối là rau tiền đạo bám bán trung tâm.

Nếu sờ thấy mép bánh rau là rau tiền đạo bám mép.

Nếu sờ thấy màng ối dày cứng là rau tiền đạo bám bên.

(Chú ý: Trên lâm sàng nếu ra máu nhiều lúc chuyển dạ đẻ là rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn).

4. Cận lâm sàng: Siêu âm giúp cho chẩn đoán sớm rau tiền đạo từ khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ đẻ.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử ra máu ở ba tháng cuối.
- Dựa vào siêu âm để chẩn đoán.
- Dựa vào thăm âm đạo khi chuyển dạ đẻ.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Phong huyết tử cung rau: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm độc thai nghén, ra máu âm đạo và có dấu hiệu chảy máu trong, đau bụng kèm theo sốc, tử cung cứng như gỗ, tim thai âm tính.
- Vỡ tử cung: Bệnh nhân có dấu hiệu doạ vỡ tử cung, khi vỡ bệnh nhân không đau bụng, có dấu hiệu chảy máu trong và chảy máu ra ngoài âm đạo.
- Ngoài ra cần chẩn đoán phân biệt với chảy máu ở cổ tử cung, âm đạo hoặc ung thư cổ tử cung.

6. Biến chứng

6.1. Biến chứng cho mẹ: Chảy máu kéo dài gây thiếu máu, nhiễm khuẩn, suy nhược cơ thể lâu hồi phục sau đẻ, tử vong.

Rau tiền đạo còn là một yếu tố đẻ khó cho mẹ.

6.2. Biến chứng cho con

- Thai thấp cân do tuần hoàn rau thai bị ảnh hưởng.
- Suy thai.
- Thai chết trong tử cung.

7. Điều trị

7.1. Tuyến y tế cơ sở:

Khi chẩn đoán là rau tiền đạo đủ chưa chuyển dạ hay đã chuyển dạ:

- Máu chảy ít, sản phụ chưa có dấu hiệu choáng, phải tư vấn cho thuốc giảm co bóp tử cung Papaverin 40mg x 2 viên (hoặc Papaverin 40mg x 1 ống tiêm bắp thịt) rồi gửi lên tuyến trên.

- Máu ra nhiều kèm theo choáng, cần sơ bộ chống choáng bằng tiêm truyền huyết thanh ngọt hoặc mặn đẳng trương, cho thuốc giảm co bóp tử cung papaverin rồi gửi lên tuyến trên hoặc phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

7.2. Tuyến trên

+ Khi chưa chuyển dạ

- Nếu thai còn quá non tháng và không chảy máu thì điều trị bảo tồn tại bệnh viện cho thai lớn hơn. (Cho thuốc giảm co tử cung, Corticoid, chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý với sự theo dõi chặt chẽ).

- Nếu chảy máu nhiều, cho thuốc giảm co Papaverin 40mg x 1 ống tiêm bắp thịt và mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức.

+ Khi đã chuyển dạ: Nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải mổ lấy thai ngay, kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).

Nếu rau bám mép và ngôi chỏm thì có thể bấm ối để đẻ đường dưới với sự theo dõi chặt chẽ, ngôi bất thường phải mổ lấy thai.

8.Phòng bệnh

- Thực hiện tốt sinh đẻ kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.
- Tránh nạo hút thai nhiều lần.
- Vệ sinh sạch đề phòng nhiễm khuẩn, khi bị viêm phần phụ cần điều trị sớm và triệt để./.

BÀI 35. BỆNH VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO

MỤC TIÊU

- Trình bày được triệu chứng các bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường;

- Trình bày được cách xử trí bệnh viêm âm hộ, âm đạo thông thường.

NỘI DUNG

1. Đại cương: Viêm âm hộ, âm đạo là một trong những viêm nhiễm đường sinh dục hay gặp. Là những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở tuổi đang hoạt động sinh dục.

Tỷ lệ bệnh này có thể chiếm tới 50% các đối tượng nữ và chiếm trên 80% các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục nói chung.

Bệnh không gây tử vong, nhưng lại ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động của nữ, đôi khi ảnh hưởng tới khả năng sinh đẻ. Nếu vệ sinh tốt có thể phòng tránh và giảm tỷ lệ mắc bệnh.

2. Viêm âm hộ

2.1. Định nghĩa: Viêm âm hộ là nhiễm trùng khu trú từ màng trinh tới 2 môi lớn (khắp vùng tiền đình).

2.2. Nguyên nhân: Điều kiện thuận lợi:

+ Vệ sinh cá nhân kém.

+ Giao hợp thô bạo gây xước niêm mạc vùng tiền đình.

+ Vi trùng: thường là vi trùng đường ruột như E.Coli, liên cầu, tụ cầu....

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Viêm âm hộ cấp tính. Thường gặp ở người trẻ, sinh hoạt tình dục vô độ, không giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục. Triệu chứng:

- Đau, khó chịu sau giao hợp trong 1- 2 ngày đầu.
- Ra nhiều khí hư màu vàng, đôi khi có mùi hôi.
- Sinh hoạt tình dục đau, khó chịu.
- Đi tiểu rát, đau.
- Khám: Vùng tiền đình có màu đỏ, có nhiều khí hư màu vàng lẫn mủ, chạm vào đau, đặc biệt vùng màng trinh, niêm mạc vùng tiền đình phù nề, màu đỏ.
- Cấy hoặc soi, Nhuộm Gram có thể thấy vi trùng gây bệnh.

2.3.2. Viêm âm hộ mãn tính

Xuất hiện sau viêm âm hộ cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị trở thành viêm âm hộ mãn tính.Triệu chứng:

- Đau do viêm cấp đã giảm, nhưng khí hư không giảm, khí hư vẫn ra nhiều nên xuất hiện triệu chứng ngứa.
- Khám: Âm hộ có màu đỏ, không còn dấu hiệu phù nề do viêm, nắn còn đau ít, vẫn còn nhiều khí hư màu vàng, gây ngứa.
- Xét nghiệm khí hư: Có thể thấy vi trùng gây bệnh.

2.4. Xử trí

- Hạn chế hoạt động tình dục, giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục, vệ sinh trong và khi hành kinh, vệ sinh cá nhân.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng các dung dịch sát trùng như dung dịch thuốc tím, sau mỗi lần tiểu, đại tiện, hoạt động tình dục.
- Toàn thân: Dùng kháng sinh toàn thân.

3. Viêm hay áp xe tuyến Bartholin hay tuyến Skene

3.1. Định nghĩa: Tuyến Bartholin hay tuyến Skene đều nằm ở vùng tiền đình, tuyến Skene ít bị viêm hơn vì cửa tuyến nhỏ ở cạnh lỗ niệu đạo,

Tuyến Bartholin thường bị viêm hay bị áp xe do cửa tuyến rộng, lại nằm ngay đầu dưới âm hộ, ngoài màng trinh, nên thường bị viêm và áp xe.

3.2. Nguyên nhân

- Là hậu quả của viêm âm hộ.
- Vi khuẩn thường gặp: Liên cầu, tụ cầu, trực khuẩn Coli, cũng có thể do lậu cầu.

3.3. Triệu chứng: (Cấp và mãn tính)

a) Cấp tính: Viêm tuyến Skene hay tuyến Bartholin cấp tính có biểu hiện lâm sàng giống như viêm âm hộ

- Đau.
- Ra khí hư.
- Ngứa.

Thực thể,

- Vùng âm hộ viêm đỏ.
- Vùng cửa tuyến Skene và cửa tuyến Bartholin viêm đỏ. Nắn vào vùng tuyến đó bệnh nhân đau, đôi khi thấy mủ từ trong tuyến chảy ra.

b) Mãn tính

- Tuyến Skene ít có biểu hiện viêm mãn tính.

- Tuyến Bartholin thường có biểu hiện viêm mãn tính bằng áp xe tuyến Bartholin. Sau một thời gian viêm tuyến Bartholin cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị sẽ trở thành áp xe tuyến Bartholin.

- Biểu hiện lâm sàng: Tình trạng viêm âm hộ giảm dần, nhưng vẫn còn ra khí hư và đau. Đau tăng khi đi lại hoặc khi giao hợp. Khám bằng cách nắn môi nhỏ giữa ngón trỏ và ngón cái sẽ thấy một khối to, căng, rắn, tròn đều, nắn thấy đau và có mủ chảy ra ở cửa tuyến ở mặt trong môi bé và màng trinh.

3.4. Xử trí

- Cấp tính: Kháng sinh toàn thân, khi hết viêm tấy thì chích mủ dẫn lưu sau 3 tháng mổ bóc tách túi tuyến.

- Mãn tính: Mổ bóc tách cả khối, cho kháng sinh toàn thân trước khi mổ bóc tách áp xe.

4. Viêm âm đạo

4.1. Nguyên nhân

- Do yếu tố kháng khuẩn tự nhiên của âm đạo bị giảm ở tuổi già, Estrogen giảm sẽ tạo điều kiện làm vi khuẩn gây bệnh phát triển.

- Do vệ sinh cá nhân kém, do vệ sinh khi giao hợp bị nhiễm khuẩn.

- Do ký sinh trùng roi, nấm Candida Albican.

4.2. Các hình thái lâm sàng

a) Viêm âm đạo do tạp khuẩn

* Triệu chứng: khí hư trắng hay hơi vàng, có khi đặc như mủ, niêm mạc âm đạo hơi đỏ, lau sạch âm đạo bôi dung dịch Lugol niêm mạc âm đạo bắt màu không đều, chỗ thẩm, chỗ nhạt.

* Điều trị:

- Rửa âm đạo bằng nước diệt khuẩn: thuốc tím.

- Đặt kháng sinh diệt khuẩn Sulfamit

Chú ý: Đặt thuốc trước khi đi ngủ sau khi làm vệ sinh vùng âm hộ. (Tốt nhất làm kháng sinh đồ điều trị).

b) Viêm âm đạo do ký sinh trùng roi Trichomonas

* Triệu chứng:

- Ngứa nhiều vùng âm hộ vào trước - trong - sau khi hành kinh.

- Khi hư ra nhiều màu trắng đục, loãng có bọt

- Âm đạo có nhiều ổ viêm đỏ.

- Âm đạo đỏ không bắt màu Lugol nên khi bôi dung dịch này thấy trên nền niêm mạc âm đạo bắt màu nâu, có những điểm viêm không bắt màu (gọi là hình ảnh sao đêm).

- Xét nghiệm khí hư thấy Trichomonas trong khí hư.

* Điều trị: Làm thuốc âm đạo bằng Axit Lactic 4%.

- Đặt Metronidazon (hoặc Klion); Flagyl 0,25g X 1 viên trong 10 ngày

- Uống Flagyl 4 viên/24h, cả 2 vợ chồng trong 7 ngày.

- Không giao hợp trong khi điều trị, không tắm nước ao hồ. Khi vệ sinh phụ nữ dùng chậu riêng.

c) Viêm âm đạo do nấm Candida Anbican

* Triệu chứng:

- Ngứa nhiều vùng âm hộ vào giữa chu kỳ kinh.

- Khí hư đặc như bột có ánh trắng.

- Âm đạo có màu đỏ tím.

- Xét nghiệm khí hư thấy các sợi nấm Candida Albican.

* Điều trị:

- Khí hư nhiều phải làm thuốc âm đạo bằng dung dịch Bicacbonat Natri 1%.

- Đặt âm đạo Nystatin 0,07g x 1 viên/ ngày x 10 - 15 ngày.

- Nếu không xác định được viêm âm đạo do nấm hay ký sinh trùng rồi nên dùng viên Flagystatin là loại có cả 2 Nystatin và Flagyl.

d) Viêm âm đạo ở người già

* Triệu chứng: Do dịch tiết giảm, âm đạo khô đi và do Estrogen giảm, pH âm đạo giảm, vi khuẩn dễ gây bệnh.

* Điều trị: Đặt viên (đạn, nén) thuốc Estrogen hoặc bôi kem Estrogen.

e) Viêm âm đạo không đặc hiệu

- Chủ yếu do 1 chủng vi khuẩn gây bệnh Gram âm có tên Gardnerelia âm đạo (Tên cũ Hemophilis âm đạo). Gọi là không đặc hiệu vì vi khuẩn này phải kết hợp với 1 loại vi khuẩn kỵ khí khác mới gây viêm, khí hư.

- Nếu đem soi tươi cũng có thể nhận ra những tế bào âm đạo có ở bờ răng cưa.

Điều trị: Như điều trị với Trichomonas. Sulfamit đặt âm đạo kết quả thấp hơn.

f) Các nguyên nhân khác

- Viêm âm đạo do hoá chất hoặc dị ứng. Cần tránh thụt rửa âm đạo với mục đích tránh thai. Ngừng sử dụng các tác nhân gây bệnh.

Viêm âm đạo, âm hộ thường bắt đầu là viêm âm đạo do Trichomonas, di nấm, rồi ngứa gãi gây viêm âm hộ do tụ cầu.

* Xử trí:

- Chấm âm hộ bằng tim Gentian 1% và điều trị nguyên nhân gây viêm âm đạo.

- Có thể là do 1 dị vật như 1 bông cầu sau khám phụ khoa bị bỏ quên./.

BÀI 36. CAO HUYẾT ÁP THAI NGHÉN, SẢN GIẬT

MỤC TIÊU

- Trình bày được phân loại cao huyết áp thai nghén;

- Trình bày được triệu chứng và xử trí cao huyết áp thai nghén, sản giật;

- Trình bày được các biện pháp dự phòng cao huyết áp thai nghén, tiền sản giật, sản giật.

NỘI DUNG

1.Đại cương

Cao huyết áp là một triệu chứng có thể có trước lúc mang thai hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay đã có sẵn và nặng lên do thai nghén. Điều này có nghĩa là cao huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai. Nhưng dù nguyên nhân nào thì cao huyết áp trong thai nghén là dấu hiệu báo động hoặc dấu hiệu của một thai kỳ đầu nguy cơ có thể gây tử vong mẹ và thai nhi.

Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta gọi là nhiễm độc thai nghén thì ngày nay được gọi là tiền sản giật.

2. Phân loại cao huyết áp và thai nghén

Triệu chứng	Chẩn đoán
Huyết áp tâm trương 90mmHg hoặc cao hơn trước 20 tuần tuổi thai	THA mãn tính
Huyết áp tâm trương 90-110 mm Hg đo 2 lần cách nhau 4giờ, sau 20 tuần tuổi thai không có protein niệu	Thai nghén gây tăng huyết áp
Huyết áp tâm trương 90-110 mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 2 tuần tuổi thai. Protein niệu có thể tới + +, không có triệu chứng khác	Tiền sản giật nhẹ
- Huyết áp tâm trương > 110mm Hg sau 20 tuần tuổi thai Protein +++ hoặc hơn	Tiền sản giật nặng
- Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau:Tăng phản xạ. Đau đầu, chóng mặt. Mắt nhìn mờ, hoa mắt. Thiểu niệu (dưới	

400ml/24giờ)	
Đau vùng thượng vị . Phù phổi	
Có cơn giật. Hôn mê -Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng	Sản giật

3. Cao huyết áp và thai nghén

- Thường huyết áp cao ≥ 140/90mmHg

- Nếu HA tối đa tăng ≥ 30mgHg, huyết áp tối thiểu ≥ 15mmHg so với huyết áp trước khi có thai được coi là cao huyết áp. Chú ý: Đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ.

4. Tiền sản giật: Tiền sản giật là sự phát triển của cao huyết áp với phù và Protein niệu. Tiền sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ.

Tuy nhiên, tiền sản giật nặng có thể phát hiện sớm trước thời điểm đó với sự xuất hiện của tế bào nuôi (chứa trứng). Tỷ lệ gặp:từ 5% đến 10% trong thai nghén.

Yếu tố thuận lợi.

+ Con so của người mẹ lớn tuổi (trên 35 tuổi)

+ Mùa: Thường gặp nhiều về mùa lạnh

+ Đa ối đa thai

+ Chửa trứng

+ Người bị bệnh đái đường, bệnh mãn tính, cao huyết áp mãn tính, béo phì,

4.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Lâm sàng

- Cao huyết áp: Huyết áp tăng > 140/90mmHg.

So với trước khi có thai nếu huyết áp tối đa tăng ≥ 30mmHg huyết áp tối thiểu tăng ≥ 15mmg được coi là tăng huyết áp.

- Protein niệu: Thường xuất hiện muộn nhất trong 3 hiệu chứng mẫu nước tiểu chính xác phải lấy trong 24 giờ: 0,3g/l/24 giờ hoặc 0,5g/l với mẫu nước tiểu ngẫu nhiên (tương đương +)

Mức độ Protein niệu/24h	
Vết	: 0,1g/l
+	: 0,3g/l
++	: 1g/l
+++	: 3g/l
++++	: 10g/l

- Phù: Qua tổng kết thì 85% bệnh nhân có thai bị phù trong 3 tháng cuối là phù sinh lý, 15% được xem là phù bệnh lý.

Đặc điểm của phù: - Phù toàn thân, nghỉ ngơi không hết phù.

- Phù mềm, trắng, ấn lõm.
- Tăng cân nhanh hơn bình thường.

Quá trình mang thai người mẹ có thể tăng từ 10 -15kg nhưng trong 1 tuần không tăng quá 1 kg.

4.1.2. Cận lâm sàng

- Ngoài Protein niệu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu phụ thuộc mức độ tổn thương thận.
- Áp suất keo giảm, Protoin máu giảm.
- Soi đáy mắt: Có dấu hiệu gun, phù gai thị, xuất huyết vòng mạc.
- Xét nghiệm máu: Hồng cầu giảm.
- Siêu âm thai: Tim thai (+)

4.2. Các hình thái lâm sàng

Triệu chứng	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tâm trương	< 90 - 100mmHG	> 110mmHg
Protein niệu	Vết hoặc (+)	++ hoặc nhiều hơn
Nhức đầu	Không	Có
Rối loạn thị giác: mờ mắt	Không	Có
Đau thượng vị	Không	Có
Nôn, buồn nôn	Không	Có
Thiểu niệu	Không	Có
Co giật	Không	Có (sản giật)
Phù phổi	Không	Có
Creatinin máu	Bình thường	Tăng

Giảm tiểu cầu	Không	Có
Tăng men gan	Tăng rất ít	Tăng đáng kể
Thai chậm phát triển	Không	có

4.3. Tiêu chuẩn để chẩn đoán tiền sản giật nặng

- Lâm sàng: Có 1 trong các triệu chứng sau:

+ Huyết áp tối đa > 100mmHg và tối thiểu > 110mmHg.

+ Rối loạn thị giác.

+ Đau đầu dùng thuốc giảm đau không kết quả.

+ Đau vùng thượng vị.

+ Phù phổi hoặc xanh tím.

+ Thiểu niệu (< 400ml / 24giờ)

- Cận lâm sàng.

+ Protein niệu >3g/l/24 giờ hoặc + + +

+ Tiểu cầu giảm < 150.000/mm^3.

+ Bất thường các men gan (tăng SGOT, SGDT)

4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính dựa vào tiền sử, THA xuất hiện trước 20 tuần tuổi thai.

- Bệnh lý về thận: Viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mủ bể thận.

- Phù do tim, phù do dinh dưỡng.

4.5. Biến chứng của tiền sản giật nặng

+ Biến chứng về phía mẹ

- Sản giật

- Xuất huyết não

- Mù mắt

- Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp

- Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết vào ổ bụng.

- Suy tim cấp.

- Phù phổi cấp.

- Có thể rối loạn đông máu như giảm tiểu cầu.

+ Biến chứng về phía con.

- Thai chậm phát triển (56%)

- Đẻ non (40%)

- Tử vong chu sinh cao (10%)

4.6. Dự phòng - điều trị

* Dự phòng

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất để phát hiện sớm cao huyết áp, phù, protein niệu để điều trị kịp thời.

- Phát hiện sớm cao huyết áp và thai nghén để điều trị sớm trách các biến chứng nặng cho mẹ và con.

- Chú ý các yếu tố thuận lợi đưa đến tiền sản giật mùa đông mặc ấm, tránh lạnh.

- Khai thác kỹ bệnh sử gia đình, bệnh nội khoa và bệnh sử lần này.

* Điều trị

+ Tiền sản giật nhẹ: Có thể điều trị ngoại trú hoặc nhập viện.

- Nghỉ ngơi, ăn nhạt nằm nghiêng trái.

- An thần: Uống Diazepam

- Theo dõi hàng tuần nếu có các dấu hiệu nặng lên thì phải nhập viện và điều trị tích cực.

- Nếu thai đã đủ tháng cho đẻ.

+ Tiền sản giật nặng: Nhập viện điều trị tại tuyến tỉnh. Điều trị theo hướng nội khoa - sản khoa - ngoại khoa.

5. Sản giật: Sản giật là những cơn giật trong sản khoa, biểu hiện trên lâm sàng bằng những cơn giật sau đó đi vào hôn mê. Đây là biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng. Sản giật có thể xảy ra trước - trong và sau đẻ.

5.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

5.1.1. Lâm sàng: Cơn giật điển hình qua 4 giai đoạn.

- Giai đoạn xâm nhiễm: Khoảng từ 30 giây đến 1 phút.

Đặc điểm: Có những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan tràn xuống 2 tay.

- Giai đoạn giật cứng: Khoảng 30 giây. Biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu ô xy.

- Giai đoạn giật giãn cách: Khoảng 1 phút.

Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi lại tiếp cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra, thụt vào nên dễ cắm vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.

- Giai đoạn hôn mê: Các cử động co giật thưa dần rồi ngừng: Người bệnh rơi vào hôn mê. Tuỳ theo tình trạng nặng hay nhẹ mà người bệnh có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu.

Trường hợp nhẹ: Hôn mê từ 5 phút đến 7 phút rồi tỉnh.

Trường hợp nặng: Bệnh nhân hôn mê sâu, có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày, mất tri giác, đông từ giãn rộng, nơi loại cơ vòng đại tiểu tiện không tự chủ. Có thể chết do hôn mê kéo dài.

5.1.2. Cận lâm sàng

- Protein niệu > 5g/l có thể > 30g/l.
- Nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu.
- Nước tiểu ít, có khi vô niệu.
- Trường hợp suy thận: U rê máu, Creatinin, Acid Uric tăng.
- Đáy mắt: Có thể phù gai thị xuất huyết võng mạc.
- Bilirubin máu tăng > 1,2mg/l.
- Não: Có thể phù, thiếu máu khu trú và chảy máu não.

5.2. Chẩn đoán

5.2.1. Chẩn đoán xác định

Cơn giật điển hình qua 4 giai đoạn trên bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật.

5.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Động kinh: Có tiền sử động kinh trước khi có thai.
- Cơn Tetani: Có thể có hay không có tiền sử. Cơn giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác kiến bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dúm lại.
- Cơn Hysteria: Cơn co giật không giống nhau, tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói nhưng người bệnh vẫn biết. Mất trị giác nhưng không mất phản xạ.
- Các tai biến mạch máu não: Xuất huyết não, tắc mạch máu não.
- Tổn thương não: U não, áp xe não.
- Các bệnh nhiễm khuẩn: Viêm màng não, viêm não.

- Các bệnh chuyển hoá: Hôn mê do đái tháo đường, do urê máu cao, hôn mê gan.

5.3. Biến chứng

5.3.1. Về phía mẹ: Cắn phải lưỡi. Ngạt thở. Phù phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp. Xuất huyết não, màng não. Mù, thong manh, ngớ ngẩn. Cao huyết áp mãn tính, viêm gan, viêm thận mạn.

5.3.2. Về phía con: Thai kém phát triển, Thai chết trong tử cung. Đẻ non.

5.4. Điều trị

5.4.1. Tuyến y tế cơ sở

- Tránh ngã bằng cách giữ bệnh nhân hoặc cố định vào giường.
- Ngáng miệng để tránh cắn vào lưỡi.
- Hút đờm rãi phòng tắc đường hô hấp.
- An thần: Diazepam 10mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Giải thích cho gia đình và hộ tống chuyển tuyến trên.

5.4.2. Tuyến trên: Điều trị theo hướng: Kết hợp nội - sản và ngoại khoa.

* *Chăm sóc và hộ lý:* ở nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, nên ăn nhạt.

Ngáng miệng phòng cắn vào lưỡi.

Hút đờm rãi để phòng tắc đường hô hấp.

Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ và ghi vào bảng theo dõi phục vụ cho chế độ điều trị.

* Điều trị nội khoa:

- Chống co giật và đề phòng cơn co giật: Dùng Diazepam (Seduxen).
- Thuốc lựa chọn chống co giật: Magiesulfat 15%.
- Thuốc chống cao huyết áp: Hydralazine, Labetolot, Nifedipine.
- Lợi tiểu và vấn đề truyền dịch: Dùng Lasix khi lượng nước tiểu < 400ml/ 24giờ. Bù dịch phụ thuộc vào lượng nước tiểu; Truyền tối đa 700ml/24 giờ cộng với số nước tiểu bài suất.
- Kháng sinh và phòng bội nhiễm: Dùng kháng sinh ít độc cho con.

* Điều trị sản khoa

Nếu thai sống sau cơn giật phải lấy thai ra bằng bấm ối và truyền oxytoxin.

* Điều trị ngoại khoa: Mổ lấy thai nếu điều trị sản khoa không kết quả, mổ lấy thai là biện pháp thích hợp nhất.

Chú ý: Không được dùng Ecgometrin trong tiền sản giật và sản giật vì làm tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

* Chăm sóc sau đẻ

- Duy trì chế độ điều trị chống co giật trong 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng.
- Tiếp tục điều trị cao huyết áp khi huyết áp tâm trương >110 mmHg.
- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu./.

BÀI 37. RỐI LOẠN KINH NGUYỆT, DẬY THÌ

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa chu kỳ kinh nguyệt;

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng rối loạn kinh nguyệt;

- Trình bày được các bước cơ bản trong điều trị chảy máu tử cung bất thường.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Chảy máu tử cung bất thường là các trường hợp chảy máu từ tử cung bao gồm các trường hợp kinh nguyệt bất thường và các trường hợp chảy máu do bệnh lý toàn thân, các tổn thương cơ quan sinh dục và các biến chứng của thai nghén.

Chảy máu bất thường ở tử cung là một vấn đề rất hay gặp trong lâm sàng phụ khoa.

2. Sinh lý kinh nguyệt

Chu kỳ kinh nguyệt điển hình có hai giai đoạn: giai đoạn tăng sinh và giai đoạn chế tiết. Đặc trưng của giai đoạn tăng sinh là sự nổi trội của Estrogen và sự phát triển của niêm mạc tử cung. Giai đoạn chế tiết bắt đầu sau phóng noãn, có sự sản xuất Progesteron và Estrogen từ hoàng thể.

Kinh nguyệt xuất hiện sau khi lượng Estrogen và Progesteron tụt xuống. Trong những ngày đầu của thời kỳ hành kinh, các nút Thrombin hạn chế sự mất máu, nhưng sau đó là sự co thắt của các tiểu động mạch xoắn.

Đặc trưng của chu kỳ kinh nguyệt bình thường

- Độ dài vòng kinh: 28 ± 7 ngày.
- Thời gian hành kinh: 4 ± 2 ngày.
- Lượng máu mất: Từ 40ml đến 100ml.

3. Định nghĩa những bất thường chu kỳ kinh nguyệt

- Kinh thưa (Olygomenorrhea): Kinh nguyệt không thường xuyên, không đều. Chu kỳ kinh thường trên 35 ngày.

- Kinh mau (Polymenorrhea); Còn gọi là đa kinh. Chu kỳ kinh thường là 21 ngày hoặc ngắn hơn.

- Rong kinh (Menorrhagia): Kinh có chu kỳ, lượng kinh nhiều (> 80ml) và kéo dài trên 7 ngày.

- Rong huyết (Metrorrhagia): Ra máu bất thường không theo chu kỳ.

- Kinh ít (Hypomenorhea): số ngày có kinh ngắn, lượng kinh ít.

- Chảy máu giữa chu kỳ kinh (Intermenstrual bleeding): Chảy máu (thông thường lượng không nhiều) xảy ra giữa chu kỳ kinh bình thường.

- Bất thường khác: Thống kinh là hiện tượng đau bụng khi có kinh nguyệt, thống kinh nặng có thể kèm theo nôn và tiêu chảy.

4. Nguyên nhân

Bước đầu tiên của việc đánh giá là phải xác định chắc chắn nguồn gốc chảy máu, loại trừ đường tiêu hoá hoặc tiết niệu.

Có thể phân chia theo nguyên nhân chảy máu thành 5 nhóm riêng biệt theo nguyên nhân của nó.

4.1. Rong kinh, rong huyết cơ năng: Sự không phóng noãn là nguyên nhân thông thường của rong kinh cơ năng ở: Tuổi dậy thì.Tuổi mãn kinh. Không phóng noãn rải rác trong tuổi sinh đẻ.

4.2. Các tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục

- Uxơ tử cung: U xơ dưới niêm mạc.
- Polip tử cung, cổ tử cung.
- Ung thư cổ tử cung.
- Ung thư thân tử cung.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Lao sinh dục.
- Các khối u nội tiết của buồng trứng (Thecone Granulosome).

4.3. Các biến chứng liên quan với thai nghén

-Sảy thai.
- Bệnh tế bào nuôi.
- Chửa ngoài tử cung.
- Các biến chứng sau đẻ như sót rau, viêm nội mạc tử cung.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung.

4.4. Bệnh toàn thân

- Các bệnh về máu (Hemogenie).
- Thiếu máu mãn kinh.
- Sự kém nuôi dưỡng.
- Các bệnh về gan.

4.5. Các yếu tố do thuốc

- Điều trị các thuốc chống đông máu.
- Thuốc tiêm (Depo 1 Provera), cấy thuốc tránh thai, thuốc tránh thai uống.
- Điều trị hormon thay thế.

5. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử

Có thể biết được đặc điểm của kiểu chảy máu thông qua hỏi bệnh sử; tần suất, thời gian và lượng kinh. Xác định chảy máu có chu kỳ hay không cũng là điều quan trọng. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây, truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các Hormon tránh thai và các bệnh nội khoa mãn tính

5.2. Khám lâm sàng

Bao gồm khám toàn thân và khám phụ khoa (xem bài cụ thể theo nguyên nhân).

5.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào âm đạo giúp, phát hiện sớm các trường hợp ung thư bộ phận sinh dục, nhất là ung thư cổ tử cung.
- Nạo sinh thiết buồng tử cung giúp phát hiện ung thư nội mạc tử cung.
- Soi buồng tử cung.
- Chụp phim tử cung - vòi trứng.
- Siêu âm phát hiện các trường hợp khối u đường sinh dục và các biến chứng của thai nghén.
- Các xét nghiệm khác bao gồm công thức máu, xét nghiệm thử thai, nên làm với tất cả phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Các xét nghiệm khác chỉ được chỉ định sau khi hỏi bệnh sử và khám thực thể.

6. Điều trị

*6.1. Nguyên tắc điều trị:*Người bệnh cần được điều trị cơ bản theo nguyên nhân và điều trị nâng đỡ khi tổng trạng suy giảm.

6.2. Điều trị nguyên nhân

6.2.1. Nguyên nhân toàn thân: Người bệnh được điều trị theo đúng nguyên nhân, khi bệnh ổn định, kinh nguyệt sẽ trở lại bình thường.

6.2.2. Nguyên nhân do tổn thương thực thể cơ quan sinh dục và các biến chứng của thai nghén: Tùy theo các tổn thương thực thể, sẽ có điều trị tương ứng.

6.2.3. Nguyên nhân cơ năng

- Rong kinh tuổi trẻ (Metropathia Juvenillis) thường quen gọi là rong kinh tuổi dậy thì vì thông thường hay gặp ở tuổi dậy thì.

+ Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu, nhất là những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới điều trị cầm máu.

+ Điều trị nguyên nhân bằng thuốc nội tiết.

- Nạo bằng Hormon: Tiêm Progesteron hoặc uống Progestagen, sau đó điều trị bằng Estrogen để tái phát triển niêm mạc tử cung, cầm máu.

- Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau, cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho Progestagen đơn thuần hoặc cho kết hợp Estrogen với Progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

+ Kết hợp thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung, cho tiếp vòng kính nhân tạo, có thể cho Progestagen đơn thuần hoặc cho kết hợp Estrogen với Progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

+ Kết hợp thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (Oxytoxin, Ergotamin).

+ Nếu trong những trường hợp rất hãn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả, mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ: khi Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh.

+ Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung; có 3 lợi ích:

* Cầm máu nhanh đỡ (mất máu).

* Làm giải phâu bệnh lý (loại trừ ác tính).

* Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (dùng Hormon tiếp theo).

+ Ngày nạo niêm mạc tử cung được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho Progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong vòng 3 vòng kinh liền.

- Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (từ 18 tuổi đến 45 tuổi).

+ Cường kinh (kinh nhiều).

* Ở người trẻ tuổi, tử cung co kém: Dùng thuốc tăng cơ tử cung.

* Tử cung kém phát triển: Vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

* Ở người lớn tuổi: Nếu có tổn thương thực thể (u xơ tử cung, Polip cổ tử cung..) chưa có chỉ định phẫu thuật có thể dùng Progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho Progestagen liều cao (mất kinh 3 đến 4 tháng liền). Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả, nên mổ cắt tử cung.

- Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung: Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài.

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài).

+ Thuốc: Progestagen 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh, trong 3 tháng liền.

+ Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.

6.2.4. Thống kinh: Dùng thuốc giảm đau như: Atrophin, Papaverin

7. Chăm sóc bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường

Tuỳ theo người bệnh điều trị ngoại trú hay tại viện mà người hộ sinh có kế hoạch chăm sóc khác nhau, theo kế hoạch chăm sóc của quy trình thực hành./.

BÀI 38. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

MỤC TIÊU

- Trình bày được triệu chứng bệnh lây truyền qua đường tình dục;

- Xử trí được bệnh lây truyền qua đường tình dục và cách đề phòng.

NỘI DUNG

1. Viêm âm đạo do ký sinh trùng Roi

1.1. Nguyên nhân: Do ký sinh trùng Roi (Trichomonas vaginalis)

1.2. Triệu chứng.

- Trichomonas vaginalis là một ký sinh trùng lây theo đường tình dục chiếm 50% số phụ nữ đến khám viêm âm đạo.

- Trichomonas vaginalis không gây triệu chứng gì ở nam giới khi vào âm đạo nó nam ở đáy các lớp nhân ngang chờ hoàn cảnh thích hợp như có bội nhiễm với vi khuẩn gây bệnh khác hoặc độ toan giảm.

- Có 3 đặc điểm nhận biết:

+ Khí hư nhiều, loãng, có bọt có thể có mùi hôi.

+ Ngứa

+ Khí hư và ngứa tăng lên vào trước và ngay, sau khi hành kinh.

1.3. Điều trị

+ Metronidazol (Flagyl, Klion) 0,25g x8 viên uống 1 lần cho cả vợ và chồng.

+ Hoặc Metronidazol 0,25g x 4viên/ ngày uống 7 ngày sẽ khỏi tới 90% và nêu chưa khỏi có thể điều trị đợt tiếp sau 7 ngày.

+ 2 tháng sau khám lại nếu còn bệnh điều trị tiếp. Tác dụng phụ không đáng kể, chỉ buồn nôn.

1.4. Phòng bệnh.

- Không giao hợp với người bị bệnh viêm âm đạo do trùng roi.

- Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục, không dùng chung khăn, chậu tắm với người bị bệnh viêm âm đạo do trùng roi.

2. Viêm âm đạo do nấm

2.1 .Nguyên nhân

Nấm gây bệnh Candida AlBicans, có thể gây nhiễm tới 10% số phụ nữ ở tuổi sinh đẻ, cũng được xếp vào bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Nấm âm đạo sẽ phát triển mạnh trong môi trường tương đối toan (pH 5- 6,5) khi lượng Glycogen trong âm đạo tăng (ở người có thai) và khi điều trị kháng sinh phổ rộng (vi khuẩn giảm nhưng nấm phát triển tăng lên)

2.2. Triệu chứng. Cũng có 3 triệu chứng để nhận biết:

+ Khí hư: Đặc trắng, dai, khó lau sạch

+ Ngứa

+ Khí hư và ngứa tăng lên vào giữa kỳ kinh.

Khác với Trichomonas sau giao hợp nam giới có thể phàn nàn về cảm giác khó chịu ở da bao qui đầu. Một số trường hợp cần xét nghiệm, nhuộm soi tươi, cấy nấm.

2.3. Điều trị.

Nystatin 100.000 UI đặt âm đạo 1 viên đến 2 viên/ ngày điều trị trong 14 ngày

Hoặc Miconazol hoặc Clotrimazol viên 200mg x 1 viên/lần đặt âm đạo x 3 ngày.

Hoặc Clotrimazol viên 500mg x 1 viên đặt âm đạo 1 liều duy nhất hoặc Itraconazol (Diflucan) 150mg uống 1 viên duy nhất

Chú ý: Không cần điều trị cho bạn tình

- Với phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu không dùng Metronidazol. Chỉ điều trị tại cho bằng đặt âm đạo Clotrimazol 100mg ngày x 6 ngày. Từ tháng thứ 4 trở đi mới dùng Trimetronidazol điều trị toàn thân.

- Trong khi điều trị bằng Metronidazol không được quan hệ tình dục, uống rượu cho đến 24 giờ sau khi ngừng thuốc.

2.4. Phòng bệnh

- Không giao hợp với người bị bệnh viêm âm đạo do nấm

- Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục, không dùng chung khăn, chậu tắm với người bị bệnh viêm âm đạo do nấm.

3. Viêm âm đạo không đặc hiệu

Chủ yếu do một chủng vi khuẩn gây bệnh gram (-) có tên Hemophilis âm đạo. Gọi là không đặc hiệu vì vi khuẩn này phải kết hợp với một loại vi khuẩn kị khí mới gây viêm, khí hư.

Nếu đem soi tươi cũng dễ nhận ra những tế bào âm đạo có bờ răng cưa.

Điều trị: Như điều trị với Trichomonas. Sunfathiazol đặt âm đạo kết quả tốt hơn.

4. Viêm tiểu khung (chỉ gặp ở nữ giới).

4.1. Mầm bệnh; Hay gặp nhất là do vi khuẩn (lậu và chlamydia)

Có thể lan từ dưới lên (Viêm từ âm hộ lên âm đạo và vào tiểu khung)

4.2. Chẩn đoán

- Đau vùng bụng dưới và đau lưng kéo dài kèm theo ra khí hư.
- Ra huyết thấm giọt qua âm đạo ngoài kỳ kinh hoặc trong khi tiểu tiện.
- Sốt, ớn lạnh (nếu là mãn tính thì không có hai triệu chứng này).
- Đau khi giao hợp

4.3. Biến chứng: Hay gây tắc vòi trứng và vô sinh.

4.4. Điều trị

Kháng sinh liều cao phối hợp. Theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

Phòng bệnh: Chữa thật sớm và triệt để các viêm nhiễm sinh dục ở nữ và nam, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi sảy và đẻ, vệ sinh khi giao hợp.

5. Mụn cóc, u nhú, u gai

5.1. Mầm bệnh: HPV (Human Papilloma Virus gây u nhú ở người)

5.2. Triệu chứng. Ở nam giới và nữ giới như nhau.

- Triệu chứng xuất hiện vào khoảng từ 1 đến 8 tháng sau tiếp xúc.
- Có những mụn nhỏ lổn nhổn ở bộ phận sinh dục và ở hậu môn. Không tự mất.
- Ngứa rát và quanh bộ phận sinh dục.

5.3. Biến chứng : Có thể tổn thương biến thành ung thư ở cổ tử cung.

5.4 Điều trị. Chữa bệnh: Chưa có thuốc chữa hiệu quả. Thường phải đốt điện chữa cả vợ và chồng.

5.5.Phòng bệnh: Không giao hợp với người bị bệnh. Dùng bao cao su, không dùng chung khăn, chậu tắm.

6. Bệnh viêm gan B

6.1. Mầm bệnh. Vi rút viêm gan B

6.2. Triệu chứng. Ở nam giới và nữ giới như nhau,

- Triệu chứng xuất hiện vào 1- 9 tháng tiếp xúc.
- Có cảm giác như thấy bị cúm nhưng không thấy mất đi.
- Mệt mỏi. Vàng da,vàng mắt.

- Nước tiểu vàng như nước vôi.

6.3.Biến chứng.Suy gan, xơ gan, ung thư gan.

6.4. Điều trị: Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

6.5.Phòng bệnh: Tránh dùng kim, bơm tiêm chung với người bị viêm gan. Không giao hợp với người bị viêm gan hoặc phải dùng bao cao su khi quan hệ tình dục.

7. Nhiễm HIV/AIDS.

7.1. Mầm bệnh: Vi rút AIDS viết tắt là HIV (Human Immuno - Deficiency Virus).

7.2. Triệu chứng. Ở nam giới và nữ giới như nhau.Triệu chứng xuất hiện sau tiếp xúc nhiều tháng, nhiều năm. Có thể sau nhiều năm không có triệu chứng.

- Sút cân và mệt mỏi không rõ nguyên nhân.
- Luôn có cảm giác như bị cúm mà không thấy mất đi.
- Ỉa chảy kéo dài.
- Vết trang ở miệng kéo dài.
- Nhiễm nấm kéo dài không nổi.

7.3 Biến chứng.

- Suy giảm miễn dịch gây tử vong do bội nhiễm.
- Truyền bệnh cho con khi có thai và cho con bú

7.4. Điều trị: Chữa bệnh: Chưa có thuốc chữa hiệu quả.

7.5. Phòng bệnh.

- Dùng kim và bơm tiêm riêng mỗi khi cần tiêm chích.
- Dùng bao cao su khi giao hợp.
- Không dùng máu của người đã nhiễm HVI truyền cho người khác.

8. Bệnh Hec - pét (Herpes)

8.1. Mầm bệnh:Vi rút Her pes

8.2. Triệu chứng: Ở nam giới và nữ giới như nhau. Triệu chứng xuất hiện vào khoảng từ 1 đến 30 ngày sau tiếp xúc.

- Có dấu hiệu như cảm cúm.
- Có những vết phồng rộp ở bộ phận sinh dục, miệng kéo dài 1 đến 3 tuần.
- Ngứa, bỏng rát trước khi nổi phồng rộp.

- Nốt phỏng tự mất nhưng bệnh Herpes vẫn còn và có thể bị nổi phồng lại khi sức đề kháng của cơ thể giảm sút.

8.3. Biến chứng: Có thể gây ung thư cổ tử cung.

8.4. Điều trị: Hiện chưa có thuốc chữa hiệu quả.

8.5. Phòng bệnh: Dùng bao cao su trong mỗi lần quan hệ tình dục, tránh giao hợp với người bị bệnh.

9. Nhiễm khuẩn lậu.

Do Neisseria Conorrheoa, một song cầu gram (-) gây ra, là nguyên nhân gây vô sinh thường gặp.

Thường gặp ở tuổi từ 15 đến 20, thời gian ủ bệnh thường từ 3 đến 10 ngày.

Ở phụ nữ, khởi đầu kín đáo: Viêm niệu đạo, cổ tử cung, ít khi rầm rộ (theo cổ điển: quà cưới), viêm phần phụ thường là cấp tính - > vô sinh.

Không điều trị hay điều trị không tốt, bệnh lậu trở thành mạn, vi khuẩn nấp đâu đó tái xuất hiện khi mệt mỏi, tình dục quá độ.

Điều trị: Lý tưởng là điều trị mạnh để diệt mầm bệnh để đừng mắc thêm một bệnh lây truyền đường tình dục khác: Chlamydia, giang mai, HTV.

Liều chịu được.

Chữa cả 2 vợ chồng.

	Loại thuốc	**Liều lượng**	**Đường vào**
Điều trị minute (Liềuduy nhất)	Biclinociline	4 triệu ĐV	Bắp
	Thiophenicol	750mg x2	Bắp
	Trobicine	4g	Bắp
	Eryihrocine 1000	2g	Uống
	Kamycine	2g	Bắp
	Claforan	1g	TM
	Mefoxin	2g	Bắp

Vị trí tại chỗ của lậu cầu.

- Ở tiết niệu: niệu đạo, bàng quang.
- Ở tầng sinh môn: âm hộ, tuyến Bartholin, tuyến Skene.
- Ở phụ khoa: cổ tử cung, phần phụ.

Ngoài ra:

- Ở mắt: Viêm kết mạc, gây mủ ở sơ sinh.
- Họng: Viêm họng
- Hậu môn trực tràng: Viêm hậu môn, viêm trực tràng.
- Ngoài da: Các nốt ban mủ.
- Khớp: Viêm khớp.
- Tim: Viêm nội tâm mạc.
- Tiêu hoá: Viêm quanh gan.

Điều trị một số phần phụ do lậu cầu:

- Cho nhập viện - Soi ổ bụng - Lấy dịch thử.
- Điều trị trong một tháng Penicilline G20 triệu UI/ngày từ ngày 1 đến ngày 15.
- Prototapen 3,50g/ngày từ ngày 15 đến ngày 30.
- Flagyl 1g/ ngày trong 10 ngày.
- Nếu cần cho chống viêm, Corticoiders.

10. Nhiễm khuẩn do Chlamydia Trachomatis.

Chlamydiae Trachomatis là những sinh vật rất nhỏ sống ký sinh trong tế bào. Nó phát triển phụ thuộc vào tế bào nó sống ký sinh và đặc biệt ưu ái với các tế bào trụ. Đây là bệnh lây truyền qua đường tình dục, hay gặp ở nữ 20-30 tuổi.

60% những người bị viêm niệu đạo và 40% đến 50% người viêm vòi trứng là do Chlamydia Trachomatis.

Trên lâm sàng ủ bệnh thường từ 15 - 40 ngày. Các triệu chứng hay gặp:

- Viêm âm hộ âm đạo bán cấp.
- Viêm cổ tử cung không đặc hiệu
- Viêm vòi trứng cấp hay bán cấp gây đau, sốt, rong huyết.

Các di chứng để lại: Đau mãn tính, vòi trứng có nước, vô sinh, chửa ngoài tử cung. Điều trị kháng sinh trong khoảng từ 15 - 21 ngày, chữa cả 2 vợ chồng (Tetracycline).

Nếu nhiễm khuẩn niệu sinh dục không biến chứng thì điều trị:

- Tetralysal: 2 viên/150mg/ngày trong 21 ngày.
- Vibaramycine 2 viên/100mg/1g uống/ngày/21 ngày.

Nếu viêm phân phụ cấp tính, chẩn đoán xác định qua soi, điều trị như sau:

- Vibraveineuse 200 mg x 2 ngày.

- Gentalline 160mg bắp/10 ngày.

- Fasigyne 500 = 2g uống trong 15 ngày.

Các vị trí nhiễm khuẩn Chlamydiae khác: Kết mạc 10%. Khớp 10%. Lợi 30%.

Ở sơ sinh: Kết mạc (rất hay gặp); Viêm phổi kẽ.

Điều trị: Như nhiễm khuẩn sinh dục.

11. Giang mai.

Giang mai là một bệnh nhiễm khuẩn rất hay lây truyền theo đường tình dục do Treponema Pallidum gây ra.

Chẩn đoán lâm sàng

Giang mai nguyên phát: Chẩn đoán dễ, dựa vào sự xuất hiện 1 săng ở bộ sinh dục, có kèm theo hay không một hạch.

Săng là một ổ loét nông, bờ rõ, tròn, mặt rỉ nước trong chứa đầy Treponeme. Đường kính săng từ 0,5cm đến 2cm. Săng không đau, nắn thấy nền cứng, thường kèm theo hạch cứng, không đau, di động.

90% trường hợp săng xuất hiện ở bộ phận sinh dục, 10% còn lại ở vị trí khác như mồm họng (môi dưới, lưỡi, Amiđan) và hậu môn trực tràng.

Giang mai thứ phát: Thường xuất hiện 45 ngày sau một săng không được điều trị. Đặc điểm là các dấu hiệu da, niêm mạc rất rõ. Ban giang mai xuất hiện 45 ngày sau một săng, đó là một ban màu hồng nhạt như hoa đào, rải rác xuất hiện vài tuần nếu không được điều trị.

Sau đó từ 4 -12 tháng là những nốt sùi màu đỏ sẫm thường ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, các vùng quanh mặt. Nếu không điều trị các tổn thương niêm mạc này biến mất sau vài tuần và chuyển sang giai đoạn giang mai huyết thanh

Điều trị

Penicilline là kháng sinh tốt nhất vì diệt khuẩn mạnh và kháng thuốc là hãn hữu Nên dừng các loại tiêm tác dụng chậm, ví dụ:

- Bepenicilline 1.000.000 đv/ngày 1 lần tiêm;

- Biclinocilline 1.000.000 hay 1.250.000đv/ngày 1 lần.

- Penicilline chậm.

- Extencilline 1.200.000 đv hay 2.400.000/1 lần tiêm.

- Extencilline Bipenicillne 1.200.000đv/21ần tiêm 1 lần tiêm 1 tuần trong ltuần.

- Nếu không chịu được Penicilline phải dừng.

- Terramycine Solu - retard 1,5g/ngày trong 15 ngày.

- Rovamycine 3g/ngày trong 15 ngày.

Thái độ xử trí cụ thể.

- Giang mai nguyên phát: Tiêm 1 liều duy nhất: 2.400.000đv Extencilline hay Bipenicilline (Biclinocilline) 1.000.000Đv/ngày trong 15 ngày.

- Giang mai thứ phải điều trị như sau:

Ngày 1 đến ngày 5 uống 1,5g Aspirine/ngày.

Kháng sinh: Bipenicilline hay Biclinocilline dùng liên tục: Ngày 1: 50.000 đv. Ngày 2: 100.000 đv. Ngày 3: 150.000 đv. Ngày 4: 200.000 đv. Ngày 5: 500 000 đv. Ngày 6- 15:1.000.000 đv.

Theo dõi bằng test huyết thanh./.

BÀI 39. CÁC THỜI KỲ TUỔI TRẺ

MỤC TIÊU

- Trình bày được đặc điểm sinh lý và bệnh lý 6 thời kỳ của trẻ em;

- Trình bày được nội dung phòng bệnh của từng thời kỳ tuổi trẻ.

NỘI DUNG

Cơ thể trẻ em khác với người lớn "Trẻ em không phải là người lớn thu nhỏ". Tuổi trẻ của trẻ em chia 6 thời kỳ. Mỗi thời kỳ phát triển của trẻ có những đặc điểm sinh lý và bệnh lý khác nhau.

1. Thời kỳ phát triển trong tử cung

1.1. Giới hạn: Từ khi thụ thai đến lúc trẻ ra đời trung bình là khoảng 270 - 280 ngày.

1.2. Đặc điểm sinh lý: Thời kỳ này chia làm 2 giai đoạn:

+ Giai đoạn hình thành thai nhi: 3 tháng đầu.

+ Giai đoạn phát triển thai nhi: 6 tháng sau.

Sự phát triển của thai nhi hoàn toàn phụ thuộc vào bà mẹ.

1.3. Đặc điểm bệnh lý

- Giai đoạn 3 tháng đầu: Có thể hình thành dị tật bẩm sinh do mẹ bị nhiễm: virus (cúm, sốt phát ban), phóng xạ, hoá chất độc, có thể sảy thai.

- Giai đoạn 6 tháng sau: Có thể đẻ non, thai chết lưu, suy dinh dưỡng bào thai.

1.4. Phòng bệnh

- Cho mẹ ăn đầy đủ dinh dưỡng: Ngũ cốc, đạm, mỡ, đường, Vitamin.
- Mẹ tránh tiếp xúc các nguồn lây bệnh.
- Tiêm phòng uốn ván cho mẹ.

2. Thời kỳ sơ sinh.

2.1. Giới hạn: Kể từ lúc đẻ cho tới lúc trẻ 4 tuần.

2.2. Đặc điểm sinh lý: Thời kỳ trẻ thích nghi dần với cuộc sống bên ngoài tử cung.

- Trẻ bắt đầu thở bằng phổi.
- Vòng tuần hoàn chính thức hoạt động...
- Bộ máy tiêu hoá bắt đầu hoạt động: Ví dụ: Trẻ bú, nuốt.
- Trẻ ngủ suốt ngày do hệ thần kinh chưa phát triển.

2.3. Đặc điểm bệnh lý

- Phát hiện ra dị tật bẩm sinh: Ví dụ sứt môi, hở hàm ếch.
- Trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn: Viêm da, viêm rốn, viêm phổi.
- Diễn biến bệnh dễ trở thành nặng.

2.4. Phòng bệnh

- Chăm sóc trẻ đảm bảo được vô khuẩn.
- Đảm bảo trẻ được ăn sữa mẹ.
- Tiêm chủng đúng lịch.

3. Thời kỳ bú mẹ.

3.1. Giới hạn: Tiếp thời kỳ sơ sinh cho đến khi trẻ được 12 tháng.

3.2. Đặc điểm sinh lý

- Trẻ lớn nhanh: Cân nặng và chiều cao phát triển nhanh.
- Nhu cầu dinh dưỡng cao.
- Bộ máy tiêu hoá hoạt động yếu.

3.3. Đặc điểm bệnh lý

- Trẻ dễ mắc bệnh về dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng, còi xương.
- Dễ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp: Viêm phổi.
- Dễ bị tiêu chảy.

3.4. Phòng bệnh

- Đảm bảo trẻ được ăn sữa mẹ.
- Cho ăn bổ sung đúng lúc, đúng và đủ số lượng, chất lượng.
- Tiêm chủng đúng lịch.

4. Thời kỳ răng sữa.

4.1. Giới hạn: Từ 1 -7 tuổi: Từ 1- 3 tuổi: Tuổi nhà trẻ. Từ 4- 7 tuổi: Tuổi mẫu giáo

4.2. Đặc điểm sinh lý

- Phát triển nhanh về vận động và tinh thần, Trẻ biết đi, chạy, nhảy, nói.
- Trẻ thích tiếp xúc với bạn bè.

4.3. Đặc điểm bệnh lý

- Dễ mắc các bệnh lây: Sởi, cúm do trẻ tiếp xúc rộng rãi.
- Xuất hiện cách bệnh dị ứng: mẩn ngứa, hen, viêm cầu thận.v.v.

4.4. Phòng bệnh

- Dạy cho trẻ có ý thức vệ sinh cơ thể, vệ sinh môi trường.
- Tổ chức hoạt động vui chơi ngoài trời.
- Sớm cách ly những trẻ bị bệnh.
- Tiêm chủng đúng lịch

5. Thời kỳ niên thiếu

5.1. Giới hạn.Từ 7 - 15 tuổi.

5.2 Đặc điểm sinh lý

- Chức năng các bộ phận đã hoàn thiện
- Hình thành tâm lý về giới
- Thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn

5.3 Đặc điểm bệnh lý

- Dễ mắc bệnh thấp tim.
- Các bệnh do sai lệch về tư thế ngồi học: Gù, vẹo cột sống, cận thị.

5.4. Phòng bệnh:

- Đề phòng bệnh thấp tim.
- Chú ý tư thế ngồi học thích hợp với lứa tuổi.
- Phòng học đủ ánh sáng

6.Thời kỳ dậy thì

6.1. Giới hạn: Trẻ gái: Bắt đầu từ 9 - 12 tuổi và kết thúc lúc 17 -18 tuổi.
Trẻ trai: Bắt đầu từ 10 - 14 tuổi và kết thúc lúc 19 -20 tuổi.

6.2. Đặc điểm sinh lý

- Trẻ lớn nhanh, hoạt động các tuyến nội tiết chiếm ưu thế.
- Biến đổi nhiều về tâm lý, sinh lý.
- Chức năng sinh dục đã trưởng thành.

6.3. Đặc điểm bệnh lý

- Trẻ dễ mắc rối loạn tâm thần.
- Phát hiện các dị tật của cơ quan sinh dục.
- Các bệnh lý khác giống người lớn.

6.4. Phòng bệnh:

- Giáo dục cho trẻ biết yêu thể thao.
- Quan hệ nam nữ lành mạnh.
- Đề phòng các bệnh do quan hệ tình dục, nghiện hút gây ra./.

BÀI 40
SỰ CHẬM PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT, TÂM THẦN, VẬN ĐỘNG Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU

- Trình bày được các chỉ số chính để đánh giá sự phát triển thể chất của trẻ em;

- Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ em;

- Trình bày được mục đích, cấu tạo, cách sử dụng của biểu đồ theo dõi cân nặng trẻ em;

- Trình bày được các đặc điểm chính sự phát triển tinh thần và vận động của trẻ qua từng độ tuổi.

NỘI DUNG

Để đánh giá sự phát triển toàn diện của trẻ, người ta dựa vào sự phát triển thể chất (cân nặng, chiều cao, vòng cánh tay, vòng đầu, vòng ngực) sự phát triển tinh thần và vận động của trẻ qua từng thời kỳ.

I.SỰ PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT CỦA TRẺ EM

1. Cân nặng.

- Cân nặng trung bình khi mới đẻ là từ 2,8 kg đến 3kg. Nếu dưới 2,5kg là trẻ đẻ non, đẻ yếu hay suy dinh dưỡng bào thai.

- Cân nặng trong năm đầu tiên:

+ Từ 0 đến 6 tháng: Mỗi tháng tăng 700g đến 1000g.

+ Từ 7 đến 12 tháng: Mỗi tháng tăng 400g đến 500g.

- Khi trẻ 1 tuổi cân nặng trung bình là 9kg, gấp 3 lần lúc đẻ.

- Cân nặng trẻ trên 1 tuổi:

+ Trung bình mỗi năm tăng 1,5kg.

+ Công thức tính cân nặng cho trẻ trên 1 tuổi.

X (kg) = 9 + 1,5 (N - l).

X: Cân nặng của trẻ trên 1 tuổi.

9: Cân nặng của trẻ lúc 1 tuổi.

1,5: Mỗi năm trẻ tăng 1,5kg:

N: Là tuổi của trẻ.

- Trẻ ở tuổi dậy thì cân nặng phát triển mạnh hơn, có thể tăng từ 4- 5kg/ năm.

2. Chiều cao.

- Trẻ mới đẻ cao trung bình 48- 50cm.
- Trẻ trong năm đầu tiên:

+ Quý I (0 đến 3 tháng) mỗi tháng tăng 3,5cm.

+ Quy II (4 đến 6 tháng) mỗi tháng tăng 2,0cm.

+ Quý III (7 đến 9 tháng) mỗi tháng tăng 1,5cm.

+ Quý IV (10 đến 12 tháng) mỗi tháng tăng 1,0cm.

- Trẻ 1 tuổi cao trung bình: 75cm.
- Trẻ trên 1 tuổi có chiều cao:

+ Mỗi năm tăng trung bình 5 cm.

+ Công thức tính chiều cao của trẻ.

X (cm) = 75 + 5 (N - 1).

X: chiều cao của trẻ trên 1 tuổi.

7,5: chiều cao của trẻ khi 1 tuổi.

5: mỗi năm trẻ cao thêm 5 cm N: là tuổi của trẻ.

Trẻ ở tuổi dậy thì lớn nhanh, có thể tăng tới 8 cm/ năm.

3. Vòng đầu, vòng ngực, vòng cánh tay.

3.1. Vòng đầu: Trong năm đầu phát triển nhanh, sau đó chậm lại.

Trẻ sơ sinh: cao từ 32 cm đến 34 cm. 1 tuổi: 46 cm. 3 tuổi: 49 cm.7 tuổi: 51 cm.

13 tuổi: 52 cm.

3.2. Vòng ngực.

- Khi mới đẻ vòng ngực nhỏ hơn vòng đầu, có trị số trung bình là 30 cm
- Khi trẻ 2 đến 3 tuổi vòng ngực bằng vòng đầu.
- Sau đó vòng ngực dần dần lớn hơn vòng đầu.

3.3. Vòng cánh tay: Khi 1 tháng vòng cánh tay của trẻ xấp xỉ 11 cm. Khi 1 tuổi đạt 13,5cm. 5 tuổi đạt 15 ± 1cm. Trẻ từ 1- 5 tuổi vòng cánh tay < 12,5cm là suy dinh dưỡng.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất

4.1. Các yếu tố bên trong cơ thể

- Vai trò của các tuyến nội tiết: Tuyến yên, tuyến giáp .v.v.

- Vai trò của hệ thần kinh.
- Yếu tố di truyền.
- Các dị tật bẩm sinh.

4.2. Các yếu tố bên ngoài cơ thể

- Vai trò của dinh dưỡng.
- Các bệnh, tật mắc phải.
- Vai trò sự giáo dục: Sự luyện tập thể dục của trẻ.
- Vai trò của môi trường sống.

II. SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VÀ VẬN ĐỘNG Ở TRẺ EM

1. Các yếu tố đảm bảo cho tâm thần và vận động phát triển bình thường

- Sự phát triển bình thường của hệ thần kinh trung ương.
- Sự phát triển bình thường của các giác quan.
- Vai trò của môi trường sống cũng có ảnh hưởng tới sự phát triển của tâm thần.
- Sự phát triển bình thường của thể chất.

2. Sự phát triển tâm thần, vận động ở các độ tuổi

2.1. Trẻ sơ sinh

- Vận động theo hướng tự phát, không có ý thức (dạng múa vờn)
- Trẻ có những phản xạ tự nhiên: Bú, nắm tay .v.v.
- Trẻ ngủ nhiều.
- Các giác quan đều đã hoạt động: Trẻ có thể ngửi mùi sữa mẹ qua đó biết tìm vú mẹ, trẻ thích uống nước ngọt, không thích uống nước đắng.

2.2. Trẻ 2 tháng: Trẻ biết hóng chuyện, mỉm cười.

- Thời gian ngủ giảm dần. Đặt trẻ nằm sấp có thể ngẩng đầu lên trong chốc lát.

2.3. Trẻ 3 tháng

- Trẻ có thể nhìn theo vật di động, thời gian thức và chơi tăng dần.
- Có thể nắm lấy những vật người lớn đưa, đưa đồ chơi vào miệng.
- Lẫy được từ ngửa sang nghiêng.

2.4. Trẻ 4 tháng

- Ham thích môi trường xung quanh, thích chơi đùa.
- Có thể vận động tự ý (kéo đồ chơi)
- Thích vừng vẫy chân tay. Lẫy được từ ngửa sang sấp.

2.5. Trẻ 5 tháng

- Có thể phát âm vài phụ âm.
- Lẫy được từ sấp sang ngửa. Ngồi được khi có người đỡ.
- Quay đầu về nơi có tiếng động

2.6. Trẻ 6 tháng

- Biết phân biệt mẹ với người lạ
- Bập bẹ vài tiếng.
- Biết ngồi vững.
- Đưa vật gì trẻ chộp lấy nhanh và giữ ở tay. Chuyển đồ vật tay này sang tay kia
- Có thể nhặt được vật nhỏ bằng năm ngón tay.

2.7. Trẻ 7- 9 tháng

- Có cảm xúc vui mừng, sợ hãi
- Biết phát âm: bà – bà, má – má, cha – cha, v.v.
- Biết bò. Biết vỗ tay hoan hô, biết chào.

2.8. Trẻ 10 - 12 tháng

- Hiểu được lời nói đơn giản. Phát âm được 2 âm: (ba ơi, mẹ đâu....)
- Biết chỉ tay vào vật mình ưa thích.
- Thích đập đồ chơi vào bàn, quẳng xuống đất...
- Trẻ đứng vững tập đi khi 12 tháng.
- Đến 12 tháng trẻ có thể đi được vài bước.

2.9. Trẻ 18 tháng

- Biết nói được các câu ngắn.
- Biết gọi khi muốn đi tiểu.
- Chỉ được các bộ phận: mắt, mũi, tai
- Biết đi nhanh, chạy được, lên cầu thang nếu có người dắt.
- Biết chơi đồ chơi.
- Tự cầm bát xúc ăn bằng thìa

2.10. Trẻ 24 tháng

- Nói được câu dài, hát được bài hát ngắn.
- Tự lên cầu thang 1 mình.
- Nhảy được một chân.
- Về được đường cong, đường thẳng.

2.11. Trẻ 2- 3 tuổi

- Học thuộc bài hát ngắn.
- Phát triển lời nói, thích sống tập thể.
- Hay đặt các câu hỏi.
- Chạy, leo trèo lên bậc thang cửa.

2.12. Trẻ 4-6 tuổi

- Thíchtìm hiểu môi trường xung quanh, thích chơi một mình.
- Tiếng nói phát triển mạnh.
- Học thuộc bài hát dài.
- Biết học chữ, học vẽ, viết được.

2.13. Trẻ từ 7- 15 tuổi

- Tiếp thu giáo dục tốt
- Học văn hóa và sinh hoạt hoà mình rộng rãi trong cộng đồng.
- Biết chơi các môn thể thao.
- Vận động khéo léo tinh vi: đan, thêu.
- Phát triển dậy thì./.

BÀI 41. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU SINH LÝ TRẺ EM

MỤC TIÊU

- Trình bày được đặc điểm cải tạo các hệ thống: da, cơ, xương, hô hấp tuần hoàn, tiêu hoá, tiết niệu và máu của trẻ em;

- Trình bày được đặc điểm sinh lý các hệ thống: da, cơ, xương, hô hấp, tuần hoàn tiêu hóa, tiết niệu và máu của trẻ em.

NỘI DUNG

I. ĐẶC ĐIỂM DA, CƠ, XƯƠNG TRẺ EM

1. Da trẻ em

1.1. Đặc điểm cấu tạo

1.1.1 Da: Da trẻ em mềm mại, lớp thượng bì mỏng, có nhiều nước, nhiều mao mạch. Các sợi cơ và đàn hồi phát triển ít. Tuyến mồ hôi đã có nhưng 3 đến 4 tháng đầu chưa hoạt động. Sau đẻ trên da có một lớp "gây" màu trắng sám có tác dụng: Bảo vệ da; Hạn chế sự mất nhiệt; Dinh dưỡng cho da; Có tác dụng miễn dịch.Vì vậy, chỉ cần thấm chất dinh ướt, máu sau đẻ. Nhưng sau 48 giờ cần lau sạch chất gây để tránh hăm đỏ, loét, nhiễm trùng.

- Hiện tượng vàng da sinh lý: Gặp hiện tượng này khoảng 85- 88% ở trẻ sơ sinh. Vàng da xuất hiện sau 48 giờ và kéo dài đến ngày thứ 7 thứ 8 thì hết, ở trẻ đẻ non có thể kéo dài 3 đến 4 tuần lễ.

1.1.2. Lớp mỡ dưới da:

- Được hình thành từ tháng thứ 7, thứ 8 trong thời kỳ bào thai.

- Độ dày lớp mỡ dưới da tuỳ thuộc vào vị trí và tuổi của trẻ, nhưng trung bình nằm trong khoảng 6mm đến 12mm. Thành phần: Acid béo no nhiều hơn axít béo không no. Độ nóng chảy của lớp mỡ dưới da là 43^0C nên khi trời lạnh trẻ dễ bị cứng bì. Tránh tiêm thuốc tan trong dầu làm da bị cứng thuốc lâu tan, tạo điều kiện hình thành ổ áp xe.

1.1.3. Tóc và móng:

- Mềm mại và có màu đen hoặc vàng.

- Trên da trẻ sơ sinh có nhiều lông tơ (ở vai và lưng). Trẻ non tháng càng nhiều lông tơ.

- Đến tuổi dậy thì: Lông mọc nhiều ở nách, cằm, mép, bộ phận sinh dục.

1.2. Đặc điểm sinh lý: Da có các chức năng:

- Bảo vệ cơ thể: Chức năng còn kém vì miễn dịch tại chỗ còn yếu. Da trẻ mỏng nên dễ bị xây xát, tổn thương, nhiễm trùng.

- Bài tiết mồ hôi: Trong 3 - 4 tháng đầu do tuyến mồ hôi chưa hoạt động cho nên chưa tiết mồ hôi.

- Tham gia vào điều nhiệt

- Chuyển hoá dinh dưỡng: Da có vai trò chuyển hóa nước, enzym, các chất miễm dịch, vitamin D. Trên da có chất tiền Vitamin D, nhờ tia cực tím của ánh sáng mặt trời chuyển thành Vitamin D chống bệnh còi xương.

2. Hệ cơ của trẻ em

2.1. Đặc điểm cấu tạo.

- Sợi cơ mảnh.

- Trong cơ, thành phần có nhiều nước, ít đạm, ít mỡ.

- Trẻ mới đẻ cơ có tỷ trọng 23% trọng lượng cơ thể (tuổi trưởng thành là 42% trọng lượng cơ thể).

Khi trẻ mắc tiêu chảy dễ mất nước nặng, sụt cân.

2.2. Đặc điểm sinh lý

- Các cơ phát triển không đồng đều, cơ lớn phát triển nhanh và phát triển trước, cơ nhỏ phát triển chậm và phát triển sau.

- Trương lực cơ: Trẻ mới đẻ có hiện tượng tăng trương lực cơ, sau đó hết dần vào tháng thứ 3, thứ 4.

- Cơ lực: Yếu, vì vậy trẻ trẻ chóng mệt.

3. Hệ xương của trẻ em

Xương là chỗ dựa cơ thể, xương phối hợp với cơ và hệ thần kinh hoàn thành các vận động của cơ thể.

3.1. Đặc điểm cấu tạo. Tổ chức hầu hết là sụn. Tổ chức được cốt hoá dần thành xương, kết thúc quá trình cốt hoá ở tuổi từ 20 -25 tuổi. Xương của trẻ nhỏ nhiều nước, ít muối khoáng, trẻ càng lớn tỉ lệ nước càng giảm, muối khoáng càng tăng.

Xương của trẻ sơ sinh được cấu tạo bằng những mạng lưới, có ít lá xương, các ống Havers to và có nhiều mạch máu. Quá trình cốt bào tiến triển nhanh cho nên khi trẻ bị gãy xương thì khả năng liền xương nhanh.

Màng xương ở trẻ nhũ nhi dày và phát triển mạnh. Vì vậy khi gãy xương thường gãy theo kiểu cành tươi.

3.2. Đặc điểm một số xương

3.2.1. Xương sọ

-Có kích thước tương đối to so với cơ thể.

-Trên xương sọ có 2 thóp.

+ Thóp trước: Hình quả trám, mỗi chiều từ 2 -0 3 cm, kín khi trẻ 12 tháng.

+ Thóp sau: Hình tam giác, bé hơn thóp trước, kín khi trẻ 3 tháng.

- Các xoang trán, xoang hàm trên 3 tuổi mới phát triển.

3.2.2. Xương cột sống.

- Lúc mới đẻ cột sống thẳng.
- Khi trẻ biết ngẩng đầu (1- 2 tháng) cột sống cong về phía trước.
- Khi trẻ biết ngồi (6 tháng) cột sống cong về phía sau.
- Khi trẻ 7 tuổi cột sống có 2 đoạn cong ở cổ và ở ngực.
- Khi tuổi dậy thì cột song có 3 đoạn cong: ở cổ, ngực, thắt lưng.

Trẻ ngồi sớm, ngồi học không đúng tư thế dễ bị gù, vẹo cột sống.

3.2.3. Xương lồng ngực.

Trẻ nhỏ: Đường kính ngang và đường kính trước sau bằng nhau.

Trẻ càng lớn ngực dẹt dần, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau.

3.2.4. Xương chi

Trẻ mới đẻ chi hơi cong. Khi trẻ 1 đến 2 tháng chi hết cong.

3.2.5. Xương chậu

- Trẻ dưới 7 tuổi khung chậu trẻ gái, trẻ trai phát triển như nhau.

-Sau này khung chậu trẻ gái phát triển hơn.

-Với trẻ gái khung chậu kém phát triển sau này dễ gây đẻ khó.

3.2.6. Răng

-Bắt đầu mọc răng sữa khi trẻ 6 tháng tuổi.

-Có thể tính số răng sữa: số răng = (số tháng – 4).

-Trẻ có 20 răng sữa và mọc đủ 20 răng khi 24 tháng tuổi.

-Trẻ từ 5 -7 tuổi mọc răng hàm.

-Trẻ từ 6 -7 tuổi bắt đầu thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn. Tổng số răng vĩnh viễn là 32 chiếc.

-Cần quan tâm giúp trẻ tránh hiện tượng mọc răng không đều, sai vị trí, răng kém chất lượng.

II. ĐẶC ĐIỂM HỆ HÔ HẤP TRẺ EM

1. Đặc điểm cấu tạo

1.1. Mũi

-Khoang trong hầu nhỏ và ngắn. Vì vậy không khí thở vào được sưởi ấm và lọc sạch ít

-Niêm mạc mềm mại có nhiều mạch máu.

-Các xoang ở trẻ dưới 3 tuổi chưa phát triển đầy đủ.

1.2. Họng và hầu

- Tổ chức bạch huyết quanh hạch nhân phát triển mạnh.

Trẻ dưới 1 tuổi hạnh nhân khẩu cái (Amidan) kém phát triển thường chỉ thấy V.A phát triển. Từ 2 tuổi trở lên Amidan khẩu cái mới phát triển và nhìn thấy được.

- Sau tuổi dậy thì tốc độ phát triển tổ chức bạch huyết giảm dần.

1.3. Thanh - khí- phế quản.

-Thanh quản: Khe thanh âm ngắn. Dây thanh đới ngắn, nên giọng trẻ cao.

-Khí quản: Hình phễu.

-Phế quản: Phế quản gốc phải to và dốc hơn phế quản gốc trái, nên dị vật vào đường thở thường rơi vào phế quản gốc phải. Thanh - khí - phế quản trẻ em nói chung có đường kính nhỏ, vòng sụn mềm, niêm mạc có nhiều mạch máu nên khi viêm nhiễm dễ bị khó thở.

1.4. Phổi

-Đơn vị cấu tạo của phổi là túi phổi, mỗi túi phổi có từ 20 đến 25 phế nang.

-Tổ chức phổi có nhiều mạch máu. Nên khi viêm nhiễm dễ bị xung huyết.

-Phổi có ít tổ chức đàn hồi, nên dễ bị xẹp phổi.

-Hạch bạch huyết quanh rốn phổi có 4 nhóm: Nhóm cạnh khí quản. Nhóm khí - phế quản. Nhóm khí - phế quản. Nhóm ở chỗ khí quản chia hai: Nhóm phế quản - phổi.

1.5. Màng phổi: Màng phổi trẻ em móng, dễ bị giãn khi có tràn khí, tràn dịch.

1.6. Lồng ngực

- Lồng ngực có hình trụ, xương sườn nằm ngang.
- Cơ liên sườn kém phát triển, cơ hoành nằm cao.

2. Đặc điểm sinh lý

2.1. Đường thở: Lọc sạch và sưởi ấm không khí trước khi vào phổi.

2.2. Nhịp thở: Trẻ càng lớn nhịp thở càng giảm dần.

- Trẻ sơ sinh: 40 - 60 lần /1 phút.
- Trẻ 6 tháng:35 - 40 lần /1 phút.
- Trẻ 7-12 tháng: 30 - 35 lần / 1 phút.
- Trẻ 2-3 tuổi: 25 - 30 lần / 1 phút
- Trẻ 4-6 tuổi: 20 - 25 lần / 1 phút
- Trẻ 10-12 tuổi: 20 - 25 lần / 1 phút.
- Trẻ 14-15 tuổi: 20-18 lần /1 phút.

2.3. Kiểu thở : - Trẻ dưới 2 tuổi thở bụng.

- Trẻ 2 đến 10 tuổi thở hỗn hợp bụng - ngực.
- Trẻ trên 10 tuổi trẻ trai thở bụng, trẻ gái thở ngực.

2.4. Quá trình trao đổi khí: Ở trẻ em diễn ra mạnh hơn ở người lớn.

2.5. Điều hoà hô hấp

- Vỏ não điều khiển trung tâm hô hấp.
- Trung tâm hô hấp điều khiển cử động hô hấp có tính chất tự động và nhịp điệu.
- Trẻ sơ sinh thở không đều bởi vì trung tâm hô hấp và vỏ não chưa phát triển.

III. ĐẶC ĐIỂM TUẦN HOÀN TRẺ EM

1. Vòng tuần hoàn rau thai và sau khi đẻ

1.1. Vòng tuần hoàn rau thai: Vòng tuần hoàn hình thành tháng thứ 2 thời kỳ bào thai.

- Phổi chưa hoạt động, trao đổi dưỡng khí thực hiện qua bánh rau.
- Không phân chia rõ đại tuần hoàn và tiểu tuần hoàn.

- Máu nuôi dưỡng cơ thể thai nhi là máu pha trộn.

1.2. Vòng tuần hoàn sau khi đẻ: - Ngay sau đẻ phổi bắt đầu hoạt động.

- Vòng tuần hoàn chính thức hoạt động.
- Tiểu tuần hoàn và đại tuần hoàn tách biệt rõ ràng.
- Phân biệt rõ máu động mạch và máu tĩnh mạch

2. Vị trí của tim và vùng đục của tim trên lồng ngực

Tư thế của tim: - Trẻ mới đẻ tim nằm ngang.

- Khi 1 tuổi (Trẻ biết đi) tim chéo nghiêng.

Vị trí của tim và vùng đục của tim trên lồng ngực:

		Dưới 1 tuổi	**2-7 tuổi**	**7-12 tuổi**
Mỏm tim		Liên sườn 4 ngoài đường vú trái 1-2cm	Liên sườn 5 ngoài đường vú trái 1cm	Liên sườn 5 trên đường vú trái hay trong đường vú phải 1 cm
Vùng đục tương đối	Bờ trên	Xương sườn 2	Liên sườn 2 bờ trên xương sườn 3	Xương sườn 3
	Bờ trái	Ngoài đường vú trái 1 -2cm		Đường vú trái hoặc phía trong đường vú trái 0,5 - 1cm
	Bờ phải	Đường cạnh xương ức phải	Giữa đường xương ức và cạnh đường xương ức phải	9-14cm
	Chiều ngang	6-9 cm	8-12cm	
Vùng đục tuyệt đối	Bờ trên	Xương sườn 3	Liên sườn 3	Xương sườn 4
	Bờ trái	Giữa đường vú trái và đường cạnh xương ức trái		
	Bờ phải	Đường ức trái		
	C. ngang	2-3cm	4cm	15.5cm

3. Mạch trẻ em: Trẻ càng lớn mạch càng giảm. Mạch của trẻ dễ thay đổi khi trẻ khóc, trẻ sợ hãi, hay gắng sức.

+ Mạch trẻ sơ sinh: 140- 160 lần / phút.
+ Trẻ 1 tuổi: 120- 125 lần /phút.
+ Trẻ 5 tuổi: 100 lần / phút.
+ Trẻ 7 tuổi: 80 - 90 lần / phút.
+ Trẻ 15 tuổi: 70- 80 lần / phút.

4. Huyết áp động mạch

- Huyết áp trẻ sơ sinh: Huyết áp tối đa 76mmHg, Huyết áp tối thiểu 45mmHg.
- Huyết áp trẻ từ 3 - 12 tháng: huyết áp tối đa 75 - 90mmHg, tối thiểu 50mmHg. HA trẻ trên 1 tuổi tính theo công thức: HA (tối đa động mạch) = 80 + 2n (n là số tuổi).

5. Khối trọng máu tuần hoàn.

- Trẻ Sơ sinh: từ 110 - 190 ml/kg cơ thể.
- Trẻ dưới 1 tuổi: từ 75 - 100 ml/kg cơ thể.
- Từ 6 tuổi trở lên: 50 - 90 ml/kg cơ thể.

IV. ĐẶC ĐIỂM HỆ MÁU TRẺ EM

1. Sự tạo máu sau đẻ

- Trẻ em sau đẻ thì tuỷ xương là cơ quan chủ yếu sinh ra tế bào máu.
- Ở trẻ nhỏ: Tuỷ của tất cả các xương tham gia tạo máu.
- Ở trẻ trên 4 tuổi: Tủy của xương dài, xương dẹt tham gia tạo máu.
- Sự tạo máu ở trẻ là mạnh nhưng không ổn định.

2. Đặc điểm máu ngoại biên

2.1. Hồng cầu

- Trẻ mới đẻ số lượng hồng cầu 5 triệu - 6 triệu/mm^3 máu.
- Ngày thứ 2-3 sau đẻ thì một số hồng cầu bị vỡ, đồng thời xuất hiện vàng da sinh
- Cuối thời kỳ sơ sinh số lượng hồng cầu 4 triệu - 4,5 triệu/mm^3 máu.
- Trẻ 6- 12 tháng số lượng hồng cầu còn 3,2 triệu - 3,5 triệu/mm^3 máu.
- Trẻ 3 tuổi số lượng hồng cầu 4 triệu/mm^3 máu và ổn định.

2.2. Huyết sắc tố

- Trẻ mới đẻ 17 - 19 g /100ml máu.

- Trẻ 1 tuổi 10 - 12 g /100ml máu.
- Trẻ 3 tuổi 14-14,5g /100ml máu và ổn định.

2.3. Bạch cầu

- Trẻ mới đẻ: số lượng bạch cầu rất cao 20.000-30.000 /mm^3máu.
- Trẻ 1 tuổi số lượng bạch cầu còn 10.000 - 12.000 /mm^3 máu.
- Trẻ trên 1 tuổi số lượng bạch cầu 6000-8000/mm^3 máu.

2.4. Tiểu cầu: Tiểu cầu ít thay đổi.

- Mới đẻ số lượng tiểu cầu 100.000 /mm*3* máu.
- Ngoài tuổi sơ sinh số lượng tiểu cầu 150.000-300.000/mm*3* máu.

V. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỘ MÁY TIÊU HOÁ Ở TRẺ EM

1. Miệng của trẻ

- Khoang miệng nhỏ vì:

+ Lưỡi trẻ to và môi dày.

+ Hàm trên kém phát triển.

Niêm mạc miệng mềm mại, có nhiều mạch máu.

- Tuyến nước bọt:

+ Từ 3 đến 4 tháng đầu chưa hoạt động mạnh.

+ Sau 3 đến 4 tháng số lượng nước bọt tăng dần.

+ Thành phần nước bọt có men Amilase, Ptyalin, Maltase thủy phân tinh bột thành đường đơn. PH nước bọt của trẻ từ 6- 7,8.

- Răng (xem phần I).

2. Thực quản

- Thành thực quản mỏng, niêm mạc có nhiều mạch máu.
- Chiều dài thực quản tăng dần theo tuổi.

+ Tuổi sơ sinh thực quản dài từ 10 cm đến 11cm.

+ Người lớn thực quản dài từ 25cm đến 32cm.

+ Khoảng cách từ cung răng lợi đến tâm vị được tính bằng công thức:

$$X(cm) = 1/5 \text{ chiều cao} + 6,3cm.$$

3. Dạ dày

- Vị trí dạ dày: Trẻ sơ sinh nằm cao, nằm ngang, khi trẻ biết đi dạ dày đứng dọc.

- Hình thể: Mới đẻ dạ dày hình tròn, trẻ 1 tuổi: dài, thuôn, trẻ 7 tuổi: giống người lớn.

- Dung tích: Trẻ sơ sinh: 30 - 35ml.

- Trẻ 3 tháng: 100ml.

- Trẻ 1 tuổi: 250ml.

- Cơ dạ dày phát triển yếu, cơ tâm vị co thắt bất thường nên trẻ dễ nôn trớ.

- Dịch vị: + Có các men Pepsin, Lipaza, Lab ferment.

+ Độ PH của dịch vị trẻ nhỏ 3,8-5,8 (người lớn: 1,5- 2)

- Sữa mẹ được hấp thu 25% tại dạ dày.

- Thời gian lưu thức ăn ở dạ dày: Sữa mẹ từ 2- 2 giờ 30. Sữa bò từ 3 - 4 giờ.

4. Ruột

- Chiều dài của ruột: Dài gấp 6 lần chiều dài cơ thể.

- Niêm mạc ruột có nhiều nhung mao, nhiều nếp nhăn.

- Mạc treo của ruột dài: Rễ xoắn ruột, vị trí ruột thừa không cố định,

- Niêm mạc trực tràng: Lỏng lẻo, khi trẻ táo bón dễ ra trực tràng.

- Dịch ruột có các men: Trypsin, Amylase, Lipase, Mantase.

- Thời gian lưu thức ăn ở ruột trung bình từ 12giờ đến- 16 giờ. .

- Vi khuẩn ở một:

+ Sau đẻ từ 10 giờ đến 12 giờ trẻ sẽ có vi khuẩn ở trong ruột.

+ Vi khuẩn có tác dụng tổng hợp Vitamin K, Vitamin nhóm B tiêu hóa đạm, mỡ, đường.

5. Phân của trẻ

- Phân su.

+ Có từ tháng thứ 4 trong thời kỳ bào thai.

+ Phân su có màu xanh thẫm, không mùi.

+ Thành phần của phân su: Có axít béo, tế bào thượng bì, Bilirubin.

- Phân của trẻ bú sữa mẹ.

+ Màu vàng, sền sệt, mùi chua.

+ Số lần đi ngoài: Sau đẻ mỗi ngày đi 4 - 5 lần, sau đó 2 - 3 lần khi trẻ 1 tuổi đi 1 - 2 lần.

- Phân của trẻ ăn sữa bò:Màu nhạt hơn, mùi nặng hơn, đặc hơn.

- Phân của trẻ ăn nhân tạo: Màu nâu vàng, mùi thối, rắn.

6. Gan

- Gan trẻ sơ sinh chiếm 4,5% trọng lượng cơ thể.
- Gan trẻ dễ di động.
- Tổ chức gan có nhiều mạch máu.
- Chức năng: Vì gan có nhiều mạch máu nên trẻ em dễ phản ứng ở gan.
- Gan to khi trẻ mắc bệnh nhiễm khuẩn máu hay bệnh nhiễm độc.

7. Tụy: Bài tiết men tụy có tác dụng như người lớn Trypsin, Amylase, Lipase, Matase.

VI. ĐẶC ĐIỂM BỘ MÁY TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM

1.Đặc điểm về giải phẫu

1.1.Thận.

- Bề mặt của thận chia nhiều múi.
- Thận trẻ dễ di động vì tổ chức mỡ quanh thận chưa phát triển.
- Trọng lượng thận: Trẻ sơ sinh 12g. Trẻ 12 tuổi là 120g.

1.2. Niệu quản: Niệu quản ở trẻ sơ sinh: Đi ra khỏi bể thận vuông góc với thận (ở trẻ lớn là góc tù)

1.3. Bàng quang

- Vị trí: Bàng quang năm cao, dễ thấy cầu bàng quang.
- Dung tích: Trẻ sơ sinh từ 30ml đến 80ml
  Trẻ bú mẹ từ 60ml đến 100ml
  Trẻ 6 tuổi 100ml đến 250ml
  Trẻ 10 tuổi 150ml đến 350ml
  Trẻ 15 tuổi 200 ml đến 400ml

1.4. Niệu đạo

Tuổi sơ sinh trẻ gái niệu đạo dài 1 cm,trẻ trai 6cm.

Tuổi dậy thì trẻ gái niệu đạo dài 4cm,trẻ trai 15cm.

2. Đặc điểm sinh lý

2.1. Chức năng thận

- Thận bắt đầu hoạt động từ cuối thời kỳ bào thai.
- Chức năng lọc của cầu thận và tái hấp thu của ống thận ở trẻ nhỏ còn kém.
- Khi trẻ 2 tuổi chức năng của thận có thể như người lớn.

2.2 Số lần đi tiểu

- Trẻ mới đẻ ngày đi tiểu 8 lần.

- Trẻ 3 tháng ngày đi tiểu 15- 20 lần.
- Trẻ 1 tuổi ngày đi tiểu 12- 16 lần.
- Trẻ 3 tuổi ngày đi tiểu 8 lần.
- Trẻ 10 tuổi ngày đi tiểu 6 lần.

2.3. Số lượng và thành phần nước tiểu

- Số lượng nước tiểu của trẻ phụ thuộc vào chế độ ăn và tình trạng chức năng của thận. Số lượng nước tiểu được tính trung bình là: X(ml)/24 h = 600 + 100 (n - 1) n là tuổi.

- Thành phần nước tiểu. + Tỉ trọng thấp hơn người lớn.
+ Kali cao hơn ở nước tiểu người lớn.
+ Natri thấp hơn ở nước tiểu người lớn.
+ Urê và Creatinin thấp hơn ở nước tiểu người lớn.
+ NH_3 cao hơn ở nước tiểu người lớn./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản Y học năm 2011.

Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản Y học năm 2011.

Bệnh học sản khoa, nhà xuất bản Y học năm 2009.

Bệnh học nhi khoa, nhà xuất bản Y học năm 2009.

Bệnh học Truyền nhiễm và Bệnh nhiệt đới - Học viện Quân y - Nhà xuất Y học năm 2008./.

MỤC LỤC

Bài	Trang
BÀI 1. Một số khái niệm được sử dụng trong bệnh học	1
BÀI 2. Bệnh viêm phổi	5
BÀI 3. Bệnh Hen phế quản	7
BÀI 4. Bệnh suy tim	10
BÀI 5. Bệnh tăng huyết áp	14
BÀI 6. Bệnh áp xe gan	18
BÀI 7. Ung thư gan	23
BÀI 8. Bệnh xơ gan	27
BÀI 9. Bệnh loét dạ dày- tá tràng	30
BÀI 10. Bệnh Tả	33
BÀI 11. Viêm ruột thừa - Viêm mang bụng	37
BÀI 12. Tắc ruột	45
BÀI 13. Viêm đường tiết niệu	49
BÀI 14. Sỏi Thận	55
BÀI 15. Bệnh đái tháo đường	59
BÀI 16. Viêm khớp dạng thấp	62
BÀI 17. Viêm xương tủy	65
BÀI 18. Đại cương về Bệnh nhiễm trùng và Bệnh truyền nhiễm	69
BÀI 19. Bệnh sốt rét	80
BÀI 20. Bệnh Uốn ván	87
BÀI 21. Bệnh Dại	93
BÀI 22. Nhiễm HIV/AIDS	97
BÀI 23. Bệnh Quai bị	102
BÀI 24. Sốt xuất huyết	106
BÀI 25. Nhiễm khuẩn ngoại khoa	110
BÀI 26. Áp xe nóng, áp xe lạnh	115
BÀI 27. Đột quỵ não	119
BÀI 28. Chấn thương sọ não	122
BÀI 29. Bỏng	126
BÀI 30. Bệnh trĩ	132

BÀI 31. Sinh lý sự thụ tinh	135
BÀI 32. Sảy thai	141
BÀI 33. Thai chết lưu trong tử cung	144
BÀI 34. Rau tiền đạo	147
BÀI 35. Bệnh âm hộ, âm đạo	150
BÀI 36. Cao huyết áp thai nghén, Sản giật	155
BÀI 37. Rối loạn kinh nguyệt, dậy thì	163
BÀI 38. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	168
BÀI 39. Các thời kỳ tuổi trẻ	176
BÀI 40. Sự chậm phát triển thể chất, tâm thần, vận động ở trẻ em	179
BÀI 41. Đặc điểm giải phẫu sinh lý trẻ em	184
Tài liệu tham khảo	195