

GIỚI THIỆU HỌC PHẦN CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LỚN BỆNH NỘI KHOA

Đối tượng: Cao đẳng điều dưỡng

- Số tín chỉ: 2(2/0)
- Số tiết:
 - Lý thuyết: 30 tiết (2 tiết lên lớp / tuần)
 - + Lên lớp: 28 tiết
 - + Kiểm tra, đánh giá: 02 tiết
 - + Tự học: 60 tiết
 - Thực hành bệnh viện
- Thời điểm thực hiện: Học kỳ IV
- Điều kiện tiên quyết: Sinh lý bệnh, dược lý, điều dưỡng cơ bản, giáo dục sức khỏe, dinh dưỡng- vệ sinh an toàn thực phẩm.

MỤC TIÊU HỌC PHẦN:

1. Trình bày và phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển, biến chứng, điều trị và phòng bệnh đối với một số bệnh nội khoa của người lớn.
2. Giải thích được cơ sở khoa học của các kỹ thuật, nội dung chăm sóc sức khỏe người lớn bệnh nội khoa.
3. Lập được KHCS sức khỏe người lớn bệnh nội khoa theo quy trình điều dưỡng.
4. Phát hiện được những dấu hiệu, triệu chứng, xác định những vấn đề cần chăm sóc đối với sức khỏe người lớn bệnh nội khoa.
5. Thể hiện được sự cảm thông, chia sẻ với người bệnh và gia đình người bệnh trong quá trình chăm sóc.
6. Nhận thức được tầm quan trọng của học phần để áp dụng vào thực tiễn lâm sàng.

NỘI DUNG HỌC PHẦN:

STT	Tên bài	Trang
1	Nhận định người mắc bệnh tim mạch	3
2	Chăm sóc người mắc bệnh van tim	12
3	Nhận định người mắc bệnh ở cơ quan hô hấp	20
4	Chăm sóc người bệnh viêm phổi	26
5	Chăm sóc người bệnh viêm phế quản	31
6	Nhận định người mắc bệnh ở hệ tiêu hóa	38
7	Chăm sóc người bệnh loét dạ dày- tá tràng	48
8	Chăm sóc người bệnh xơ gan	54
9	Chăm sóc người bệnh viêm đại tràng mạn	60
10	Nhận định người mắc bệnh hệ tiết niệu	64
11	Chăm sóc người bệnh suy thận	71
12	Chăm sóc người bệnh thiếu máu	78
13	Chăm sóc người bệnh viêm khớp dạng thấp	83
14	Chăm sóc người bệnh Basedow	90
Tổng		94

ĐÁNH GIÁ

- Điều kiện dự thi: Sinh viên không tham gia đủ 80% số tiết học lý thuyết trên lớp thì không được thi lần đầu và điểm thi kết thúc học phần = 0. Nếu sinh viên nghỉ học có phép sẽ thi lần 2 tính điểm thi lần 1.

- Điểm đánh giá quá trình và điểm thi kết thúc học phần (ĐTKTHP) làm tròn đến một chữ số thập phân.

- Điểm học phần làm tròn đến phần nguyên.

- Điểm học phần (ĐHP) được tính như sau:

$$\text{ĐHP} = \left(\frac{\text{Điểm thường xuyên} \times 1 + \text{Điểm định kỳ} \times 2}{3} \right) \times 30\% + \text{ĐTKTHP} \times 70\%$$

STT	Điểm thành phần	Quy định	Trọng số	Ghi chú
1	Điểm thường xuyên	- 01 bài kiểm tra – Hệ số 1	30%	
2	Điểm kiểm tra định kỳ	- 01 bài kiểm tra test – Hệ số 2		
3	Thi kết thúc học phần	- Thi test	70%	

BÀI 1

NHẬN ĐỊNH NGƯỜI MẮC BỆNH TIM MẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được những nội dung cần nhận định với người mắc bệnh lý ở cơ quan tim mạch.
2. Giải thích được các triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp trong bệnh tim mạch.
3. Áp dụng được kiến thức trong bài vào nhận định chăm sóc người mắc bệnh hệ tim mạch.

NỘI DUNG

1. Phỏng vấn

Điều dưỡng sử dụng các kỹ năng đặt câu hỏi nhằm:

- Khai thác những dấu hiệu và triệu chứng cơ năng của bệnh.
- Ngoài ra cần hỏi thêm những thông tin khác về người bệnh nhằm khai thác quá trình bệnh tật và những yếu tố nguy cơ của bệnh.

1.1. Triệu chứng cơ năng

Mỗi người bệnh có thể có những triệu chứng cơ năng khác nhau, song có một số triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý tim mạch như sau:

1.1.1. Đau ngực

- Thường gặp trong bệnh lý tim mạch, nhưng cũng có thể gặp trong nhiều bệnh khác thuộc thuộc tim mạch.

- Trong bệnh lý của tim mạch, ngoài đau ngực do viêm (như viêm màng ngoài tim), nguyên do của đau ngực trong các bệnh tim chủ yếu là do giảm hoặc tắc nghẽn dòng máu tới tim, đau ngực sẽ giảm hoặc hết khi dòng máu đến cơ tim được cải thiện.

- Khi nhận định về đau ngực người điều dưỡng cần phải khai thác một cách tỉ mỉ, cẩn thận nhằm hướng tới một đau ngực do bệnh lý tim mạch (nhất là đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim) hay do một nguyên nhân khác ngoài tim mạch. Đau ngực gồm các đặc điểm sau:

- + Cách khởi phát đau đột ngột hay từ từ?
- + Vị trí đau? Hướng đau lan?
- + Thời gian đau kéo dài bao lâu: Giây? Phút? Giờ?
- + Hoạt động gì làm khởi phát cơn đau: Gắng sức, xúc cảm, ăn no...?
- + Yếu tố nào làm giảm đau? Yếu tố nào làm tăng đau?
- + Nếu cơn đau tái lại thì sau bao lâu, cơn đau sau có giống cơn đau trước hay không?
- + Các triệu chứng kèm theo đau ngực: Khó thở, vã mồ hôi, choáng váng, xỉu, mệt...?
- Một số đau ngực thường gặp trong bệnh tim mạch:
 - + Cơn đau thắt ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim:
 - . Thường xảy ra đột ngột sau một gắng sức, bị lạnh đột ngột hoặc xúc cảm quá mức...
 - . Đau thường ở một vùng sau xương ức hoặc trước ngực trái

- . Đau có thể khu trú nhưng thường lan lên vai, xuống cánh tay, cẳng tay, tới ô mô út và ngón út trái, có trường hợp lan lên cổ và hàm trái
- . Thời gian của một cơn đau thường kéo dài từ vài giây đến vài phút
- . Ngậm một viên Nitroglycerin và nằm nghỉ có thể làm hết cơn đau.
- . Thường kèm theo mặt nhiều, choáng váng, xiu, vã mồ hôi có khi cảm thấy ngẹt thở.

+ Đau ngực do viêm màng ngoài tim:

- . Đau vùng trước ngực trái, không thành cơn
- . Đau tăng khi hít mạnh hoặc khi ho
- . Tư thế ngồi người bệnh đỡ đau

- Cần phân biệt với một số đau ngực không do tim mạch:

+ Co thắt thực quản:

- . Đau thượng vị và phía sau đoạn dưới xương ức
- . Đau tăng khi ăn và sau ăn, có thể kèm theo nuốt nghẹn

+ Loét dạ dày tá tràng:

- . Đau liên quan đến bữa ăn và thời tiết
- . Đau chủ yếu ở vùng thượng vị và lan lên ngực
- . Có thể kèm theo cảm giác nóng rát và ợ hơi, ợ chua

+ Viêm sụn ức sườn:

- . Một hoặc nhiều khớp ức – sụn sườn sưng, nổi to lên
- . Đau tự nhiên, khi ấn vào đau tăng

+ Viêm màng phổi:

- . Đau khi hít vào
- . Có thể có tiếng cọ màng phổi, có thể có hội chứng tràn dịch màng phổi.

+ Đôi khi đau ngực còn do yếu tố tâm lý...

- Một số can thiệp điều dưỡng:

+ Để người bệnh nằm nghỉ ở tư thế phù hợp, có khi phải nằm bất động.

+ Khởi đầu bằng Oxy qua sonde mũi 2-4 lít/phút.

+ Tạo không khí yên tĩnh, động viên người bệnh.

+ Theo dõi điện tim, dấu hiệu sinh tồn

+ Dùng Nitroglycerin, thuốc giảm đau hoặc cả 2 khi có y lệnh.

+ Đánh giá sự đáp ứng của người bệnh với thuốc.

+ Xác định các yếu tố làm tăng nặng hoặc thúc đẩy bệnh và loại bỏ chúng.

1.1.2. Khó thở

- Là trạng thái người bệnh cảm thấy không thoải mái, không dễ dàng trong động tác hô hấp

- Là triệu chứng gặp trong cả bệnh tim và bệnh phổi

- Khi nhận định về khó thở trong bệnh lý tim mạch điều dưỡng cần phải khai thác được những đặc điểm sau:

+ Tính chất xuất hiện:

- . Đột ngột trong tắc động mạch phổi, tràn khí màng phổi, dị vật đường thở
- . Từ từ thường thấy trong suy tim mạn, tràn dịch màng tim

+ Kiểu khó thở:

. *Khó thở khi gắng sức*: Khó thở xảy ra cùng với các hoạt động gắng sức như leo cầu thang, hoạt động nặng. Đây là dấu hiệu sớm của suy tim ứ trệ

. *Khó thở khi nằm*: Gặp ở giai đoạn nặng hơn của suy tim. Người bệnh phải dùng nhiều gối để kê cao đầu nhằm đỡ khó thở khi nằm (mức độ khó thở có thể đánh giá bằng số chiếc gối người bệnh phải dùng khi nằm). Khó thở mất đi trong chốc lát nếu người bệnh ngồi dậy hoặc đứng lên

. *Cơn khó thở kịch phát về đêm*: Xảy ra vào ban đêm khi người bệnh đã nằm ngủ được 3 – 4 giờ. Trong tư thế nằm ngủ, máu từ các tạng và chi dưới theo hệ thống tĩnh mạch về tim lên phổi, nhưng do tim mất khả năng bù trừ và bơm tim không hiệu quả nên máu ứ ở phổi làm người bệnh đột ngột tỉnh giấc, khó thở, phải ngồi dậy cho đến khi hết khó thở, thường sau khoảng 20 phút cơn khó thở mới hết. Để tránh được cơn khó thở kiểu này, người điều dưỡng cần khuyên người bệnh ngay từ đầu tối nằm ngủ ở tư thế nửa ngồi nhằm hạn chế bớt dòng máu về tim lên phổi.

- Một số can thiệp điều dưỡng:
- + Đặt người bệnh ở tư thế Fowler, 2 chân buông thõng.
- + Cho người bệnh thở oxy khi có y lệnh
- + Hạn chế các hoạt động gắng sức, trợ giúp người bệnh một số hoạt động
- + Với người bệnh có cơn khó thở kịch phát về đêm ngay từ đầu tối cho người bệnh nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

1.1.3. *Mệt*

- Mệt là dấu hiệu gặp trong bệnh tim song cũng gặp trong nhiều bệnh khác
- Người bệnh cảm thấy chóng mặt và cần một thời gian lâu hơn bình thường để hoàn thành cùng một công việc nào đó mà trước đây không thấy mệt
- Trong bệnh tim (đặc biệt là trong suy tim): Mệt thường do giảm tưới máu cơ quan tổ chức, do mất ngủ vì đái đêm, vì khó thở khi gắng sức hoặc khó thở kịch phát về đêm
- Mệt xảy ra sau một hoạt động vừa phải hoặc sau một gắng sức là dấu hiệu chứng tỏ lưu lượng tim không thỏa đáng, người bệnh cần có những quãng nghỉ ngắn khi hoạt động

- Mệt cũng có thể do dùng một số thuốc:
- + Dùng thuốc hạ huyết áp quá mạnh
- + Dùng thuốc lợi tiểu gây mất nước và điện giải
- Một số can thiệp điều dưỡng:
- + Khuyến khích người bệnh nghỉ ngơi một cách thỏa đáng
- + Tránh và loại bỏ các hoạt động làm tăng gánh nặng cho tim
- + Đảm bảo giấc ngủ, loại bỏ các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ

1.1.4. *Hội hộp trống ngực*

- Là cảm giác tim đập mạnh như trống đánh trong lồng ngực hoặc cảm giác tim đập dồn dập trong lồng ngực
- Đây là triệu chứng thường gặp trong các rối loạn nhịp tim như:
- + Nhịp nhanh xoang
- + Nhịp nhanh kịch phát trên thất
- Hội hộp cũng có thể xảy ra sau hoạt động thể lực căng thẳng, kéo dài như: Bơi, chạy, đua xe đạp...
- Một vài yếu tố không phải bệnh tim cũng gây ra hội hộp như:
- + Lo sợ, mệt, mất ngủ
- + Dùng một số chất kích thích như cà phê, thuốc lá, rượu...
- Một số can thiệp điều dưỡng:
- + Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn
- + Theo dõi điện tim
- + Khuyến khích người bệnh nghỉ ngơi
- + Nếu hội hộp trống ngực có liên quan đến cafein, nicotin hướng dẫn người bệnh ngừng sử dụng
- + Nếu hội hộp trống ngực có liên quan đến sang chấn giúp người bệnh kiểm soát sang chấn đó

1.1.5. Ngất

- Ngất là sự mất trí giác trong một thời gian ngắn, đồng thời cũng giảm hoạt động hô hấp và tuần hoàn trong khoảng thời gian đó.

- Ngất thường do giảm đột ngột dòng máu tới não. Do vậy bất cứ nguyên nhân gì mà đột ngột làm giảm lưu lượng tim dẫn đến giảm dòng máu tới não đều có khả năng gây ngất

- Trong bệnh lý tim mạch, ngất thường gặp trong:

+ Rối loạn nhịp thất

+ Con tim chậm Stokes – Adams

+ Các bệnh van tim như hẹp van động mạch chủ, hẹp dưới van động mạch chủ.

+ U nhày trong nhĩ trái

- Ngoài ra ở người lớn tuổi, ngất còn có thể do tăng nhạy cảm với những kích thích ở vùng xoang động mạch cảnh

- Ngoài ra, ngất có thể gặp trong các bệnh lý khác không do tim mạch:

+ Các co giật, hạ đường máu, ngất trong động kinh...

- Một số can thiệp điều dưỡng:

+ Phải khẳng định được người bệnh còn tự thở, mạch còn bắt được hay không?

+ Kiểm tra đáp ứng của đồng tử với ánh sáng

+ Nói lỏng quần áo

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, trợ giúp thầy thuốc khi cần

1.1.6. Tăng cân đột ngột và phù

- Tăng cân một cách đột ngột là do tích lũy quá nhiều dịch trong cơ thể, khi lượng dịch tích lũy quá nhiều gây nên phù

- Cân người bệnh hàng ngày có thể phát hiện được dấu hiệu tăng cân. Bình thường cân nặng giao động khoảng dưới 1kg/ngày

- Tăng cân và phù ngoại vi là hai dấu hiệu chỉ điểm của suy tim phải, do ứ trệ tuần hoàn đồng đều ở hệ tĩnh mạch.

- Đặc điểm của phù trong bệnh lý tim mạch

+ Thường là phù mềm, dùng ngón tay ấn lõm dễ dàng, vết lõm một lúc lâu sau mới hết

+ Thường bắt đầu ở vùng thấp, thấy rõ ở mắt cá và mu chân

+ Phù trong suy tim kèm theo gan to, tĩnh mạch cổ nổi nhưng không có tuần hoàn bàng hệ vì ứ trệ tuần hoàn đều nhau ở các hệ tĩnh mạch.

+ Phù có thể giảm khi ăn nhạt, nằm nghỉ, gác cao chân nhưng gan vẫn có thể còn to, khác với phù do các nguyên nhân khác gan không to nhưng vẫn có phù.

- Ngoài ra, tăng cân và phù còn do giữ muối và nước trong tổn thương thận hay tắc nghẽn tĩnh mạch gây phù khu trú ở vùng tĩnh mạch bị tắc.

- Một số can thiệp điều dưỡng:

+ Cân người bệnh hàng ngày ở cùng một thời điểm, một cân, một lượng quần áo

+ Duy trì thăng bằng dịch và điện giải cho người bệnh

+ Theo dõi lượng dịch vào – ra.

+ Tư vấn, giáo dục chế độ ăn hạn chế muối, ăn kiêng một số loại thức ăn cho người bệnh và gia đình.

+ Nếu không có chống chỉ định, nâng cao các chi bị phù để tăng dẫn lưu dịch

1.1.7. Đau chi

- Đau chi trong bệnh tim mạch gặp trong hai bệnh:

+ Thiếu máu cục bộ chi do xơ vữa động mạch

+ Suy tĩnh mạch, van tĩnh mạch của hệ thống mạch máu ngoại biên

- Triệu chứng đau chi do thiếu máu cục bộ chi thường được người bệnh kể lại là:

- + Có cảm giác đau khi đi lại và hoạt động
- + Đau giảm hoặc mất đi khi nghỉ ngơi, không đi lại, không hoạt động (con đau cách hồi)
- Đau hai chân do đứng hoặc ngồi quá lâu, thường là do suy tĩnh mạch, suy van tĩnh mạch hoặc tắc nghẽn tĩnh mạch
- Một số can thiệp điều dưỡng:
 - + Để người bệnh nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
 - + Giúp người bệnh trong một số sinh hoạt cá nhân

1.2. Khai thác các thông tin khác về người bệnh

Việc khai thác có thể trực tiếp từ người bệnh và/hoặc từ người thân của họ, nhằm thu được những thông tin về:

1.2.1. Bệnh sử

Những bệnh tật đã mắc; quá trình theo dõi và điều trị, có được điều trị đúng cách hay không...?

1.2.2. Các yếu tố nguy cơ

- Là những yếu tố dễ làm cho bệnh phát sinh, phát triển, những yếu tố làm nặng thêm bệnh đã mắc.

Ví dụ:

- + Tăng huyết áp dễ dẫn đến tai biến mạch máu não hoặc nhồi máu cơ tim
- + Hút thuốc lá gây ra các bệnh đường hô hấp và làm cho bệnh nặng thêm
- + Béo phì dễ sinh ra các chứng bệnh về chuyển hóa...
- Ngoài ra cần khai thác cả những chi tiết cá nhân có ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và phòng bệnh như:
 - + Trình độ học vấn
 - + Hoàn cảnh kinh tế
 - + Môi trường sống và làm việc
 - + Văn hóa tín ngưỡng
 - + Sự quan tâm của gia đình và những người xung quanh đối với người bệnh

2. Nhận định thực thể

Điều dưỡng cần dựa vào các kỹ năng nhận định như: quan sát, sờ nắn, gõ và nghe nhằm phát hiện các dấu hiệu và triệu chứng khách quan (còn gọi là triệu chứng thực thể)

Các nhận định bao gồm:

2.1. Nhận định toàn trạng

2.1.1. Thể trạng và ý thức chung

- Quan sát hình dáng, ý thức chung, tình trạng mệt, tư thế và đáp ứng ngôn ngữ của người bệnh
- Chẳng hạn ở người bệnh suy tim mạn có thể thấy:
 - + Thể trạng gầy, vẻ mệt nhọc
 - + Phù 2 chân hoặc toàn thân
- Nếu người bệnh có giảm lưu lượng tim nhiều làm giảm dòng máu lên não người bệnh có thể chóng mặt, lú lẫn, mất trí nhớ và đáp ứng nói chậm chạp.

2.1.2. Da và niêm mạc

- Nhận định về màu sắc, độ chun giãn, nhiệt độ và độ ẩm của da và niêm mạc
- Vùng tốt nhất để nhận định là da mặt, lòng bàn tay, môi và lưỡi
- Bình thường khi cung cấp máu được thỏa đáng da có màu hồng, sờ ấm
- Nếu giảm cung cấp máu thì da xanh, lạnh và ẩm
- Trong bệnh lý tim mạch thì tím da là một dấu hiệu cần chú ý, có hai loại tím:
 - + Tím trung tâm:
 - . Do giảm oxy trong máu động mạch

- . Quan sát thấy môi và lưỡi tím, da ẩm
- . Tím trung tâm xảy ra khi chức năng phổi giảm hoặc trong bệnh tim bẩm sinh có Shunt phải → trái
- + Tím ngoại biên:
 - . Do dòng máu đến mạch máu ngoại biên giảm, co mạch ngoại biên
 - . Da toàn thân tím, lạnh và ẩm
 - . Tím ngoại biên gặp trong: Sốc giảm thể tích, giảm lưu lượng tim trong suy tim ứ trệ, bệnh mạch máu ngoại vi

2.1.3. Các chi

- Nhận định chi tiết cả hai bên về:
 - Sự thay đổi màu sắc
 - Sự thay đổi tình trạng mạch máu
 - Móng tay khum, ngón tay dùi trống là dấu hiệu đặc trưng trong các bệnh tim phổi mạn, tim bẩm sinh và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
 - Tình trạng phù chi
 - Độ chun giãn da: Mất nước và tuổi cao làm giảm độ chun giãn da
 - Vận động chi:
 - + Những tai biến mạch máu não thường gây liệt chi, yếu cơ, đau và rụng lông do thiếu nuôi dưỡng
 - + Ngoài việc quan sát cần xác định liệt vận động chi bằng các động tác khám vận động chủ động, làm các nghiệm pháp chống đối (xem thêm trong bài giảng thần kinh)

2.1.4. Đo huyết áp động mạch chi

- Phải đo huyết áp cả 2 bên, cả chi trên cả chi dưới
- Bình thường: HA tâm thu: 90 - 140 mmHg
HA tâm trương: 60 - 90 mmHg
- Khi huyết áp tăng (> 140/90 mmHg): Gây tăng gánh nặng cho tim trái
- Khi huyết áp giảm (< 90/60 mmHg): Cung cấp máu không thỏa đáng, thiếu oxy và dinh dưỡng tổ chức
- Hạ huyết áp khi đứng: Thường biểu hiện bằng chóng mặt khi chuyển từ tư thế nằm ngửa sang ngồi hoặc đứng dậy
- + Hạ HA khi đứng được xác định khi:
 - . HA tâm thu giảm đi 10 - 15 mmHg
 - . HA tâm trương giảm đi 10 mmHg
 - . Tần số tim tăng thêm 10 - 20%
- + Nguyên nhân hạ huyết áp tư thế có thể là:
 - . Mất nước ngoài tế bào do dùng thuốc lợi tiểu
 - . Giảm trương lực mạch máu
 - . Suy hệ thần kinh tự động điều hòa huyết áp
- Huyết áp hiệu số (chênh lệch huyết áp): Bình thường huyết áp hiệu số = HA tâm thu - HA tâm trương (và thường trong khoảng 30 - 40 mmHg)
- + HA hiệu số tăng trong:
 - . Tim đập chậm
 - . Hở van động mạch chủ
 - . Vữa xơ động mạch
 - . Tăng huyết áp theo tuổi
- + HA hiệu số giảm (kẹt huyết áp) trong:
 - . Sốc giảm thể tích, sốc tim
 - . Suy tim, hẹp van hai lá, tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim

2.2. Nhận định về tim mạch

2.2.1. Mạch máu

- Tĩnh mạch:
 - + Quan sát tĩnh mạch cổ và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALMTT):
 - . Tĩnh mạch cổ nổi và ALMTT tăng > 10 cm H₂O gặp trong: Suy tim phải, hở hoặc hẹp van 3 lá, tăng áp lực động mạch phổi, tràn dịch màng tim, viêm màng ngoài tim co thắt
 - . ALMTT giảm gặp trong các trường hợp giảm thể tích tuần hoàn
 - + Dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ:
 - . Để người bệnh nằm đầu cao chéch một góc 45°, dùng bàn tay ép vào vùng mạng sườn phải người bệnh trong khoảng 30 - 40 giây
 - . Dấu hiệu dương tính là khi ta ép vào vùng gan, tĩnh mạch cổ giãn to ra và chậm trở lại trạng thái ban đầu khi ta bỏ tay không ép. Gặp trong suy tim phải
 - Động mạch ngoại biên:
 - + Gồm tất cả các động mạch ngoại vi như:
 - . Phía trên gồm: Động mạch thái dương, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch cánh tay, động mạch quay
 - . Phía dưới gồm: Động mạch đùi (bẹn), động mạch khoeo, động mạch chày sau, động mạch mu chân
 - Phải nhận định đầy đủ và so sánh hai bên về các vấn đề sau:
 - . Có mạch đập hay không?
 - . Biên độ nảy mạnh hay yếu?
 - . Tần số bao nhiêu lần/phút?
 - . Nhịp đều hay không đều?
 - . Thành mạch cứng hay mềm?

Riêng động mạch cảnh không nên khám cùng một lúc cả hai bên

2.2.2. Tim

- Quan sát:
 - + Lồng ngực trái có thể biến dạng, nhô cao trong trường hợp bệnh tim từ nhỏ
 - + Mỏm tim đập thường ở KLS V đường giữa đòn trái
 - . Khi tim trái to ra mỏm tim đập ở thấp và ngoài đường giữa đòn trái
 - . Mỏm tim đập mạnh trong hở van động mạch chủ
- Sờ:
 - + Xác định vị trí mỏm tim đập, nếu tim to mỏm tim cũng thay đổi vị trí
 - + Xác định rung miu, nếu có rung mưu thì có ở thì nào (âm thu hay âm trương?)
- Gõ:
 - + Nhằm xác định diện đục của tim
 - + Bình thường bờ phải của diện đục tim không vượt quá bờ phải xương ức 0,5 cm, bên trái không vượt quá đường giữa xương đòn trái
 - + Nếu tim to, diện đục của tim sẽ rộng hơn bình thường (hoặc về bên phải hoặc về bên trái hoặc cả 2 bên)
 - Nghe tim:
 - + Có 4 vị trí (ổ) nghe thông thường:
 - . Liên sườn II cạnh ức phải: Nghe ổ van động mạch chủ
 - . Liên sườn II cạnh ức trái: Nghe ổ van động mạch phổi
 - . Cạnh mũi ức bên trái: Nghe ổ van ba lá
 - . Mỏm tim: Nghe ổ van hai lá. Mỏm tim còn là nơi để xác định chính xác tần số

tim

- + Những điểm cần ghi nhận khi nghe tim:
 - . Có tiếng tim (T_1 , T_2) đập không, cường độ mạnh (rõ) hay yếu (mờ)?
 - . Đếm tần số? Phát hiện tần số tim bất thường như chậm dưới 60 lần/phút hoặc nhanh trên 100 lần/phút?
 - . Nhịp tim đều hay không đều? Bình thường khoảng thời gian giữa các tiếng tim tương đối đều nhau
- Bất thường:
 - . Có thể thấy những nhát bóp đến sớm trong loạn nhịp ngoại tâm thu; hoặc các khoảng thời gian giữa các tiếng tim không đều nhau: Lúc chậm, lúc nhanh, lúc rõ, lúc yếu khó xác định trong loạn nhịp tuần hoàn
 - . Tiếng tim bất thường: Tiếng ngựa phi trong suy tim cấp, tiếng cọ màng tim trong viêm màng ngoài tim.
 - . Các âm thổi: Hay gặp trong các bệnh van tim, tim bẩm sinh có lỗ thông. Cần xác định là thổi ở thì nào (tâm thu hay tâm trương); vị trí nghe thấy âm thổi? Cường độ âm thổi? Hướng lan?

2.3. Nhận định về hô hấp

- Quan sát hình thể lồng ngực:
 - + Bình thường cân đối hai bên, chiều ngang/trước sau = 2/1
 - + Lồng ngực có thể biến dạng, đường kính ngang = đường kính trước sau (lồng ngực hình thùng) gặp trong bệnh khí phế thũng, tim phổi mạn...
- Di động lồng ngực (biên độ thở): Có thể thở nông hoặc rối loạn kiểu thở
- Đếm tần số thở:
 - + Bình thường từ 16 đến 20 lần/phút
 - + Trường hợp thở nhanh trên 24 lần/phút, biên độ thở nông, có sự co kéo các cơ hô hấp phụ như rút lõm hõm ức, hạ đòn, các khoang liên sườn là dấu hiệu sớm của suy tim ứ trệ
 - + Trường hợp người bệnh khó thở đột ngột không giải thích được có thể là do nghẽn mạch phổi hay nhồi máu phổi
- Rối loạn kiểu thở:
 - + Thở nông còn có thể do đau ngực trong viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi
 - + Thở Cheyne - Stokes thường thấy ở người bệnh có tuổi bị suy tim, nhiễm toan chuyển hóa hoặc ở người bệnh thiếu máu nặng
- Đờm: Số lượng? Màu sắc? Tính chất?
- Nghe phổi:
 - + Có thể thấy ran ẩm do tích dịch phế nang trong suy tim trái, phù phổi cấp, suy tim ứ trệ
 - + Ran ít, ran ngáy do chuyển động của luồng khí qua phế quản bị hẹp có thể thấy trong cơn hen tim, suy tim ứ trệ lâu ngày.

2.4. Các cơ quan khác

Tham khảo các bài nhận định ở các chương khác. Tuy nhiên cần chú ý những vấn đề liên quan đến bệnh lý tim mạch như:

- Lượng nước tiểu/24h
 - + Số lượng nước tiểu ít phản ánh tình trạng giảm tưới máu thận
 - + Người bệnh suy tim mạn thường hay đi tiểu nhiều lần, mỗi lần số lượng ít và hay đi tiểu ban đêm
- Đặc điểm của gan to do ứ huyết:
 - + Gan to: Có thể to ít (mấp mé bờ sườn), có thể rất to (ngang rốn) tùy thuộc vào giai đoạn và mức độ của suy tim

- + Mật độ thường mềm, bề mặt nhẵn, bờ sắc, đôi khi có thể chắc do suy tim quá lâu ngày
- + Gan to có thể thu nhỏ nhiều hoặc ít sau điều trị tùy vào mức độ còn bù trừ nhiều hay ít của tim
- Những bất thường ở các giác quan (đặc biệt là mắt): Những tổn thương mạch máu ở võng mạc do tăng huyết áp gây ra có thể làm giảm nhiều thị lực thậm chí mù hoàn toàn.

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Đặc điểm phù trong bệnh tim mạch thường
 - A. phù mềm, bắt đầu ở vùng cao như ở mặt rồi đến tay.
 - B. phù mềm, bắt đầu ở vùng thấp, thấy rõ ở mắt cá, mu bàn chân.
 - C. phù mềm, kèm theo tuần hoàn bàng hệ.
 - D. phù cứng, không có tuần hoàn bàng hệ.
2. Triệu chứng ngất thường gặp trong bệnh lý
 - A. suy tim phải.
 - B. suy tim trái.
 - C. viêm màng tim.
 - D. bệnh van tim.
3. Huyết áp kẹt gặp trong trường hợp
 - A. hẹp van 2 lá
 - B. hở van động mạch chủ.
 - C. vỡ xơ động mạch.
 - D. tim đập chậm.
4. Trong suy tim trái nghe tim có thể thấy
 - A. ran ẩm
 - B. ran rít
 - C. ran ngáy
 - D. ran nổ
5. Trong bệnh lý hệ tim mạch, tiếng cọ màng tim gặp trong
 - A. suy tim
 - B. bệnh van tim
 - C. viêm màng ngoài tim
 - D. nhồi máu cơ tim

BÀI 2

CHĂM SÓC NGƯỜI MẮC BỆNH VAN TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày và phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng của người mắc bệnh van tim.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người mắc bệnh van tim.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bình thường các van tim có chức năng duy trì dòng máu chảy từ các buồng nhĩ xuống các buồng thất, từ các buồng thất tới các mạch máu lớn. Tổn thương các van tim có thể gây ra hẹp van dẫn đến cản trở dòng máu hoặc hở van cho phép dòng máu phụt ngược lại.

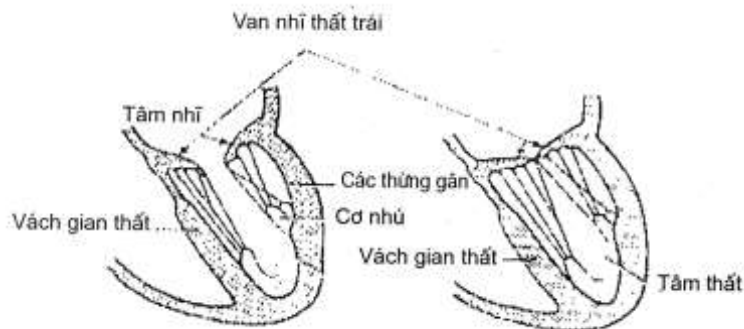
Bệnh van tim thường là hậu quả hay gặp của thấp tim gây tổn thương một hay nhiều van tim. Van hai lá hay gặp nhất rồi đến van động mạch chủ, van ba lá, van động mạch phổi. Ban đầu khi mới tổn thương, cơ tim còn khỏe, bộ máy tuần hoàn vẫn có thể tự điều khiển một cách có hiệu quả dù van tim bị tổn thương, nhưng dần dần cơ tim suy yếu không còn tự điều chỉnh được nữa, người mắc bệnh van tim sẽ trong tình trạng suy tim, rồi suy tim không hồi phục nếu không được điều trị phẫu thuật van tim.

2. Bệnh hẹp van hai lá

2.1. Đại cương

Bệnh hẹp van hai lá là một bệnh van tim thường gặp nhất ở nước ta, bệnh thường gặp từ tuổi đi học trở lên, đặc biệt ở nữ nhiều hơn nam giới.

Về giải phẫu: Van hai lá là van ngăn cách giữa nhĩ trái và thất trái. Máu đỏ từ tĩnh mạch phổi xuống nhĩ trái qua van hai lá vào thất trái. Lỗ van hai lá rộng 4-6 cm² có thể đút lọt hai ngón tay. Van hai lá có hai lá van rất mỏng, khép lại được nhờ các dây chằng. Bệnh thấp tim làm cho van hai lá hẹp lại ở hai mép van, các dây chằng và các cột cũng bị cứng lại và vôi hoá, lỗ van hai lá chỉ đút lọt một ngón tay hoặc thậm chí nhỏ đến mức chỉ đút lọt đầu bút chì, do vậy bị ảnh hưởng đến tuần hoàn. Hẹp van hai lá gây nên sự cản trở dòng máu từ nhĩ trái xuống thất trái nên làm giảm lưu lượng tim.



Hình 2.1. Các van tim

2.2. Nguyên nhân

- Thấp tim: Đại đa số các trường hợp hẹp van hai lá do các tổn thương của bệnh thấp tim.

- Hẹp hai lá bẩm sinh rất hiếm gặp.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Giai đoạn nhẹ: Người bệnh chưa có biểu hiện các triệu chứng chức năng, kể cả khi gắng sức.

- Giai đoạn vừa (khi đã hẹp nhiều): Khó thở khi gắng sức, nếu không được điều trị người bệnh sẽ bị khó thở nhiều lên đến khó thở thường xuyên kể cả khi nằm nghỉ. Ngoài ra còn có một số triệu chứng khác như: Biểu hiện hồi hộp, ho khan từng cơn, có đờm lẫn các dây máu. Nếu được điều trị kịp thời thì tim có thể hồi phục.

- Giai đoạn nặng: Đã có suy tim nặng nề, không thể hồi phục được người bệnh có thể có cảm giác nuốt nghẹn do tâm nhĩ trái quá to ép nhiều vào thực quản.

2.3.2. Triệu chứng thực thể

- Chủ yếu là nghe tim, có thể thấy:

+ Tiếng tim thứ nhất (T1) đanh.

+ Tiếng rung tâm trương ở mỏm tim.

+ Tiếng tim thứ 2 mạnh ở đáy tim

Ngoài ra, nếu người bệnh bị hẹp van 2 lá trước tuổi dậy thì có thể thấy người bệnh dậy thì chậm, cơ thể thấp bé, gầy yếu gọi là “lùn hai lá”

2.3.3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang có thể thấy:

+ Phim thẳng thấy bờ tim trái có 4 cung: Quai động mạch chủ, thân động mạch phổi, tiểu nhĩ trái và cung thất trái. Ngoài ra trên phim còn thấy rốn phổi đậm, 2 phế trường mờ do ứ máu ở động mạch phổi.

+ Phim nghiêng (có uống Barit): Có thể thấy hình thực quản bị chèn ép ở 1/3 dưới do nhĩ trái giãn to, mất khoảng sáng sau xương ức do thất phải giãn.

- Ghi điện tâm đồ có thể thấy: Hình ảnh dày nhĩ trái, trục điện tim về bên phải, dày thất phải.

- Siêu âm tim: Giúp cho chẩn đoán chắc chắn hẹp van hai lá và mức độ hẹp

+ Van 2 lá di động song cùng chiều trên siêu âm kiểu TM.

+ Diện tích mở van trong thì tâm trương hẹp từ dưới 2,5cm² trên siêu âm kiểu 2D

2.4. Tiến triển và biến chứng

2.4.1. Tiến triển

Người bệnh bị hẹp van hai lá có thể có những đợt sốt, mệt mỏi, cơ thể gầy sút là do bội nhiễm ở phổi hoặc là một đợt thấp tim tái phát. Nếu hẹp van hai lá đơn thuần người bệnh không có chế độ làm việc nghỉ ngơi và ăn uống đúng mức sẽ bị hẹp hai lá khít và rất khít, áp lực động mạch phổi thường tăng cao nhiều, sẽ có nhiều biến chứng xảy ra.

2.4.2. Biến chứng

* Rối loạn nhịp tim:

Có thể gặp các rối loạn nhịp tim từ nhẹ đến nặng như: Nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu nhĩ, cơn nhịp nhanh trên thất, cuồng nhĩ, rung nhĩ.

* Tắc mạch đại tuần hoàn:

Do ứ máu trong nhĩ trái dễ hình thành các cục máu đông, tùy theo vị trí bị tắc mà có các biểu hiện khác nhau:

- Tắc mạch não hay gặp biểu hiện bằng liệt nửa thân

- Ngoài ra còn gặp tắc mạch chi, mạch mạc treo, mạch thận

* Biến chứng ở phổi:

- Phù phổi mạn, có thể dẫn đến phù phổi cấp do tăng áp lực ở mao mạch phổi.
- Tắc động mạch phổi do cục máu đông từ viêm tĩnh mạch chi dưới.
- * Suy tim phải do tăng áp động mạch phổi
- Người bệnh khó thở liên tục, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.
- * Nhiễm khuẩn:
- Bội nhiễm phổi
- Viêm nội tâm mạc bán cấp do vi khuẩn.

2.5. Điều trị

2.5.1. Hướng điều trị

- Hẹp hai lá đơn thuần, không có suy tim và loạn nhịp tim thì không cần điều trị chỉ cần chế độ làm việc nghỉ ngơi, ăn uống đúng mức.
- Khi bắt đầu có biến chứng: Khó thở khi gắng sức, đánh trống ngực, ho từng cơn, nhưng chưa có biểu hiện rõ của suy tim thì chỉ cần mổ ở giai đoạn này là tốt nhất.
- Khi người bệnh đã có biểu hiện bị hẹp khít, khó thở rất nhiều với tình trạng suy tim nặng không thể hồi phục được, vấn đề mổ tim để tách van hai lá hoặc đặt van nhân tạo cần phải xem trước mổ.

2.5.2. Điều trị

*** Điều trị nội khoa**

- Đối với người bệnh hẹp van hai lá đang có các biến chứng nặng nề như suy tim, các bệnh phổi nặng... người bệnh phải dùng thuốc.
- Digital: Là thuốc thường dùng nhất, dạng tiêm hoặc Digoxin dạng viên uống hoặc có thể tiêm tĩnh mạch trong trường hợp cấp cứu.
- Thuốc lợi tiểu Furosemid viên 40mg uống ngày 1-2 viên cho đến khi hết phù. Khi cho người bệnh uống thuốc lợi tiểu, cho uống kaliciorua ngày 2 – 4 viên để tránh hạ kali máu do thuốc lợi tiểu.
- Khi có biến chứng loạn nhịp (hay gặp nhất là rung nhĩ): Thường phải phối hợp thêm các thuốc chống đông để tránh các tai biến tắc mạch.
- Kháng sinh: Điều trị khi chống sốc biểu hiện tình trạng viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn.

*** Điều trị ngoại khoa**

- Chỉ định mổ trong giai đoạn người bệnh đã có hội chứng gắng sức nhưng chưa có những biểu hiện rõ ràng của suy tim.
- Giai đoạn người bệnh đã có biểu hiện suy tim nặng nề thì không nên mổ.

2.6. Phòng bệnh

- Khi người bệnh mới bị thấp tim, phải tích cực điều trị thấp tim
- Khuyên người bệnh bị hẹp hai lá tránh có thai.
- Nếu có thai, cần phải được quản lý thai nghén chặt chẽ và nên chỉ có một con.

3. Bệnh hở van hai lá

3.1. Đại cương

- Hở van hai lá là tình trạng van hai lá không khép lại chặt nên khi thất trái co bóp có luồng máu phụt ngược lại từ thất trái lên nhĩ trái. Thất trái vừa phải bơm máu vào động mạch, vừa phụt một lượng máu ngược lại nhĩ trái, lâu dần sẽ bị suy.
- Hở van hai lá cơ năng là dấu hiệu của suy tim do một bệnh toàn thể. Hở hai lá thực tổn thương do thấp tim, thường phối hợp với hẹp hai lá, người bệnh có diễn biến nặng dẫn đến suy tim mà cách giải quyết tốt nhất là thay van tim

3.2. Nguyên nhân

- Chủ yếu là do thấp tim. Khi van hai lá bị viêm do thấp, các mép van bị dày lên, lá van cũng dày lên, cuộn lại nên không khép kín khi đóng van. Hơn nữa các dây chằng van cũng dày lên, ngắn lại làm ngăn cản sự khép kín của các lá van.

- Nhồi máu cơ tim làm đứt dây chằng van, đứt cột cơ
- Viêm tâm mạc nhiễm khuẩn loét sùi làm đứt van
- Xơ vữa động mạch làm van dày lên, cuộn lại không khép kín
- Nguyên nhân hiếm gặp: Bệnh tim tiên thiên, chấn thương
- Ngoài ra còn gặp hở van hai lá bẩm sinh hoặc hở van hai lá cơ năng do thất trái giãn nhiều.

3.3. Triệu chứng

3.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Hồi hộp, trống ngực, đau ngực.
- Khó thở khi gắng sức

3.3.2. Triệu chứng thực thể

- Hở thực tồn: Nghe tim có tiếng thổi tâm thu mạch lan lên nách trái và sau lưng.
- Hở cơ năng: Tiếng thổi tâm thu ở mỏm không lan, không mạnh, không đổi tư thế điều trị suy tim sẽ mất đi triệu chứng đó.

Trường hợp hở van hai lá nặng có thể sờ thấy mỏm tim xuống thấp, sang trái và đập mạnh, rung miu tâm thu ở mỏm.

3.3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang: Cung dưới trái giãn, mỏm tim hạ thấp.
- Điện tâm đồ: Dày nhĩ trái về sau có dày thất trái.
- Siêu âm Doppler tim (đặc biệt là Doppler mã hóa màu): Giúp cho chẩn đoán hở van và mức độ tổn thương van.

3.4. Biến chứng

- Hở van hai lá cơ năng không gây biến chứng và sẽ gây mất đi nếu điều trị nguyên nhân
- Hở van hai lá thực tồn có thể gây ra các biến chứng:
 - + Suy tim: Lúc đầu lá suy tim trái về sau có thể suy tim toàn bộ
 - + Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn
 - + Rối loạn nhịp tim
 - + Tắc mạch đại tuần hoàn

3.5. Điều trị

3.5.1. Hướng điều trị:

- Hở hai lá cơ năng: Điều trị nguyên nhân gây suy tim như thiếu máu, tăng huyết áp
- Hở hai lá thực tồn: Nếu nhẹ không cần điều trị, nếu nặng thường phối hợp với hẹp hai lá dẫn nhanh đến có biến chứng giống hẹp hai lá, cần phải mổ tim để thay van hoặc ghép van.

3.5.2. Điều trị

* *Điều trị nội khoa:*

- Điều trị đợt thấp tái phát và phòng thấp tái phát
- Điều trị các biến chứng như: Loạn nhịp tim, viêm nội tâm mạc...
- Hạn chế sự hình thành huyết khối bằng thuốc chống đông
- Hạn chế suy tim bằng chế độ ăn nhạt, thuốc lợi tiểu

* *Điều trị ngoại khoa*

- Sửa van trên tim hở.
- Thay van hai lá hở bằng van nhân tạo trên tim mở cho những trường hợp tổn thương nặng, có điều kiện chi phí lớn.

4. Hở van động mạch chủ

4.1. Đại cương

Hở van động mạch chủ là hiện tượng van động mạch chủ đóng không kín. Trong thì tâm trương có một lượng máu phụt ngược lại từ động mạch chủ về thất trái làm huyết

áp tâm trương giảm. Lượng máu này cùng với lượng máu bình thường đổ từ nhĩ trái xuống thất trái làm tăng gánh tâm trương thất trái, thất trái sẽ giãn to ra.

Trong thì tâm thu: Thất trái phải co bóp mạnh hơn để tổng hết một lượng máu quá lớn đã dồn về thất trái trong thì tâm trương. Vì phải bóp như vậy nên huyết áp tâm thu tăng trong khi huyết áp tâm trương giảm nên khoảng cách chênh lệch huyết áp tăng lên.

4.2. Nguyên nhân

- Chủ yếu do thấp tim
- Ngoài ra còn có một số nguyên nhân khác như: Viêm động mạch chủ do giang mai, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, tách thành động mạch chủ

4.3. Triệu chứng

4.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Cảm giác tim đập mạnh trong lồng ngực (thường là dấu hiệu sớm nhất)
- Khó thở khi gắng sức
- Cơn đau thắt ngực

4.3.2. Triệu chứng thực thể

- Khám tim:
 - + Nhìn: Mỏm tim đập rất mạnh
 - + Sờ: Thấy mỏm tim đập mạnh và lan trên một diện rộng.
 - + Nghe: Có tiếng thổi tâm trương ở ổ van động mạch chủ (là triệu chứng quan trọng nhất) thường lan dọc bờ trái xương ức.
- Ngoài ra có thể thấy:
 - + Động mạch cổ đập mạnh đôi khi làm đầu như gật gù theo.
 - + Mạch quay nảy căng nhưng chìm nhanh.
 - + Dấu hiệu lập lòe móng tay.
 - + Huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương giảm có khi đến số không vẫn đập.
- Giai đoạn muộn hơn là các triệu chứng của suy tim trái. Ngoài ra người bệnh dễ bị cơn khó thở kịch phát về đêm, có khi biểu hiện như cơn hen tim hoặc phù phổi cấp.

4.3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang có thể thấy 3 dấu hiệu:
 - + Tim đập rất mạnh nhất là ở vùng mỏm tim.
 - + Cung động mạch chủ to ra và cũng đập rất mạnh.
 - + Cung dưới trái giãn to, mỏm tim hạ thấp.
- Điện tâm đồ có thể thấy các dấu hiệu:
 - + Trục điện tim trái .
 - + Dày thất trái.
 - + Tăng gánh tâm trương.
- Siêu âm tim: Giúp cho việc xác định có hở van và mức độ thương tổn van. Ngoài ra siêu âm tim còn cho biết mức độ giãn của buồng thất trái, chức năng co bóp của thất trái và hướng đến nguyên nhân gây hở van.

4.4. Biến chứng

Hở van động mạch chủ thường diễn biến âm thầm trong một thời gian dài nhưng khi đã có suy tim bệnh diễn biến xấu đi rất nhanh. Nếu không được phẫu thuật điều trị người bệnh có thể chết vì:

- Suy tim trái.
- Phù phổi cấp.
- Cơn đau thắt ngực do thiếu máu nuôi dưỡng cơ tim.

- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Đây là một biến chứng rất nặng luôn đe dọa tính mạng của người bệnh.

4.5. Điều trị

** Điều trị nội khoa:*

- Loại bỏ triệt để các ổ nhiễm khuẩn trên cơ thể, điều trị kháng sinh dự phòng cho người bệnh khi phải tiến hành bất cứ thủ thuật gì trên người bệnh.

- Khi chưa có chỉ định điều trị phẫu thuật chủ yếu là điều trị các triệu chứng, hạn chế suy tim như ăn nhạt, lợi tiểu, trợ tim.

- Có thể dùng thuốc giãn mạch để giảm nhẹ dòng máu phụt ngược cải thiện chức năng thất trái.

** Điều trị ngoại khoa:*

Phẫu thuật thay van động mạch chủ là cách điều trị triệt để nhất cho những trường hợp hở van động mạch chủ nặng.

5. Chăm sóc

Người bị bệnh van tim thường vào viện khi đã suy tim nên việc chăm sóc người bệnh van tim lúc này chính là chăm sóc người bệnh suy tim.

5.1. Nhận định

** Hỏi bệnh:*

- Người bệnh có mệt không? Mức độ mệt? Tiến triển của mệt thế nào?

- Người bệnh có cảm thấy khó thở không? Khó thở khi nào? Tần xuất khó thở?

Mức độ khó thở?

- Đau tức ngực? Hồi hộp đánh trống ngực?

- Ho không? Ho khan hay có đờm?

- Ăn được không? Ăn bao nhiêu? Ăn những thức ăn gì?

- Giấc ngủ thế nào?

- Tiểu tiện thế nào? Số lượng nước tiểu/ngày?

- Đại tiện thế nào? Có bị táo bón không?

- Tiền sử bản thân?

- Hoàn cảnh kinh tế?

- Lo lắng hiện tại?

** Khám thực thể:*

- Màu sắc da, niêm mạc, môi, đầu chi? Dấu hiệu lập lờ móng tay?

- Phù không?

- Tĩnh mạch cổ có nổi không? Gan có to không?

- Đo, đếm các chỉ số sinh tồn: Huyết áp, mạch, nhịp thở, nhiệt độ? Đánh giá các chỉ số này?

- Quan sát bữa ăn của người bệnh, để đánh giá bữa ăn.

- Tình trạng vận động?

- Tình trạng vệ sinh?

** Tham khảo kết quả cận lâm sàng:*

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, điện giải đồ

- Điện tâm đồ, siêu âm tim, Xquang tim phổi

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Giảm tưới máu tổ chức do giảm chức năng co bóp của tim.

- Giảm trao đổi khí ở phổi do ứ huyết phổi

- Tăng tích dịch trong cơ thể do ứ trệ tuần hoàn ngoại biên

- Người bệnh chưa biết cách tự chăm sóc khi bị bệnh do thiếu kiến thức về bệnh

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Người bệnh sẽ cải thiện được tưới máu tổ chức.

- Người bệnh sẽ cải thiện được trao đổi khí ở phổi.
- Người bệnh sẽ giảm được ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Người bệnh sẽ hiểu về bệnh và biết cách tự chăm sóc.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.4.1. Cải thiện tưới máu tổ chức bằng các biện pháp

- Để người bệnh nằm nghỉ, tránh các hoạt động gắng sức. Tuy nhiên cần khuyến khích người bệnh vận động nhẹ nhàng các chi để phòng biến chứng tắc mạch.

- Thực hiện y lệnh thuốc trợ tim.

Chú ý theo dõi tần số tim và tác dụng phụ của thuốc.

- Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch.

Chú ý theo dõi huyết áp và tác dụng phụ của thuốc.

- Cung cấp cho người bệnh chế độ dinh dưỡng phù hợp không làm tăng gánh nặng cho tim như: Giảm calo, giảm muối, nước, ăn ít một, thức ăn dễ hấp thu.

5.4.2. Cải thiện trao đổi khí ở phổi bằng các biện pháp

- Cho người bệnh nằm nghỉ ở tư thế nửa ngồi.

- Nếu người bệnh có cơn khó thở kịch phát về đêm thì ngay từ đầu tối khuyến khích người bệnh nằm ngủ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu. Chú ý cho người bệnh uống vào buổi sáng để tránh mất ngủ do đái đêm. Theo dõi các biểu hiện thiếu Kali máu và khuyến khích người bệnh ăn các loại rau quả chứa nhiều Kali.

- Cho người bệnh thở oxy khi có y lệnh.

5.4.3. Giảm ứ trệ tuần hoàn ngoại biên bằng các biện pháp

- Chế độ ăn hạn chế muối:

+ Từ 1 – 2 gam NaCl/ngày khi có phù nhẹ.

+ Dưới 1 gam NaCl/ngày khi có phù nhiều, hoặc có tổn thương thận kết hợp.

+ Chỉ 0,3 gam NaCl/ngày khi suy tim quá nặng (cho ăn cơm đường, sữa đậu nành)

- Hạn chế dịch và nước uống vào. Lượng nước vào cơ thể được tính bằng lượng nước tiểu 24h + 300ml. Phải theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu, chú ý bù đủ Kali.

5.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho người bệnh hiểu về bệnh van tim như: Các biểu hiện của bệnh, các yếu tố gây bệnh hoặc làm tăng nặng bệnh, biến chứng của bệnh.

- Loại bỏ tất cả các hoạt động gắng sức.

- Tránh hoặc hạn chế đến mức tối đa các sang chấn. Không dùng các chất kích thích tim mạch (thuốc lá, bia, rượu...).

- Thuyết phục người bệnh điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc. Theo dõi bệnh định kỳ tại chuyên khoa tim mạch.

- Thuyết phục người bệnh duy trì chế độ ăn hạn chế muối suốt đời (2 – 3gam NaCl/ngày), tránh các thức ăn như dưa-cà-hành muối, đồ ăn chế biến sẵn có nhiều muối (bánh mỳ, thịt hun khói, patê, xúc xích). Nên ăn bữa nhỏ, nhiều bữa, chọn thức ăn dễ tiêu hóa.

- Cần đến thầy thuốc khám ngay khi thấy xuất hiện 1 trong các dấu hiệu sau:

+ Khó thở nhiều.

+ Tăng cân đột ngột.

+ Ho kéo dài.

+ Đau ngực.

+ Thay đổi tần số tim từ 20 lần/phút trở lên.

5.5. **Đánh giá**

Việc chăm sóc người bệnh van tim được coi là có hiệu quả khi:

5.5.1. *Người bệnh sẽ cải thiện được tưới máu tổ chức.*

Dựa vào: Người bệnh đỡ mệt, huyết áp tâm thu ở mức bình thường, tần số và nhịp tim về bình thường, lượng nước tiểu tăng...

5.5.2. *Người bệnh sẽ cải thiện được trao đổi khí ở phổi.*

Dựa vào: Người bệnh đỡ hoặc hết khó thở, đỡ hoặc hết tím, hết ran ẩm ở phổi...

5.5.3. *Người bệnh sẽ giảm được ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.*

5.5.4. *Người bệnh sẽ hiểu về bệnh và biết cách tự chăm sóc.*

Dựa vào: Người bệnh tuân thủ chế độ điều trị suốt đời theo hướng dẫn của thầy thuốc.

LUỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Biến chứng tắc mạch đại tuần hoàn ở người bệnh hẹp van 2 lá là do cục máu đông hình thành ở

- A. tĩnh mạch
- B. nhĩ trái
- C. động mạch
- D. thất trái

2. Bình thường khi van 2 lá mở ra diện tích mở khoảng

- A. 2 – 3 cm²
- B. 3 – 4 cm²
- C. 4 – 5 cm²
- D. 4 – 6 cm²

3. Triệu chứng cơ năng của hẹp van 2 lá là

- A. ho khan
- B. ho ra đờm mủ màu xanh
- C. ho ra đờm mủ màu vàng
- D. ho ra đờm mủ màu rỉ sắt

4. Nội dung chăm sóc quan trọng nhất với người bệnh van tim là

- A. Cải thiện tưới máu tổ chức
- B. Cải thiện trao đổi khí ở phổi
- C. Giảm tăng tích dịch trong cơ thể
- D. Giáo dục người bệnh thay đổi lối sống phù hợp khi chưa có biến chứng

5. Biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn hay gặp nhất ở người bệnh

- A. hẹp van 2 lá
- B. hở van 2 lá
- C. hẹp hở van 2 lá
- D. hở van động mạch chủ

BÀI 3

NHẬN ĐỊNH NGƯỜI MẮC BỆNH Ở CƠ QUAN HÔ HẤP

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những nội dung cần nhận định với người mắc bệnh lý ở cơ quan hô hấp.*
- 2. Giải thích được các triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp trong bệnh hô hấp.*
- 3. Áp dụng được kiến thức trong bài vào nhận định chăm sóc người mắc bệnh hệ hô hấp.*

NỘI DUNG

1. Phỏng vấn

Điều dưỡng sử dụng các kỹ năng đặt câu hỏi nhằm:

- Khai thác những dấu hiệu và triệu chứng cơ năng của bệnh.
- Ngoài ra cần hỏi thêm những thông tin khác về người bệnh nhằm khai thác quá trình bệnh tật và những yếu tố nguy cơ của bệnh.

1.1. Các triệu chứng cơ năng

1.1.1. Đau ngực

- Đau ngực gặp trong các bệnh về hô hấp như:
 - + Lao phổi
 - + U phổi
 - + Viêm màng phổi
 - + Tràn khí màng phổi
 - + Viêm phổi
 - + Tắc mạch phổi...
- Ngoài ra đau ngực còn gặp trong các bệnh lý ngoài đường hô hấp như:
 - + Bệnh tim mạch: Viêm màng ngoài tim, thiếu máu cục bộ cơ tim
 - + Đau ngực còn là một phản xạ của những bệnh lý trong ổ bụng như bệnh về gan mật, thực quản, dạ dày
- Khi nhận định về đau ngực người điều dưỡng phải nhận định một cách kỹ lưỡng và cẩn thận về những đặc điểm sau:
 - + Cách khởi phát cơn đau: Đau đột ngột hay từ từ?
 - + Vị trí đau? Đau một điểm cố định hay đau lan rộng, đau một bên hay hai bên lồng ngực?
 - + Thời gian đau kéo dài bao lâu: Giây? Phút? Giờ?
 - + Đau tự phát hay do kích thích?
 - + Hoạt động gì làm khởi phát cơn đau: Thay đổi tư thế, khi ho hay thở mạnh...?
 - + Yếu tố nào làm giảm đau? Yếu tố nào làm tăng đau?

+ Nếu cơn đau tái lại thì sau bao lâu, cơn đau sau có giống cơn đau trước hay không?

+ Các triệu chứng kèm theo đau ngực: Sốt, ho, khó thở, khạc đờm...

1.1.2. Khó thở

- Khó thở là thở khó khăn, nặng nhọc, là triệu chứng chủ quan do người bệnh cảm thấy và cũng là triệu chứng do thầy thuốc khám và phát hiện được qua thay đổi của nhịp thở

- Khó thở có các thể: Nhẹ, vừa, nặng

- Có thể khó thở cấp như: Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi

- Có thể khó thở mạn: Tâm phế mạn

- Khó thở từng cơn: Hen phế quản

- Khó thở vào: Khi thở vào khó khăn như có vật gì ngăn lại, thường gặp trong hẹp khí phế quản do khối u hoặc dị vật, bạch hầu thanh quản.

- Khó thở ra: Khi thở ra người bệnh phải lấy hết sức để tổng không khí ở phổi ra một cách khó khăn và nặng nhọc gặp trong hen phế quản.

- Ngoài ra khó thở còn gặp trong bệnh lý về tim mạch như: Suy tim, cơn hen tim.

1.1.3. Ho và khạc đờm

- Ho: Ho là một động tác thở mạnh và đột ngột. Động tác này có tính chất phản xạ để tổng dị vật (thức ăn hoặc các chất dịch của đường hô hấp) ra khỏi đường hô hấp.

- Người ta có thể chủ động ho nhưng trong đa số trường hợp ho xảy ra ngoài ý muốn. Khi nhận định về ho người điều dưỡng phải khai thác được:

+ Tính chất ho:

. Ho nhiều hay ít?

. Ho khan hay có đờm?

. Ho từng tiếng hay từng cơn; nếu ho từng cơn thời gian mỗi cơn ho kéo dài bao lâu?

. Âm sắc tiếng ho: Tiếng ho ông ông trong viêm thanh quản, giọng đôi trong liệt thanh quản.

+ Tìm hiểu nguyên nhân gây ho:

. Viêm họng cấp hoặc mạn

. Viêm khí quản, phế quản cấp ở giai đoạn đầu chỉ có xung huyết phế quản nên người bệnh ho khan, tới giai đoạn phế quản tiết dịch người bệnh ho có đờm.

. Viêm phế quản mạn: Ho kéo dài trong nhiều năm, thường ho nhiều đờm.

. Giãn phế quản: Có thể tiên phát hoặc hậu phát sau một bệnh mạn tính đường hô hấp (viêm phế quản mạn, áp xe phổi, lao phổi...). Người bệnh thường ho nhiều về sáng, nhiều đờm, để trong cốc lắng thành ba lớp. Người bị giãn phế quản có thể ho ra máu.

. Viêm phổi: Đau ngực, sốt rét rồi sốt nóng, giai đoạn đầu ho khan sau khạc đờm màu rỉ sắt, quánh.

. Lao phổi: Thường ho vào buổi sáng, ho thúng thảng, khạc đờm trắng hoặc bã đậu hoặc máu, người bệnh gầy sút dần, sốt về chiều, xét nghiệm tìm vi khuẩn lao cần thiết cho chẩn đoán bệnh

. Áp xe phổi: Sốt, đau ngực kèm theo ộc ra mủ

. Viêm màng phổi: Thường ho khan, ho khi thay đổi tư thế

. Bụi phổi: Ho kéo dài, chẩn đoán bằng chụp phổi

. Ho còn gặp trong bệnh về tim mạch gây tăng áp lực tiểu tuần hoàn có thể ho khan hoặc ho ra máu như trong hẹp van hai lá, suy tim

. Ngoài ra ho còn là triệu chứng của tổn thương ở gan, tử cung, lạnh đột ngột cũng gây ho.

- Đờm: Là chất tiết của đường thở từ hốc mũi tới phế nang và thải ra ngoài miệng.
Cấu tạo của đờm: Gồm dịch tiết của khí phế quản, phế nang, họng, các xoang hàm, xoang trán và hốc mũi

Các loại đờm:

- + Đờm nhầy: Màu trong, có nhầy, thường gặp trong:
 - . Hen phế quản: Dịch nhầy do các phế quản tiết ra
 - . Viêm phổi: Dịch nhầy lẫn với sợi tơ huyết và hồng cầu thoát ra từ các huyết quản ở vách phế nang bị viêm, đờm thường quánh dính, có màu rỉ sắt
- + Đờm nhầy mủ: Gặp nhiều nhất trong giãn phế quản, sau một cơn ho khạc nhiều đờm, nếu hứng vào cốc thủy tinh sẽ thấy ba lớp
 - . Dưới đáy: Lớp mủ
 - . Ở giữa: Lớp dịch nhầy
 - . Trên cùng: Lớp bọt lẫn dịch nhầy mủ
- + Đờm mủ: Là sản phẩm của các ổ hoại tử do vi khuẩn ở trong phổi, gặp trong áp xe phổi hoặc ngoài phổi như áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành vỡ vào phổi...(mủ có màu vàng, xanh hoặc màu chocolate)
- + Đờm thanh dịch: Gồm thanh dịch tiết ra từ các huyết quản và lẫn với hồng cầu, loãng và đồng đều, gặp trong phù phổi cấp (bọt màu hồng)
- + Đờm bã đậu: Gặp trong lao phổi, chất bã đậu màu trắng nhuyền lẫn với dịch nhầy, có khi lẫn máu, xét nghiệm có thể thấy vi khuẩn lao
- + Đờm ít gặp: Giả mạc bạch hầu (thường thải ra từng mảng màu trắng, xét nghiệm có thể thấy trực khuẩn bạch hầu), kén sán chó.

1.1.4. Ho ra máu

- Ho ra máu là khạc ra máu trong khi ho, máu chảy ra từ thanh quản, khí quản, phế quản hoặc phổi
- Ho ra máu là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân
- Ho ra máu thường xảy ra đột ngột, có khi có triệu chứng báo trước như nóng trong ngực, khó thở nhẹ, ngứa trong họng rồi ho, giữa cơn ho khạc ra máu thường là máu tươi lẫn bọt hoặc lẫn đờm, khối lượng máu có thể nhiều hay ít
- Các mức độ ho máu:
 - + *Nhẹ*: Khạc một vài bãi đờm lẫn máu, lượng máu dưới 100ml/24h, mạch và huyết áp không thay đổi
 - + *Trung bình*: Lượng máu từ 100-200ml/24h, mạch và huyết áp ổn định hoặc thay đổi ít như mạch hơi nhanh, huyết áp giảm nhẹ
 - + *Nặng*: Lượng máu khạc ra từ 300-500 ml/24h, có khi lên đến 1000ml, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, có suy hô hấp
 - + *Rất nặng*: Lượng máu khạc ra ≥ 1000 ml/24h, người bệnh thường chết vì suy hô hấp do ngạt thở hoặc sốc do giảm thể tích máu
- Chú ý khi khám người bệnh ho ra máu một cách thận trọng, tránh làm mệt người bệnh một cách không cần thiết như xoay, trở, gõ lồng ngực nhiều. Phải theo dõi toàn trạng người bệnh như: Vẻ mặt xanh xao, vã mồ hôi, nhiệt độ, mạch, huyết áp, khó thở, đau ngực, lượng máu khạc ra, màu sắc của máu.
- Cơn ho ra máu có thể kéo dài vài phút đến vài giờ, lúc đầu khạc ra máu đỏ tươi, máu khạc ra dần dần có màu đỏ thẫm, nâu, rồi đen lại, được gọi là đờm ho ra máu (đờm khaki huyết). Đờm ho ra máu là máu đông còn lại trong phế quản được khạc ra ngoài sau khi máu đã ngừng chảy
- Cần phân biệt ho máu với:
 - + *Nôn ra máu*: Máu do nôn ra thường lẫn thức ăn, đỏ thẫm có khi có máu cục, sau đó người bệnh có ỉa phân đen

- + *Chảy máu cam*: Nên khám hai lỗ mũi xem có thấy chảy máu không?
- + *Chảy máu trong miệng*: Không có nóng ngứa trong ngực; nên khám miệng, niêm mạc miệng, lợi, lưỡi xem có chảy máu không?
- Nguyên nhân ho ra máu:
 - + Ở đường hô hấp gặp trong:
 - . Lao phổi: Người bệnh hay sốt về chiều, ho kéo dài, gầy sút
 - . Giãn phế quản
 - . Ung thư phổi
 - . Viêm phổi
 - . Áp xe phổi
 - . Sán lá phổi, nằm phổi
 - . Xoắn khuẩn gây chảy máu, vàng da (*Leptospira*)
 - + Ngoài đường hô hấp:
 - . Bệnh về tim mạch: Các bệnh làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn như hẹp van hai lá, tăng huyết áp có suy tim
 - . Tắc động mạch phổi: Người bệnh đau ngực nhiều hoặc ít, ho ra máu đỏ thẫm, mạch nhanh, sốt nhẹ. Tắc mạch phổi hay xảy ra ở người có tổn thương ở tim (hẹp van hai lá), người mới đẻ, người mới mổ, người nằm bất động lâu
 - . Vỡ phồng quai động mạch chủ vào phổi: Ho ra máu rất nặng
 - . Bệnh về máu làm thay đổi tình trạng đông máu

1.1.5. *Ôc mủ*

- Ôc mủ là khạc đột ngột và ra nhiều mủ, là hậu quả của bọc mủ ở phổi hoặc ngoài phổi vỡ vào phế quản
- Mức độ ôc mủ:
 - + Ôc mủ nặng: Người bệnh ho, đau ngực dữ dội như xé ngực, có khi bị ngạt thở, môi tím, mạch nhanh, vã mồ hôi, lượng mủ nhiều 300-500 ml/24h, sau khi ôc mủ người bệnh dễ chịu hơn
 - + Ôc mủ ít: Số lượng 150-200 ml/24h
- Nguyên nhân ôc mủ:
 - + Áp xe phổi
 - + Áp xe ngoài phổi vỡ vào phổi như: Áp xe gan, áp xe vùng trung thất, áp xe dưới cơ hoành

1.2. **Khám thực thể**

1.2.1. *Khám toàn thân*

- Thể tạng: Gầy? Béo? Cân nặng?
- Vẻ mặt:
 - + Nhiễm khuẩn: Hốc hác, thân nhiệt tăng, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi
 - + Khó thở: Cánh mũi phập phồng, mồm hơi há ra khi hít vào, cơ ức đòn chũm co kéo, lõm hố trên ức.
 - + Bộ mặt VA: Mặt ngơ ngác, miệng thường xuyên hơi há, mũi hếch, hai gò má hẹp lại, mắt lồi, hay gặp ở người mắc bệnh hô hấp mạn tính như hen phế quản lâu năm.
- Da và niêm mạc:
 - + Màu sắc da: Tím môi, khó thở, gặp ở người suy hô hấp
 - + Phù:
 - . Nếu người bệnh mắc bệnh hô hấp mạn tính mà có phù, khó thở, gan to là người bệnh đã bị tâm phế mạn
 - . Phù áo khoác gặp trong hội chứng trung thất

- Các móng và ngón tay: Ngón tay dài trắng, móng tay khum như mặt kính đồng hồ, có khi cả đầu ngón chân đều tròn bé như đầu ngón tay. Triệu chứng thường gặp trong bệnh tim phổi mạn tính hoặc u phổi

- Hệ thống hạch: Hạch to ở hố thượng đòn, hạch nách, hạch cổ..., hạch to có thể do viêm cấp hoặc mạn, do lao hoặc do ung thư

- Khám miệng - tai - mũi - họng: Nếu người bệnh khạc ra máu phải khám niêm mạc miệng, mũi, xem có phải chảy máu ở miệng hoặc mũi không? Phát hiện người bệnh có ổ nhiễm khuẩn ở tai - mũi - họng không để điều trị triệt để vì những ổ nhiễm khuẩn tai - mũi - họng có thể đưa tới hen phế quản, viêm phổi, áp xe phổi

1.2.2. Khám phổi

- Quan sát hình thể lồng ngực phía trước và sau xem có sự cân xứng hai bên không? Có bị gù, vẹo không?

+ Nếu lồng ngực giãn to về mọi phía, các khoang liên sườn giãn phồng làm lồng ngực biến dạng hình thùng thường gặp trong giãn phế nang

+ Nếu lồng ngực giãn to một bên: Thường do tràn dịch, tràn khí màng phổi

+ Nếu lồng ngực xẹp một bên thường do dày dính màng phổi hay xẹp phổi

- Quan sát di động lồng ngực khi người bệnh thở:

+ Nếu toàn bộ hai bên lồng ngực kém di động gặp trong giãn phế nang

+ Nếu chỉ một bên lồng ngực kém di động thường gặp trong tràn dịch màng phổi, xẹp phổi

- Đếm tần số thở: Trung bình 16-20 lần/phút

+ Nếu > 24 lần/phút là thở nhanh

+ Nếu khi thở có khó thở thì xem khó thở ra hay khó thở khi hít vào, khó thở cấp hay mạn, có cơn khó thở không?

+ Nếu người bệnh khó thở từng cơn, khó thở chậm, chủ yếu khó thở ra, phổi có nhiều ran rít, ran ngáy là hen phế quản.

- Sờ lồng ngực: Mục đích là thăm dò rung thanh (là âm thanh xuất phát từ dây thanh âm khi người bệnh nói lan truyền qua phổi ra thành ngực)

+ Rung thanh tăng gặp trong những trường hợp nhu mô phổi bị đông đặc như trong viêm phổi

+ Rung thanh giảm gặp trong tràn khí, tràn dịch màng phổi

- Gõ lồng ngực: Nhằm đánh giá độ vang của phổi, bình thường độ vang hai bên lồng ngực như nhau, vang ở mức độ vừa phải

+ Nếu cường độ vang tăng lên cả hai bên lồng ngực thường do giãn phế nang

+ Nếu cường độ vang chỉ tăng một bên lồng ngực thường do tràn khí màng phổi

+ Nếu cường độ vang giảm một bên lồng ngực thường do tràn dịch màng phổi, viêm phổi.

- Nghe phổi:

+ Hô hấp bình thường:

Trong động tác thở khi hít vào không khí qua thanh quản, khí quản, phế quản gốc rồi đến các phế quản nhỏ, phân phối vào các phế nang, không khí thoát ra ngoài theo hướng ngược lại ở thì thở ra.

Khi không khí qua thanh, khí quản và phế quản lớn gây ra tiếng thở thanh khí quản, nghe rõ ở vùng thanh khí quản là vùng xương ức. Tiếng thở thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn có một khoảng hẹp trên đường đi của không khí. Tiếng thở thanh khí quản có cường độ cao, âm độ lớn.

Khi không khí đi qua phế quản tận, vùng có cơ Ressen rồi đi vào phế nang, tức là từ vùng tương đối hẹp tới vùng rộng hơn gây ra tiếng rì rào phế nang, tiếng này nghe êm dịu

+ Hô hấp bệnh lý có thể thấy:

. Ran ẩm: Xuất hiện khi không khí khuấy động các chất dịch lỏng (đờm, mủ, chất tiết) ở trong phế quản hoặc phế nang đã bị lớp dịch quánh đặc làm dính lại. Ran nổ thường gặp trong viêm phổi và ở những người nằm lâu do một số phế nang bị xếp dính lại

. Ran ít, ran ngáy: Gây ra khi luồng không khí lưu thông trong phế quản có một hoặc nhiều nơi bị hẹp, Các loại ran này thường gặp trong hen phế quản, khối u phế quản.

. Tiếng cọ màng phổi: Xuất hiện khi màng phổi bị viêm và trở nên gồ ghề vì những mảng xơ huyết, trong lúc hô hấp lá thành cọ xát vào lá tạng gây ra tiếng cọ màng phổi

12.3. *Khám tim mạch:* Tham khảo bài khám hệ tim mạch

Chú ý:

- Đo huyết áp

- Khám mạch: Quan sát tĩnh mạch cổ. Nếu người bệnh có bệnh hô hấp mạn tính như hen phế quản, viêm phế quản mạn mà có xanh tím, phù, đái ít, gan to, phản hồi gan-tĩnh mạch có dương tính là có suy tim phải

- Khám tim:

+ Xem vị trí đập của mỏm tim

+ Đếm tần số tim

+ Xem nhịp tim đều hay không đều

+ Các tiếng tim bệnh lý

1.2.4. *Khám gan:* Tham khảo bài khám hệ tiêu hóa

1.2.5. *Khám thần kinh*

Xem người bệnh có tỉnh táo không? có rối loạn trí nhớ không? có bị hoảng hốt, mất định hướng không (thường là triệu chứng của thiếu oxy não)?

LUỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Ho ra máu mức độ nhẹ khi

A. lượng máu khạc ra dưới 100ml/24h

B. máu khạc ra từ 100 - 200ml/24h

C. lượng máu khạc ra từ 300 - 500ml/24h

D. lượng máu khạc ra $\geq 1000\text{ml}/24\text{h}$

2. Ợc mủ mức độ nặng khi

A. số lượng mủ từ 200 – 300 ml/24h

B. số lượng mủ từ 200 – 500 ml/24h

C. số lượng mủ từ 300 – 400 ml/24h

D. số lượng mủ từ 300 – 500 ml/24h

3. Lồng ngực giãn to một bên gặp trong trường hợp

A. u phổi

B. tràn dịch màng phổi

C. dày dính màng phổi

D. lao phổi

4. Sờ lồng ngực thấy rung thanh tăng gặp trong

A. tràn dịch màng phổi

B. tràn khí màng phổi

C. viêm phổi

D. lao phổi

5. Khi nghe phổi, tiếng ran rít thường gặp trong bệnh

- A. viêm phổi
- B. viêm phế quản
- C. khối u phế quản
- D. áp xe phổi

BÀI 4

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được khái niệm, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi.*
2. *Trình bày và phân tích được triệu chứng, tiến triển, biến chứng và cách điều trị bệnh viêm phổi.*
3. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phổi.*

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Viêm phổi là hiện tượng viêm của nhu mô phổi bao gồm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận cùng hoặc tổ chức kẽ của phổi không do trực khuẩn lao.

Có hai loại viêm phổi là viêm phổi thùy tức là tổn thương viêm khu trú ở một thùy phổi (thường gặp ở người lớn trẻ tuổi) và phế quản phế viêm tức là tổn thương viêm lan tỏa ở cả 2 phổi (thường gặp ở người già và trẻ em nhỏ)

2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi

2.1. Nguyên nhân gây bệnh

- Do phế cầu khuẩn Gram (+) bình thường vẫn cư trú ở đường hô hấp. Khi gặp điều kiện thuận lợi như: Giảm khả năng miễn dịch của cơ thể, giảm cơ chế chống đỡ của đường hô hấp vv... Vi khuẩn trở nên gây bệnh

- Do liên cầu, tụ cầu thường gây bệnh ở trẻ em, người già yếu; hậu phát sau viêm họng, viêm xoang, sởi, cúm, ho gà

2.2. Các yếu tố nguy cơ

- Do thời tiết lạnh

- Tăng tiết dịch nhầy ở đường hô hấp: Do bất kỳ trạng thái bệnh lý nào đều làm tắc nghẽn phế quản, cản trở thông khí phổi bình thường

- Người bệnh có ức chế miễn dịch: Do dùng Corticoid, thuốc chống ung thư, thuốc ức chế miễn dịch, bệnh suy giảm miễn dịch mắc phải.

- Thuốc lá: Khói thuốc lá làm giảm hoạt động của tế bào có lông chuyển nên làm giảm hiệu quả của việc làm sạch khí thở, thuốc lá còn kích thích tế bào tiết nhầy của phế quản gây tăng tiết đờm dãi, giảm hoạt tính thực bào của đại thực bào phế nang

- Nằm bất động lâu: Những người bệnh nằm bất động lâu trên giường đều dễ bị viêm phổi

- Giảm phản xạ ho: Là phản xạ bảo vệ của đường hô hấp, ho nhằm mục đích tống đờm dãi, giảm bớt tắc phế quản và do đó làm sạch đường thở. Khi phản xạ ho bị ức chế (do dùng thuốc hoặc suy yếu, hoặc hôn mê) sẽ dễ bị viêm phổi

- Người bệnh ăn qua sonde dạ dày dễ bị viêm phổi do vi khuẩn dễ xâm nhập

- Nghiện rượu: Uống nhiều rượu làm giảm phản xạ bảo vệ của cơ thể, giảm sự huy động bạch cầu chống nhiễm khuẩn
- Người già, người bị suy kiệt dễ bị viêm phổi do cơ thể giảm sức đề kháng
- Nhiễm virus đường hô hấp trên: Các virus như cúm, á cúm, virus hợp bào, Adenovirus... làm suy giảm sự bảo vệ của đường hô hấp, dễ phát triển viêm phổi do vi khuẩn

3. Cơ chế bệnh sinh

Khi vi khuẩn xâm nhập vào phổi, vùng phổi bị tổn thương sung huyết mạnh, các mạch máu bị giãn gây thoát dịch, hồng cầu, bạch cầu, tơ huyết vào phế nang; do đó vùng phổi bị tổn thương có cấu trúc trở nên đặc hơn, quá trình thông khí ở vùng đó bị giảm, hậu quả là làm giảm áp suất riêng phần oxy trong phế nang. Máu tĩnh mạch đến phổi qua vùng giảm thông khí không được oxy hóa đầy đủ. Nếu tổn thương rộng sẽ giảm oxy máu động mạch

4. Triệu chứng

4.1. Lâm sàng

- Bệnh thường xảy ra đột ngột, ở người trẻ tuổi, bắt đầu bằng cơn rét run kéo dài khoảng 30 phút rồi nhiệt độ tăng lên 39-40°C, mạch nhanh, mặt đỏ (ở người già các triệu chứng này thường không cần rầm rộ)
- Đau ngực: Đau bên phổi tổn thương, đau tăng lên khi ho và khi thở sâu
- Ho: Lúc đầu ho khan, về sau ho có đờm đặc lẫn máu có màu rỉ sắt hoặc đờm có màu vàng, màu xanh. Có khi kèm theo nôn mửa, chướng bụng, đau bụng.
- Khó thở: nhịp thở nhanh, nông (25-40 lần/phút)
- Có thể có tím môi nhẹ, có mụn Herpes ở mép môi
- Khám thực thể:
- + Trường hợp điển hình:

. Trong giờ đầu nếu nghe phổi thì chỉ thấy rì rào phế nang giảm ở vùng phổi tổn thương

. Thời kỳ toàn phát khám thấy hội chứng đông đặc ở vùng phổi tổn thương: Gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm hoặc mất, có khi có tiếng thổi ống

+ Trường hợp không điển hình: Xuất hiện và tiến triển từ từ, ho khan, nhức đầu, đau cơ, khám phổi thấy ran nổ, ran ẩm.

4.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi: Thấy đám mờ hình tam giác trong trường hợp viêm phổi thùy điển hình hoặc trong viêm phổi lan tỏa.
- Công thức máu: Thấy số lượng bạch cầu tăng (trong đó 90% là bạch cầu đa nhân trung tính)
- Xét nghiệm đờm có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh

5. Tiến triển và biến chứng của viêm phổi thùy

5.1. Tiến triển

- Sốt duy trì trong tuần lễ đầu, nhiệt độ 39-40°C, khạc đờm đặc lẫn máu
- Sau 1 tuần điều trị các triệu chứng cơ năng tăng lên nhưng ngay sau đó thì sốt giảm, vã mồ hôi, đi tiểu nhiều, người bệnh cảm thấy khoan khoái, dễ chịu và bệnh khỏi nhưng khám phổi vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh X quang còn tồn tại vài tuần.

5.2. Biến chứng

Trong quá trình tiến triển của viêm phổi thùy có thể xảy ra các biến chứng:

- Sốc nhiễm khuẩn: Thường xảy ra ở những người bệnh không được điều trị đặc hiệu hoặc được điều trị nhưng quá muộn hoặc dùng kháng sinh không phù hợp (người bệnh xuất hiện khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp hạ)

- Xẹp phổi: Xẹp một thùy hay một phân thùy phổi do cục đờm quánh, làm tắc phế quản
- Áp xe phổi: Rất thường gặp do điều trị kháng sinh không đủ liều lượng, người bệnh sốt dai dẳng, khạc đờm nhiều có mủ
- Tràn mủ màng phổi, tràn mủ màng ngoài tim làm cho tình trạng bệnh càng nặng thêm

6. Điều trị viêm phổi

- Kháng sinh: Kết quả điều trị viêm phổi phụ thuộc vào việc chọn kháng sinh thích hợp:
 - + Đối với phế cầu khuẩn: Penicillin G là kháng sinh tốt nhất
 - + Các kháng sinh có hiệu quả khác là: Erythromycin, Cephalosporin
- Điều trị triệu chứng:
 - + Giảm đau, hạ sốt, an thần
 - + Thở oxy nếu có khó thở và tím tái

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

- Hỏi bệnh:
 - + Hình thức khởi phát bệnh như thế nào?
 - + Tình trạng hiện tại của người bệnh được biểu hiện như thế nào?
 - . Cơn rét run, tính chất thời gian kéo dài của cơn rét run, mức độ sốt, ho, tính chất ho, đờm số lượng, màu sắc?
 - . Đau ngực: Tính chất đau, kèm theo khó thở không?
 - . Thể trạng: Mệt mỏi? chán ăn, gầy sút?
- + Tiền sử:
 - . Trước đây người bệnh có bị mắc bệnh đường hô hấp không? Các thuốc đã sử dụng?
 - . Có nghiện rượu và hút thuốc lá không?
 - . Có ăn qua sonde dạ dày hay không?
- Nhận định thực thể phát hiện các triệu chứng và biến chứng:
 - + Tìm dấu hiệu nhiễm khuẩn: Xem lưỡi có bẩn không, hơi thở có hôi không, đo thân nhiệt xem sốt bao nhiêu độ, tính chất sốt?
 - + Hô hấp: Có khó thở không, đếm tần số thở, mức độ và tính chất khó thở?
 - + Có tím tái không, mức độ tím tái?
 - + Xem số lượng đờm, màu sắc của đờm?
 - + Đếm mạch, đo huyết áp phát hiện bất thường
 - + Xem người bệnh có vã mồ hôi không? Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ?
 - + Xem người bệnh có herpes quanh môi không?
- Thực hiện và tham khảo kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:
 - + X quang phổi
 - + Công thức máu (chú ý công thức bạch cầu)
 - + Xét nghiệm đờm

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi nhận định. Các chẩn đoán chăm sóc chính của người bệnh viêm phổi có thể gồm:

- Giảm lưu thông đường thở do tăng tiết đờm dãi do nhiễm khuẩn
- Mất nhiều năng lượng do tăng thở và nhiễm khuẩn
- Mất nước do sốt và tăng thở
- Thiếu kiến thức tự chăm sóc, phòng bệnh và hạn chế tiến triển của bệnh.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tăng cường lưu thông đường thở cho người bệnh, chống nhiễm khuẩn
- Giảm mất năng lượng cho người bệnh
- Chống mất nước cho người bệnh
- Cung cấp kiến thức tự chăm sóc, phòng bệnh và hạn chế tiến triển của bệnh.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Tăng cường lưu thông đường thở, chống nhiễm khuẩn:

- Dẫn người bệnh uống nhiều nước (2-3 lít/ngày) để làm loãng đờm và dễ long đờm, uống nhiều nước còn bù lại lượng nước mất do sốt, thở nhanh. Tốt nhất là cho người bệnh uống nước trái cây
- Làm ẩm và ẩm không khí hít vào phương pháp cũng là để làm loãng đờm và dễ long đờm. Có thể bảo người bệnh đeo khẩu trang, hít vào bằng đường mũi rồi thở ra qua môi khép.
- Giúp người bệnh ho có hiệu quả:
 - + Ho tư thế ngồi và hơi cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn
 - + Đầu gối và hông gấp lại để cơ bụng mềm và ít căng cơ bụng khi ho
 - + Hít vào chậm qua mũi, thở ra qua môi mím
 - + Ho hai lần trong mỗi thì thở ra trong khi co cơ bụng đúng lúc ho
- Dẫn lưu đờm theo tư thế, kết hợp vỗ và rung lồng ngực, bảo người bệnh thở sâu để tăng thông khí và ho mạnh để tống đờm ra ngoài. Nếu người bệnh quá yếu, đờm nhiều, không thể ho hiệu quả được có thể hút đờm dài cho người bệnh
- Thở oxy nếu có chỉ định, cần theo dõi hiệu quả của thở oxy và nồng độ oxy trong máu
- Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh, loãng đờm, long đờm

7.4.2. Giảm mất năng lượng cho người bệnh

- Để người bệnh nằm nghỉ trên giường để giảm tiêu hao năng lượng, cho người bệnh nằm tư thế Fowler khi có khó thở, trợ giúp người bệnh một số hoạt động khi cần để giảm tiêu hao năng lượng
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm ho và giảm đau nếu có chỉ định

7.4.3. Chống mất nước

- Cho người bệnh uống nhiều nước (2-3 lít/ngày). Nên cho người bệnh uống sữa, nước cháo, nước trái cây để vừa cung cấp chất dinh dưỡng vừa chống mất nước.
- Truyền dịch nếu có chỉ định

7.4.4. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc, phòng bệnh và hạn chế tiến triển của bệnh

- Sau khi hết sốt cần hướng dẫn người bệnh tăng hoạt động thể lực một cách từ từ
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và tập ho có hiệu quả để làm sạch đường thở và giãn nở phổi
- Cung cấp cho người bệnh những yếu tố nguy cơ gây bệnh trên cơ sở đó thuyết phục người bệnh tránh hoặc loại bỏ các yếu tố nguy cơ đó như: Bỏ thuốc lá, không uống rượu..
- Dẫn người bệnh lao động và nghỉ ngơi hợp lý, tránh làm việc quá sức, tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột
- Khuyến người bệnh ăn uống đủ chất dinh dưỡng và năng lượng để tăng sức đề kháng cơ thể.
- Khuyến người bệnh tiêm phòng cúm nếu có thể thực hiện được.
- Hẹn người bệnh trở lại kiểm tra X quang phổi sau 4 tuần kể từ khi ra viện

7.5. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh viêm phổi được coi là có hiệu quả khi:

7.5.1. Người bệnh có cải thiện lưu thông đường thở, chống nhiễm khuẩn

- Dựa vào: Tần số thở bình thường , không còn tím tái, khạc đờm trong, loãng và ít dần...

7.5.2. *Người bệnh giảm mất năng lượng*

- Dựa vào: Tần số thở về trạng thái bình thường, giảm ho...

7.5.3. *Người bệnh không mất nước*

- Dựa vào: quan sát da, niêm mạc...

7.5.4. *Người bệnh có kiến thức tự chăm sóc, phòng bệnh và hạn chế tiến triển của bệnh*

- Dựa vào: Tuân thủ lời khuyên về giáo dục sức khỏe

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Trong các tính chất đờm dưới đây, tính chất đờm không gặp trong viêm phổi là
 - A. đờm mủ xanh
 - B. đờm tạo thành 3 lớp
 - C. đờm mủ vàng
 - D. đờm mủ màu rỉ sắt
2. Trong các biến chứng dưới đây, biến chứng không phải của viêm phổi là
 - A. sốc tim
 - B. sốc giảm thể tích tuần hoàn
 - C. sốc phản vệ
 - D. sốc nhiễm khuẩn
3. Thời kỳ toàn phát của viêm phổi, người bệnh có thể sốt
 - A. $38^0 - 38^{05}$
 - B. $38^0 - 39^0$
 - C. $39^0 - 39^{05}$
 - D. $39^0 - 40^0$
4. Trong các biện pháp chăm sóc dưới đây, biện pháp không có tác dụng tăng cường lưu thông đường thở cho người bệnh viêm phổi là
 - A. cho người bệnh uống nhiều nước
 - B. khuyên người bệnh ăn đủ các chất dinh dưỡng
 - C. tăng hoạt động thể lực một cách từ từ
 - D. tránh làm việc quá sức
5. Biện pháp tốt nhất để tránh sự lây lan của vi khuẩn trong viêm phổi là
 - A. hạn chế tiếp xúc với người bệnh khi không cần thiết
 - B. vệ sinh cho người bệnh và buồng bệnh
 - C. rửa tay trước và sau khi thực hiện thủ thuật trên người bệnh
 - D. xử lý tốt đờm của người bệnh

BÀI 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm phế quản.
2. Trình bày và phân tích được triệu chứng, tiến triển và biến chứng của viêm phế quản.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phế quản.

NỘI DUNG

1. Viêm phế quản cấp

1.1. Đại cương

Viêm phế quản cấp là sự viêm nhiễm niêm mạc của phế quản lớn và phế quản trung bình. Khi người bệnh bị viêm cả khí quản và phế quản thì đó là viêm khí phế quản. Sự viêm nhiễm này lan đến tiểu phế quản tận và phế nang thì gọi là phế quản phế viêm. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, trẻ nhỏ và người già dễ bị bệnh. Người bệnh khỏi hẳn nếu như điều trị sớm và triệt để.

1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ:

- Do virus:
 - + Virus là nguyên nhân phổ biến của viêm phế quản cấp, chiếm từ 50 – 90 % các trường hợp, hay gặp vào mùa đông xuân.
 - + Virus thường gặp là: Myxovirus (virus cúm và á cúm), adenovirus, Coronavirus....
- Do vi khuẩn:
 - + Ít gặp viêm phế quản cấp do vi khuẩn.
 - + Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là những vi khuẩn không điển hình như mycoplasma và clammydiae, hiếm khi gặp vi khuẩn sinh mủ như phế cầu, hemophilus influenzae.
 - Bệnh truyền nhiễm: Cúm, sởi, ho gà, sốt phát ban.
 - Do hít phải hơi độc: Khói thuốc lá, thuốc lào, hơi độc hoá học: Clo, acid, dung môi công nghiệp.....
 - Di ứng: Viêm phế quản xảy ra trên người bệnh đã có tiền sử mề đay, phù, Quilcke.
 - Yếu tố thuận lợi: Thời tiết thay đổi (gió mùa đông bắc...) độ ẩm trong không khí cao người bệnh nhiễm lạnh đột ngột.
 - Trên người bệnh gây yếu, thiếu dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch, người bệnh có ứ đọng phổi do suy tim nặng, người bệnh bị hôn mê, người già yếu nằm lâu.

- Môi trường không đảm bảo vệ sinh ẩm thấp...

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Lâm sàng

Bệnh khởi phát bằng các dấu hiệu: Sổ mũi hắt hơi, rát bỏng ở họng, ho khan, sau đó bị viêm nhiễm lan xuống dưới đường hô hấp dưới, lúc này bệnh cảnh biểu hiện rõ ràng của một viêm phế quản, gồm hai giai đoạn.

** Giai đoạn viêm khô*

- Người bệnh có cảm thấy rát bỏng sau xương ức, cảm giác này tăng lên khi ho.
- Ho khan, có khi ho ông ổng, ho từng cơn, khàn tiếng.
- Sốt, có thể sốt vừa, nhưng cũng có khi sốt cao 39- 40⁰C.
- Người bệnh rất mệt, khó chịu, đau khắp mình mẩy, nhức đầu, chán ăn.
- Nghe phổi có ran rít, ran ngáy rải rác.
- Sau 3-4 ngày kéo dài thì chuyển sang giai đoạn viêm ướt.

** Giai đoạn viêm ướt*

- Người bệnh có cảm thấy rát bỏng sau xương ức, cảm giác giảm dần rồi hết hẳn.
- Thường là khó thở nhẹ. Nếu tình trạng bệnh nặng thì người bệnh có khó thở rõ rệt, co kéo lồng ngực, tím, nhịp thở nhanh (ho khạc đờm nhầy mủ màu vàng).
- Nghe phổi có nhiều ran ngáy và ran ẩm, gõ không thấy vùng đục.
- Giai đoạn viêm ướt kéo dài từ 4-5 ngày, khoảng ngày thứ 10 thì khỏi hẳn.
- Ho khan hoặc ho có đờm nhầy mủ, mủ đục, màu vàng hoặc dính máu. Trong viêm phế quản cấp người bệnh có ho khan dai dẳng kéo dài vài ba tuần mới hết.
- Nếu trong trường hợp viêm phế quản xảy ra ở người nghiện thuốc lá, thuốc lào thì cần chú ý đến ung thư phế quản.

1.3.2. Cận lâm sàng

- Chụp phổi: Không có dấu hiệu gì đặc biệt, có thể thấy hai vùng rón phổi đậm, có khi thấy thành phế quản hơi dày.
- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng.
- Cây đờm: Có nhiều loại vi khuẩn (nhưng cũng có ít giá trị để chẩn đoán sớm).

1.4. Tiến triển và biến chứng

1.4.1. Tiến triển

Người bệnh khỏi hẳn hoàn toàn nếu như được điều trị sớm, điều trị triệt để. Nhưng cũng có một số trường hợp bệnh tái phát trở lại, do vậy điều dưỡng cần phải hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh có ý kiến về bệnh để tự theo dõi sát bệnh của họ, khi có biểu hiện bất thường phải đến ngay cơ sở y tế khám và điều trị

1.4.2. Biến chứng

- Người bệnh không được điều trị đúng phác đồ bệnh sẽ kéo dài, càng ngày viêm nhiễm càng nặng có thể lan xuống phế nang và biến chứng phế quản, phế viêm.
- Người bệnh đã bị bệnh hen, khi bị viêm phế quản có thể làm khởi phát cơn hen với bệnh cảnh lâm sàng là loại hen nhiễm khuẩn.

1.5. Điều trị và phòng bệnh

1.5.1. Điều trị:

1.5.1.1. Viêm phế quản nhẹ

- Viêm phế quản cấp đơn thuần do virus ở người lớn khỏe mạnh có thể tự khỏi không cần điều trị, việc điều trị chủ yếu là làm giảm triệu chứng.
- Người bệnh bị viêm phế quản phải nghỉ ngơi tại giường, ăn uống nâng cao thể trạng, tránh các hoạt động thể lực gắng sức, tránh nhiễm lạnh đột ngột, mặc đủ áo ấm (nếu trời rét).
- Đảm bảo uống đủ lượng nước để giúp cơ thể cân bằng dịch, làm loãng đờm.
- Cho người bệnh uống thuốc:

+ Thuốc long đờm, thuốc ho khi người bệnh ho khan như Mucitux, Mucomyst, Mucosolvan, Maxcom.

+ Vitamin nhóm B và C.

+ Kháng sinh chỉ dùng cho người bệnh có sốt.

1.5.1.2. Viêm phế quản nặng

- Kháng sinh Cephalosporin thế hệ II 0,5g uống 3 viên trên ngày chia 3 lần hoặc Amoxicillin 1-2g/ 24h uống 5-7 ngày đến khi hết sốt, không còn dấu hiệu nhiễm trùng.

- Thuốc hạ sốt: Paracetamol (panadol viên 0,5g, effergal 0,5g...)

- Thuốc ho:

+ Người bệnh ho có đờm Mucomyst, Muxystin hoặc Mucosolvan.

+ Nếu người bệnh ho khan: Eucalyptin Le Brun, Maxcom.

- Vitamin nhóm B và C

- Thuốc an thần (nếu cần).

- Điều trị tại chỗ: Khí dung Salbutamol nang 2,5mg nếu người bệnh có dấu hiệu co thắt, phù nề niêm mạc, phế quản.

1.5.2. Phòng bệnh:

- Không hút thuốc, tránh nơi khói bụi.

- Vệ sinh nơi ở và nơi làm việc

- Nâng cao thể trạng, giữ ấm cơ thể về mùa lạnh.

- Điều trị tốt các nhiễm trùng ở tai mũi họng.

2. Viêm phế quản mạn

2.1. Định nghĩa

Viêm phế quản mạn là tình trạng tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục, tái phát từng đợt, tối thiểu là 3 tháng trong một năm và ít nhất là trong 2 năm liên tục.

2.2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

- Thường do một hoặc nhiều yếu tố. Nhiều đợt viêm phế quản cấp lặp đi lặp lại theo thời gian sẽ làm suy yếu và gây kích thích ở phế quản, và có thể gây nên viêm phế quản mạn tính.

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp tái diễn.

- Hút thuốc lá, thuốc lào: 88% số người nghiện hút thuốc bị viêm phế quản mạn tính. Khói thuốc lá làm giảm vận động tế bào có lông của niêm mạc phế quản, ức chế chức năng đại thực bào phế nang, làm phì đại và quá sản các tuyến tiết nhầy, làm bạch cầu đa nhân giải phóng men tiêu Protein. Khói thuốc lá còn làm co thắt cơ trơn phế quản.

- Nghề nghiệp tiếp xúc với bụi vô cơ, hữu cơ như công nhân mỏ than, công nhân luyện kim, thợ cán bông...

- Không khí ô nhiễm, khí hậu ẩm ướt.

- Tuổi cao, nam giới, cơ địa dị ứng.

- Điều kiện sinh sống thấp.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Lâm sàng

Viêm phế quản mạn thường gặp ở người trên 40 tuổi, phần lớn là bệnh của nam giới có nghiện thuốc lá, thuốc lào. Bệnh bắt đầu từ lúc nào khó biết, khi bệnh đã rõ ràng người bệnh thường có các biểu hiện:

- Ho và khạc đờm:

+ Thường ho và khạc đờm về buổi sáng, đờm nhầy, trong, dính hoặc màu vàng, xanh hoặc đục như mủ nếu bội nhiễm vi khuẩn, lượng đờm mỗi ngày không quá 200ml.

+ Mỗi đợt ho và khạc đờm kéo dài khoảng 3 tuần, thường vào những tháng mùa đông và đầu mùa thu.

- Đợt cấp của viêm phế quản mạn tính: Thỉnh thoảng lại vọt lên một đợt cấp do bội nhiễm vi khuẩn, trong đợt cấp có những triệu chứng sau:
 - + Ho khạc đờm mủ, màu vàng hoặc màu xanh.
 - + Khó thở giống như cơn hen phế quản.
 - + Sốt: Thường sốt nhẹ và vừa, có khi sốt cao.
 - + Nghe phổi: Có ran rít, ran ngáy, ran ẩm.
- Người bệnh dễ tử vong trong đợt cấp do suy hô hấp cấp.

2.3.2. Cận lâm sàng

- X quang: Tuy ít giá trị chẩn đoán nhưng X quang phổi giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh gây ho khạc mạn tính và để chẩn đoán biến chứng.
 - + Viêm phế quản mạn tính giai đoạn đầu, X quang phổi chưa có biểu hiện.
 - + Khi viêm phế quản mạn tính thực thụ, sẽ thấy các hội chứng X quang:
 - . Hội chứng phế quản: Dây thành phế quản (3-7 mm), dấu hiệu hình đường ray, hình nhẫn. Kèm theo viêm quanh phế quản, mạng lưới mạch máu tăng đậm, tạo hình ảnh phổi “bần”.
 - . Hội chứng khí phế thũng: Giãn phổi, tăng sáng, giãn mạng lưới mạch máu ngoại vi, có các bóng khí thũng.
- Xét nghiệm máu trong đợt cấp có bội nhiễm vi khuẩn có thể thấy số lượng bạch cầu tăng, tốc độ máu lắng tăng.
- Xét nghiệm đờm có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.
- Thăm dò chức năng hô hấp thường thấy các thông số giảm.

2.4. Tiến triển và biến chứng:

- Tiến triển: Lúc đầu bệnh nhẹ người bệnh không để ý vì không ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt. Bệnh tiến triển từ từ trong 5 – 10 - 20 năm.
- Trong quá trình tiến triển có những biến chứng sau:
 - + Bội nhiễm phổi: Viêm phổi, áp xe phổi, lao phổi...
 - + Giãn phế nang
 - + Suy hô hấp cấp
 - + Suy tim phải là biến chứng cuối cùng

2.5. Điều trị và phòng bệnh

2. 5.1. Điều trị

- Điều trị đợt cấp của viêm phế quản mạn:
 - + Dẫn lưu đờm theo tư thế kết hợp vỗ và rung lồng ngực.
 - + Thuốc loãng đờm.
 - + Thuốc giãn phế quản nếu có dấu hiệu co thắt phế quản: Theophylin, salbutamol, diaphylin.
 - + Thuốc corticoid để chống phù nề và giảm tiết dịch.
 - + Kháng sinh chống nhiễm khuẩn: Ampixilin, Gentamixin.
- Ngoài đợt cấp: Cần điều trị dự phòng và tập thở bụng.

2. 5.2. Phòng bệnh

- Tránh các yếu tố kích thích đường hô hấp, đặc biệt là thuốc lá.
- Có biện pháp bảo hộ lao động cho những người tiếp xúc với môi trường nhiều khói bụi như công nhân hầm mỏ, thợ cán bông.
- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.
- Những người dễ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên cần tiêm phòng cúm vào mùa đông và mùa thu.

3. Chăm sóc người bệnh viêm phế quản

3.1. Nhận định

* Hỏi người bệnh:

- Hỏi về các đợt ho và khạc đờm:
- + Thời gian của mỗi đợt ho và khạc đờm kéo dài bao lâu?
- + Tính chất và màu sắc đờm.
- Khó thở, mức độ và tính chất của khó thở.
- Tìm nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây bệnh như:
- + Hút thuốc lá.
- + Nghề nghiệp tiếp xúc với khói, bụi.
- + Môi trường sống bị ô nhiễm.
- + Tình trạng viêm đường hô hấp trên tái diễn.
- Lo lắng hiện tại?
- Hoàn cảnh kinh tế?
- Tiền sử bản thân và gia đình, chú ý tiền sử dị ứng và các yếu tố nguy cơ của bệnh.

** Khám bệnh*

- Toàn trạng: Chú ý các biểu hiện nhiễm khuẩn, các biểu hiện suy hô hấp để có biện pháp xử trí tích cực.
- Hô hấp:
- + Quan sát hình dạng lồng ngực, đếm tần số thở, đặc điểm của khó thở.
- + Ho và khạc đờm, số lượng và màu sắc đờm.
- Tuần hoàn: Đo huyết áp, bắt mạch, đếm tần số tim.
- Tham khảo các kết quả xét nghiệm: X quang, khí máu...

3.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa vào thực tế nhận định trên người bệnh, điều dưỡng xác định các vấn đề cần chăm sóc trên người bệnh cùng với những lý do phù hợp, các chẩn đoán chăm sóc với người bệnh viêm phế quản có thể là:

- Khó thở do co thắt cơ trơn phế quản (hoặc phù nề niêm mạc phế quản, tăng tiết dịch nhầy phế quản)
- Giảm khả năng làm sạch đường thở do ho kém hiệu quả (chất nhầy phế quản đặc, quánh dính)
- Nguy cơ thiếu dịch và điện giải do không ăn uống đủ, bị mất đi do thở nhanh
- Nguy cơ tái phát bệnh do thiếu kiến thức về tự chăm sóc và phòng bệnh.

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Người bệnh sẽ giảm và hết khó thở.
- Người bệnh sẽ cải thiện được khả năng làm sạch đường thở.
- Người bệnh được cung cấp đủ dịch và điện giải.
- Người bệnh sẽ được cung cấp kiến thức về tự chăm sóc và phòng bệnh.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.4.1. Làm giảm và hết khó thở cho người bệnh

- Cho người bệnh nằm nghỉ ở phòng thoáng khí trên giường hoặc trên ghế tựa với nửa thân trên cao.
- Thực hiện y lệnh thuốc chống phù nề cho người bệnh, chú ý đường dùng và sử dụng đúng cách để đạt được hiệu quả tối đa của thuốc.
- Khi người bệnh khó thở nhiều có thể thực hiện y lệnh khí dung, thở oxy theo chỉ định. Chú ý đảm bảo đủ độ ẩm của khí thở đưa vào.
- Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh.

3.4.2. Cải thiện khả năng làm sạch đường thở cho người bệnh

- Đảm bảo môi trường buồng bệnh, nơi người bệnh nằm sạch và thoáng.
- Cho người bệnh uống nhiều nước để có tác dụng làm loãng đờm.

- Thực hiện các y lệnh về thuốc làm loãng đờm, long đờm hoặc giảm tiết nhầy theo chỉ định.

- Hướng dẫn người bệnh cách ho có hiệu quả khi tình trạng người bệnh cho phép như bớt khó thở, các thông số về hô hấp và tuần hoàn ổn định.

- Thực hiện vỗ và rung lồng ngực cho người bệnh đặc biệt trong trường hợp người bệnh kém tỉnh táo, quá mệt, không đủ sức để ho.

- Trường hợp quá nhiều đờm, người bệnh không khạc được tiến hành hút đờm dài, chú ý theo dõi số lượng và tính chất đờm, lấy đờm làm xét nghiệm khi có yêu cầu.

3.4.3. Đảm bảo đủ dịch và điện giải cho người bệnh

- Cho người bệnh uống nhiều nước, khuyến khích người bệnh uống dung dịch oresol, nước trái cây, uống ít một nhiều lần trong ngày.

- Người hợp người bệnh không uống được có thể truyền dịch đường tĩnh mạch khi có y lệnh.

- Theo dõi cân bằng dịch vào ra, các dấu hiệu sinh tồn tránh tình trạng thừa hoặc thiếu dịch.

- Theo dõi đờm do người bệnh ho ra hoặc qua hút đờm về số lượng, độ đặc/loãng, độ quán dính.

3.4.4. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và phòng bệnh cho người bệnh

Tổ chức các buổi tư vấn, giáo dục sức khỏe nhằm cung cấp những kiến thức cần thiết và thuyết phục người bệnh thực hiện để phòng mắc bệnh, hạn chế bệnh tái phát, không để bệnh nặng lên, phục hồi chức năng hô hấp và hạn chế biến chứng.

- Phòng mắc bệnh, hạn chế bệnh tái phát, không để bệnh nặng lên, hạn chế biến chứng:

+ Tránh các yếu tố gây kích thích đường thở như: Hút thuốc lá, khói bụi, giữ ấm cơ thể về mùa lạnh, giữ nơi ở và làm việc sạch sẽ.

+ Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên nếu có.

+ Tiêm phòng cúm vào mùa thu, đông.

+ Có chế độ ăn uống đủ calo, đạm và giàu vitamin, luyện tập thể dục hợp lý để tăng cường sức đề kháng, tránh lao động gắng sức hoặc sang chấn tinh thần.

+ Khi việc dùng thuốc theo đã được chỉ dẫn nhưng không có hiệu quả hoặc thấy có một trong các dấu hiệu bất thường như khó thở, sốt, khạc đờm mủ, phù... phải đến cơ sở y tế khám lại, không tự ý sử dụng thuốc.

- Phục hồi chức năng hô hấp:

+ Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu để tổng được nhiều khí cặn (hít vào sâu bằng mũi, thở ra hết bằng miệng chúm môi), tập 4 lần/ngày, mỗi lần 5 - 10 phút.

+ Hướng dẫn người bệnh cách tự làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản bằng cách: Hàng ngày uống đủ nước, tập ho có hiệu quả (ho 2 tiếng một ở thì thở ra, tiếng thứ 2 mạnh kết hợp với lực ép của cơ hoành).

3.5. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh viêm phế quản được coi là có hiệu quả khi:

3.5.1. Người bệnh sẽ giảm và hết khó thở.

- Dựa vào: Nhịp thở, các thông số về hô hấp nằm trong giới hạn bình thường và ổn định.

3.5.2. Người bệnh sẽ cải thiện khả năng làm sạch đường thở

- Dựa vào: Giảm và sạch dịch xuất tiết ở đường hô hấp.

3.5.3. Người bệnh được đảm bảo đủ dịch và điện giải

- Dựa vào: Theo dõi cân bằng dịch vào ra, các dấu hiệu sinh tồn, theo dõi đờm về số lượng, độ đặc/loãng, độ quán dính do người bệnh ho ra hoặc qua hút đờm.

3.5.4. Người bệnh có kiến thức tự chăm sóc và phòng bệnh

- Dựa vào: Người bệnh biết cách phòng bệnh, thực hiện đầy đủ lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Viêm phế quản cấp do virus chiếm
 - A. 50 – 60 %
 - B. 50 – 70 %
 - C. 50 – 80 %
 - D. 50 – 90 %
2. Triệu chứng lâm sàng của viêm phế quản cấp được chia ra làm
 - A. 2 giai đoạn
 - B. 3 giai đoạn
 - C. 4 giai đoạn
 - D. 5 giai đoạn
3. Khi người bệnh bị viêm phế quản mạn có ho và khạc đờm, lượng đờm trong 24h
 - A. không quá 100 ml
 - B. không quá 150 ml
 - C. không quá 200 ml
 - D. không quá 250 ml
4. Số người nghiện hút thuốc bị viêm phế quản mạn tính chiếm
 - A. 86%
 - B. 87%
 - C. 88%
 - D. 89%
5. Trong các can thiệp điều dưỡng dưới đây, can thiệp nào có tác dụng làm sạch đường thở cho người bệnh viêm phế quản
 - A. hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng
 - B. cho người bệnh nằm tư thế fowler
 - C. thực hiện y lệnh thở oxy
 - D. vỗ rung lồng ngực

BÀI 6

NHẬN ĐỊNH NGƯỜI MẮC BỆNH Ở HỆ TIÊU HÓA

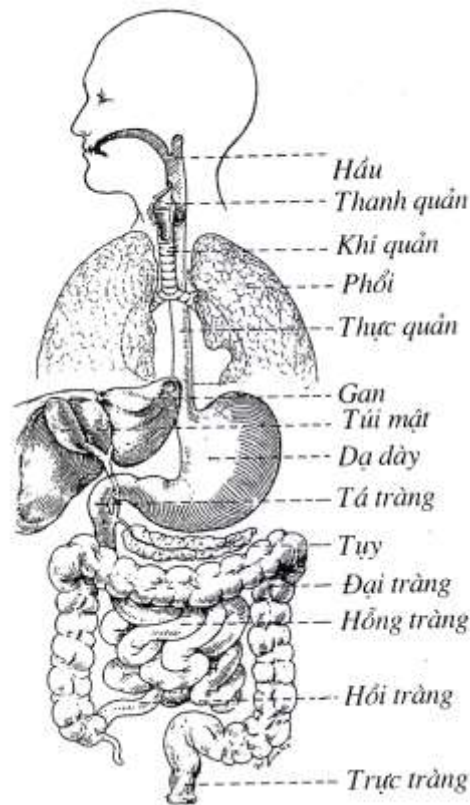
MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những rối loạn thường gặp trong bệnh lý của bộ máy tiêu hoá.*
- 2. Áp dụng được những kiến thức trong bài vào việc nhận định người bệnh mắc bệnh ở hệ tiêu hóa.*

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Hệ tiêu hoá gồm: Ống tiêu hoá và các tuyến tiêu hoá
 - + Ống tiêu hoá gồm: Miệng, thực quản, dạ dày, ruột non, ruột già, trực tràng, hậu môn.
 - + Tuyến tiêu hoá:
 - . Tuyến nằm ở thành ống tiêu hoá: Tuyến dạ dày, tuyến ruột.
 - . Chức năng của hệ tiêu hoá là tiếp nhận, tiêu hoá và hấp thu thức ăn. Hệ tiêu hoá thực hiện được chức năng này bằng các hoạt động
 - + Cơ học: Nghiền xé, cắt, nhào nặn thức ăn với dịch tiêu hoá và vận chuyển thức ăn trong ống tiêu hoá
 - + Bài tiết dịch gồm: Nước, muối khoáng và Enzym tiêu hoá để tiêu hoá và hấp thu thức ăn
 - + Hấp thu là hoạt động của ống tiêu hoá để đưa các sản phẩm tiêu hoá từ lòng ruột vào máu
- Bệnh lý của ống tiêu hoá sẽ có biểu hiện bằng các rối loạn hoạt động cơ học, thể hiện bằng: Nôn, buồn nôn, khó nuốt, đau ở nơi tổn thương, rối loạn hấp thu, rối loạn phân và động tác đại tiện
- Bệnh của các tuyến nằm ngoài ống tiêu hoá cũng có biểu hiện: Đau ở vị trí tổn thương, rối loạn hoạt động cơ học và bài tiết dịch dẫn đến rối loạn hấp thu gây ra rối loạn tạo phân và động tác đại tiện
- Bệnh lý của bộ máy tiêu hoá gặp ở các bộ phận như: Thực quản, dạ dày, ruột non, ruột già, bệnh của gan, tụy ...



Hình 6.1. Bộ máy tiêu hoá

2. Triệu chứng cơ năng

2.1. Đau bụng

2.1.1. Đại cương

- Là một triệu chứng hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hóa do nhiều nguyên nhân trong bộ máy tiêu hoá cũng như ngoài bộ máy tiêu hoá gây ra.

- Trong nhiều trường hợp, đau bụng là một dấu hiệu của một tình trạng cấp cứu nội khoa hoặc ngoại khoa.

- Tuy nhiên đau bụng là một triệu chứng chủ quan phụ thuộc vào sự nhạy cảm của từng cá thể, không phản ánh chính xác và khách quan tình trạng của bệnh. Muốn đánh giá đúng tình trạng của bệnh phải dựa vào những triệu chứng khác nữa.

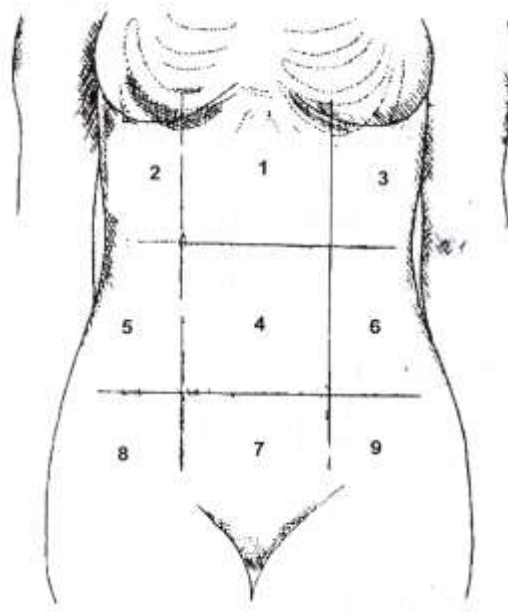
2.1.2. Nhận định người bệnh có đau bụng

- Vị trí đau: Vùng thượng vị, hạ vị, vùng rốn hoặc không có vị trí rõ rệt.
- Hướng lan: Lan lên ngực, bả vai, lan ra sau lưng, lan xuống bộ phận sinh dục, hậu môn.
- Cường độ đau: Phụ thuộc vào sự chịu đựng của người bệnh.
- Cảm giác đau: Đau từng cơn, cảm giác cồn cào, đau âm ỉ, đau quặn, đau rất bồng.
- Thời gian mỗi cơn đau kéo dài bao lâu?
- Tính chất chu kì của đau.
- Hoàn cảnh xuất hiện cơn đau: cơn đau thường xuất hiện khi nào: Khi đói, sau ăn no..?

* Các vị trí đau tương ứng với nội tạng nằm dưới chỗ đau (hình 6.2)

- (1) Thượng vị: Dạ dày, tụy
- (2) Hạ sườn phải: Gan, túi mật, góc đại tràng phải, tuyến thượng thận.
- (3) Hạ sườn trái: Lách, góc đại tràng trái, tuyến thượng thận, đuôi tụy.
- (4) Vùng rốn: Đại tràng ngang, ruột non
- (5) Mạn sườn phải: Đại tràng lên, thận phải, ruột non.

- (6) Mạn sườn trái: Đại tràng xuống, thận trái, ruột non.
- (7) Hạ vị: Ruột non, đại tràng, bộ phận sinh dục nữ
- (8) Hố chậu phải: Ruột thừa, manh tràng, ruột non, buồng trứng phải (ở nữ)
- (9) Hố chậu trái: Đại tràng sigma, ruột non, buồng trứng trái (ở nữ)



Hình 6.2. Phân khu ổ bụng

2.1.3. Phân loại đau bụng

- Đau bụng cấp tính cần phải xử trí bằng ngoại khoa: Viêm ruột thừa, thủng tạng rỗng, tắc ruột...

- Đau bụng cấp tính nội khoa: Giun chui ống mật, sỏi mật, sỏi thận, ...

- Đau bụng mạn tính: Viêm dạ dày, viêm đại tràng ...

Đau bụng là triệu chứng cơ năng rất phức tạp, vì vậy phải chẩn đoán chính xác mới được can thiệp.

2.1.4. Nguyên nhân đau bụng

- Do tổn thương ở bộ máy tiêu hóa:

+ Dạ dày: Viêm loét dạ dày, ung thư dạ dày, loét hành tá tràng ..

+ Ruột non: Viêm ruột cấp do vi khuẩn, do giun, lồng ruột, tắc ruột, u ruột non, túi thừa meckel ...

+ Đại tràng: Viêm đại tràng do vi khuẩn, kí sinh vật, amip. Viêm loét đại trực tràng chảy máu, ung thư, lao, viêm ruột thừa.

+ Gan: Sỏi mật, u gan, viêm gan.

+ Tụy: Sỏi tụy, viêm tụy cấp, u tụy.

+ Mạc treo: U mạc treo.

- Do tổn thương ngoài bộ máy tiêu hoá:

+ Bộ máy sinh dục: U nang buồng trứng, chửa ngoài tử cung vỡ.

+ Thận tiết niệu: Sỏi thận, niệu quản.

+ Thần kinh: Giang mai thần kinh.

+ Hạ canxi máu.

+ Dị ứng.

+ Nhiễm độc chì.

2.2. Rối loạn về nuốt

2.2.1. Phân loại

- Khó nuốt là một cảm giác cản trở hoặc tắc nghẽn khi thức ăn qua miệng, họng, thực quản. Cần phân biệt với các rối loạn: Nuốt đau, sợ nuốt.
- Nuốt đau là đau ở phần họng hoặc đau ở chỗ dừng thức ăn
- Không nuốt được khi thức ăn vào đến họng hoặc thực quản bị dừng lại ở đó một lúc rồi mới tiếp tục đi xuống hoặc không thể xuống được nữa

2.2.2.. Nhận định người bệnh có rối loạn về nuốt

- Thời gian bắt đầu?
- Diễn biến: Ban đầu khó nuốt với chất đặc cứng sau đó với chất mềm, cuối cùng là nước hay không?
- Vị trí: Ở cổ, ngực hay mũi ức?
- Khó nuốt liên tục hay từng đợt?
- Các triệu chứng khác đi kèm: Đau? Nôn? Ợ hơi?

2.3. Nôn và buồn nôn

2.3.1. Khái niệm

- Nôn là hiện tượng tổng chất chứa trong dạ dày ra ngoài qua đường miệng. Buồn nôn là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn được.
- Nôn là một hiện tượng khách quan. Trái lại buồn nôn là một cảm giác chủ quan.
- Nôn và buồn nôn có thể xảy ra liên tiếp nhau, liên quan chặt chẽ với nhau nhưng có thể xảy ra tách rời nhau, độc lập

2.3.2. Nhận định người bệnh có nôn:

- Thời gian xảy ra nôn?
- Nôn ngay sau khi ăn hay nôn muộn xa bữa ăn?
- Số lần nôn, khối lượng chất nôn?
- Thành phần chất nôn: Thức ăn, máu, dịch mật ...?

2.3.3. Nguyên nhân gây nôn và buồn nôn

- Tại bộ máy tiêu hóa.
 - + Hẹp môn vị.
 - + Lòng ruột, tắc ruột.
 - + Viêm dạ dày cấp, viêm ruột thừa, viêm tụy cấp.
 - + Sỏi mật, giun chui ống mật, sỏi tụy...
 - + Nôn do phản xạ: Cơn đau quặn gan.
- Ngoài bộ máy tiêu hoá:
 - + Hạ huyết áp, cơn cao huyết áp
 - + Cơn đau quặn thận do sỏi thận, sỏi niệu quản.
 - + Nghén và nhiễm độc thai nghén.
 - + Chửa ngoài tử cung vỡ.
 - + Viêm màng não.
 - + U não.
 - + Tai biến mạch máu não.
 - + Nhiễm độc thuốc hoặc hóa chất.
 - + Hội chứng tiền đình, rối loạn điện giải
 - + Ngoài ra buồn nôn còn do yếu tố tâm lý...

2.3.4. Hậu quả của nôn

- Mất nước và điện giải.
- Hạ huyết áp, trụy mạch nếu nôn nhiều.

- Kiểm hóa máu nếu nhiều mất nhiều axít HCl.
- Tổn thương niêm mạc thực quản nếu nôn mạnh và nhiều.
- Sụt cân, suy mòn, thiếu máu.

2.4.Ợ

- Ợ là tình trạng chất chứa trong dạ dày, thực quản và hơi đi ngược lên miệng.

2.4.1. Nhận định người bệnh có ợ

- Thời gian xảy ra ợ?
- Ợ ngay sau khi ăn hay xa bữa ăn?
- Số lần ợ?
- Ợ hơi hay ợ ra nước chua, nước đắng, thức ăn? Số lượng?

2.4.2. Nguyên nhân

- Do rối loạn co bóp thực quản
- Do thực quản hẹp thức ăn không tống xuống hết dạ dày mà đọng lại trong thực quản, đến một lúc nào đó làm thực quản căng ra, gây tăng áp lực trong thực quản, làm thực quản co lại nhưng không tống xuống phía dưới mà trào ngược lên trên miệng.

2.4.3. Phân loại

- Ợ hơi: Do dạ dày thực quản có nhiều hơi, do ăn uống, do rối loạn chức năng dạ dày - thực quản, nuốt nhiều hơi
- Ợ nước chua: Do dịch dạ dày
- Ợ nước đắng: Do dịch mật
- Ợ thức ăn từ dạ dày hoặc thực quản

2.5.Ỉa chảy

2.5.1. Định nghĩa

- Phân bình thường chứa một lượng nước bằng 80% trọng lượng phân, khi chứa từ 80 - 85% nước là phân nhão, chứa > 85% nước là phân lỏng, chứa < 75% nước là phân táo. Lượng phân mỗi ngày khoảng 200 - 300 gam.
- Ỉa chảy được đặc trưng bởi số lần đi ngoài nhiều hơn và lượng nước nhiều hơn trong phân.

- Roux định nghĩa về ỉa chảy như sau: Ỉa chảy là một triệu chứng đặc trưng bởi sự tống phân nhanh và phân nhiều nước. Số lượng phân nhiều hơn 300 gam/ngày.

2.5.2. Nhận định người bệnh ỉa chảy

- Bắt đầu từ khi nào? Đột ngột hay từ từ?
- Số lần đi ngoài bao nhiêu lần /ngày?
- Số lượng phân, màu sắc phân.
- Tính chất, thành phần của phân: Toàn nước, hoa cà hoa cải, sền sệt, phân nhầy mũi, máu, phân sống?
- Thời gian kéo dài một vài ngày hay hàng tháng?
- Những triệu chứng kèm theo:
 - + Đau bụng, sốt, buồn nôn, nôn, gầy sút
 - + Ỉa chảy thường dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như: Mất nước và điện giải, trụy mạch, lâu dài gây suy dinh dưỡng.

2.5.3. Nguyên nhân:

- Gây ỉa chảy cấp tính:
 - + Do vi khuẩn có 2 loại vi khuẩn chính:
 - . Vi khuẩn gây tổn thương tại chỗ làm tăng bài tiết và giảm khả năng hấp thụ: Shigella, Salmonella, Ecoli.
 - . Vi khuẩn phát triển ở bề mặt niêm mạc tiết độc tố kích thích ruột tăng bài tiết: Tụ cầu.
 - + Do vi rút: Rota vi rút.

- + Do nhiễm kí sinh vật: Amip, Trichomonas.
- + Nguyên nhân khác:
 - . Nhiễm độc chì, thủy ngân, Asen.
 - . Dị ứng.
 - . Do dùng thuốc: Thuốc nhuận tràng, kháng sinh đường ruột mạnh.
 - . Do tinh thần lo lắng, sợ hãi.
- Gây ỉa chảy mạn tính:
 - + Do tiêu hóa kém: Cắt đoạn ruột, cắt đoạn dạ dày.
 - + Do hấp thu kém: Viêm tụy mạn tính, teo nhung mao ruột.
 - + Do tăng nhu động ruột.
 - + Do loạn khuẩn.

2.5.4. Hậu quả của ỉa chảy

- Mất nước và điện giải.
- Hạ huyết áp, trụy mạch nếu mất nước nhiều và cấp tính.
- Sụt cân, suy mòn, thiếu máu nếu ỉa chảy kéo dài.

2.6. Táo bón

2.6.1. Định cương

Bình thường mỗi ngày đi ngoài một lần. Táo bón là sự chậm tổng phân ra ngoài thể hiện bởi 2 ngày trở lên mới đi ngoài một lần. Thành phần nước trong phân ít < 75%, phân khô hoặc lổn nhổn, lượng phân ít.

2.6.2. Biểu hiện lâm sàng

- Đi ngoài khó khăn, phải rặn nhiều, phải vận dụng nhiều đến cơ bụng, cơ hoành.
- Phân rắn, lổn nhổn thành cục như phân dê, có khi phải thụt tháo mới đi được.
- Có thể đi ngoài ra máu tươi trước hoặc sau khi ra phân do người bệnh phải rặn nhiều hoặc do tổn thương ống hậu môn, ngoài máu tươi có thể lẫn chất nhầy.
- Có thể có rối loạn toàn thân: Nhức đầu, mất ngủ, hồi hộp trống ngực, ăn kém.
- Táo bón còn kèm theo đau bụng, có khi đau dữ dội, bụng chướng hơi.
- Khám bụng: Có thể sờ thấy cục phân lổn nhổn, cứng, nằm dọc khung đại tràng, thường tập trung ở hố chậu trái. Cần chú ý tránh nhầm với khối u ruột, khối hạch mạc treo.

2.6.3. Nguyên nhân

- Tại ống tiêu hoá:
 - + Giảm co bóp đại tràng: Người già, gầy yếu, người làm việc quá sức, lo lắng, hồi hộp.
 - + Khối u đại tràng hậu môn: Gây cản trở vận chuyển phân
 - + Các bệnh viêm đại tràng mạn tính, bệnh đại tràng chức năng.
 - + Đại tràng quá dài.
 - + To đại tràng không rõ nguyên nhân.
 - + To đại tràng bẩm sinh (Hirschprung)
 - Ngoài ống tiêu hoá
 - + Chế độ ăn không đúng: Ăn quá nhiều rau hoặc quá ít rau, thiếu chất bã, uống ít nước, ăn nhiều thức ăn dễ gây táo (ôi, hồng xiêm ...)
 - + Thói quen: Ngồi nhiều, ít vận động, ngại đi đại tiện
 - + Dùng một số thuốc gây táo bón: Thuốc bao niêm mạc dạ dày, các thuốc có morphin, các thuốc có sắt ...
 - + Mất nước: Do lao động nặng, nắng, nóng, sốt cao
 - + Nguyên nhân thần kinh trung ương: Hội chứng màng não, u não
 - + Nguyên nhân nội tiết: Đái tháo đường, suy giáp trạng, cường cận giáp.

2.6.4. Hậu quả của táo bón

- Gây chảy máu ống tiêu hóa dưới.
- Gây ra tình trạng nhiễm độc thần kinh như nhức đầu, mất ngủ, hồi hộp trống ngực
- Gây sút cân do ăn kém vì đầy bụng, chướng hơi hoặc do người bệnh sợ không dám ăn.
- Gây đau, có khi đau bụng dữ dội ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt của người bệnh.

2.6.5. Nhận định người bệnh táo bón

- Bắt đầu từ khi nào?
- Số lần đi ngoài bao nhiêu ngày /lần?
- Số lượng phân, màu sắc phân?
- Tính chất, thành phần của phân: Phân cứng, rắn, lổn nhổn từng cục như phân dê, phân có lẫn máu hay không?
- Thời gian kéo dài một vài ngày hay hàng tháng?
- Những triệu chứng kèm theo:
 - + Đau bụng, mệt mỏi, nhức đầu, gầy sút.
 - + Ăn uống kém, lâu dần có thể dẫn đến suy dinh dưỡng

2.7. Chướng hơi

2.7.1. Nguồn gốc của hơi trong ruột

- Do nuốt hơi vào cùng thức ăn.
- Hơi từ trong máu đào thải qua ruột.
- Do tiêu hóa thức ăn, đặc biệt tiêu hóa thức ăn do vi khuẩn ở đại tràng.
- Lượng hơi tạo ra mỗi ngày rất thay đổi ở nam khoảng 1,3 lít/ngày, ở nữ khoảng 0,6 lít/ngày.

2.7.2. Những yếu tố gây hơi nhiều trong ruột

- Tăng sản xuất hơi:
 - + Viêm cấp ống tiêu hóa do vi khuẩn.
 - + Dịch vị giảm tiết, giảm toan hoặc đa tiết đa toan.
 - + Hiện tượng lên men và lên men thối ở đại tràng quá nhiều.
- Giảm đào thải hơi:
 - + Hơi không được vận chuyển xuống phía dưới.
 - + Hơi không ngấm được vào máu do tổn thương ở thành ruột, ứ trệ tuần hoàn ruột.

2.7.3. Biểu hiện lâm sàng

- Chướng hơi toàn bộ: Tăng lên sau khi ăn, giảm đi sau khi đi ngoài hoặc trung tiện
- Chướng hơi cục bộ: Chỉ một phần nào đó bị chướng hơi, hơi tập trung ở nơi đó, ví dụ: Chướng hơi chỉ ở đại tràng, manh tràng, hồi tràng.
- Chướng hơi kèm theo ứ dịch: Gây sôi bụng, có khi toàn thể nhưng cũng có khi khu trú ở một vùng nhất là vùng hồi manh tràng.

2.7.4. Nguyên nhân

- Tăng sản xuất hơi: Do ăn uống một số chất sinh nhiều hơi, do viêm niêm mạc ruột, do tiêu hoá kém, hấp thu kém hoặc loạn khuẩn ruột.
- Đào thải hơi giảm: Tắc ruột, liệt ruột, rối loạn tuần hoàn ruột.
- Nguyên nhân chung: Viêm màng bụng, bệnh tâm thần, rối loạn chuyển hoá.

2.7.5. Nhận định người bệnh có chướng hơi

- Thời gian: Bắt đầu từ khi nào?
- Chướng hơi toàn bộ hay chướng hơi cục bộ?
- Chướng hơi có kèm theo ứ dịch hay không?

- Có ăn uống các chất sinh nhiều hơi hay không?

2.8. Chảy máu tiêu hoá

2.8.1. Đại cương

- Bình thường trong ống tiêu hoá không có máu. Khi máu thoát ra khỏi thành mạch của đường tiêu hoá chảy vào lòng ống tiêu hoá gọi là chảy máu tiêu hoá. Thể hiện: Nôn ra máu tươi hoặc đen, ỉa ra máu tươi và đen hay lơ lờ máu cá.

- Chảy máu tiêu hoá là một cấp cứu nội khoa, nặng có thể can thiệp bằng ngoại khoa

2.8.2. Nhận định người bệnh có chảy máu tiêu hóa

- Thời gian xảy ra chảy máu?
- Chảy máu ngay sau khi ăn hay xa bữa ăn?
- Số lần chảy máu?
- Màu sắc máu chảy: Màu đen? Màu đỏ tươi?

3. Nhận định thực thể

3.1. Nhận định toàn trạng

- Quan sát thể trạng người bệnh, tình trạng mệt mỏi của người bệnh.
- Chẳng hạn ở người bệnh ỉa chảy mạn tính có thể thấy: Thể trạng gầy, người mệt mỏi.
- Ở người bệnh táo bón dài ngày có thể thấy mệt mỏi, đau đầu.

3.2. Da và niêm mạc

- Nhận định về màu sắc, độ chun giãn, nhiệt độ và độ ẩm của da và niêm mạc.
- Ví dụ:
 - + Ở người bệnh ỉa chảy mất nước da nhăn nheo, nếp véo da mất chậm.
 - + Ở người bệnh xơ gan da có màu vàng đậm hoặc vàng nhẹ.

3.3. Khám bụng

3.3.1. Quan sát

- Bình thường bụng thon, tròn đều, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, người béo bụng bè ra hai bên.
- Quan sát bụng có thể thấy những thay đổi:
 - + Hình thái: Bụng lõm lõng thuyên do suy mòn hay lao màng bụng.
 - + Bụng chướng: Do dạ dày, ruột chướng hơi, tắc ruột.
 - + Thay đổi về cử động thành bụng: Thành bụng co cứng, không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gập trong viêm phúc mạc hay quá đau.
 - + Triệu chứng rắn bờ: Có thể thấy ở toàn bụng hay chỉ ở một vùng biểu hiện hẹp ống tiêu hoá: Hẹp môn vị, tắc ruột non, tắc đại tràng.
 - + Tuần hoàn bàng hệ dưới da bụng.

3.3.2. Sờ nắn

- Nguyên tắc:
 - + Sờ nắn nhẹ nhàng từ vùng không đau trước, vùng đau sau.
 - + Phải đặt sát cả lòng bàn tay vào thành bụng.
 - + Bảo người bệnh thở đều, sờ nhịp nhàng theo động tác thở của họ.
 - + Người bệnh không để ý đến động tác khám của thầy thuốc, bụng phải thật mềm.
- Phương pháp sờ nắn:
 - + Dùng một bàn tay.
 - + Dùng 2 bàn tay áp lên thành bụng hoặc 2 bàn tay chồng lên nhau để ấn sâu xuống ổ bụng.

- + Sờ ở tư thế nằm ngửa là chính.
- Những dấu hiệu bất thường:
 - + Lớp mỡ dưới da quá dày, quá mỏng.
 - + Thành bụng phù nề.
 - + Thành bụng căng là có nước hoặc hơi trong ổ bụng.
 - + Thành bụng cứng toàn bộ kèm với tăng cảm giác đau, thường là bệnh lý cấp tính.
 - + Tăng cảm giác đau: Còn gọi là phản ứng thành bụng.
 - Tìm điểm đau: Dùng 1 hoặc 2 đầu ngón tay ấn vào vùng nghi ngờ để tìm điểm đau một cách chính xác.
 - + Điểm đau túi mật: Điểm gặp nhau của bờ ngoài cơ thẳng to và bờ sườn phải.
 - + Điểm ruột thừa hay điểm Macburney: Điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải.
 - + Điểm mũi ức: Ngay dưới mũi ức trên đường trắng giữa.
 - + Vùng đầu tụy và ống mật chủ ở trong góc 45⁰ mà một cạnh là đường trắng giữa, cạnh kia ở phía bên phải.
 - + Điểm sườn lưng nằm trong góc giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chông thắt lưng.
 - + Các điểm niệu quản trên và giữa.
 - Phát hiện một khối u ổ bụng:
 - + Dấu hiệu: Chạm khối u hay chạm thắt lưng.
 - + Dấu hiệu bập bênh.
 - Mô tả đặc điểm của khối u về các mặt:
 - + Vị trí.
 - + Hình thể, kích thước.
 - + Bờ, mật độ, bề mặt.
 - + Đau hay không đau.
 - + Di động hay không di động.
 - + Gõ đục hay trong.
 - + Chạm thắt lưng (+) chứng tỏ khối u ở phía sau.
 - + Dấu hiệu bập bênh (+) chứng tỏ khối u nằm trong tổ chức lỏng lẻo.
 - + Có đập theo nhịp đập động mạch chủ hay không ?
 - + Nghe khối u.
 - + Độ nông sâu của khối u.

3.3.3. Gõ bụng

- Cách gõ: Gõ theo đường ngang lần lượt từ trên xuống dưới hoặc gõ theo đường dọc từ mạng sườn bên này sang mạng sườn bên kia hoặc gõ từ rốn gõ ra theo hình nan hoa xe đạp.
- Bình thường thấy:
 - + Vùng trước gan đục.
 - + Vùng túi hơi dạ dày gõ trong.
 - + Vùng lách đục (nằm ở đường nách sau giữa xương sườn 9-10-11).
- Bệnh lý:
 - + Gõ vang toàn bộ trong bụng chứng tỏ hơi.
 - + Gõ đục toàn bộ hoặc đục ở vùng thấp, trong ở vùng cao thể hiện có dịch trong ổ bụng.
 - + Vùng đục trước gan mất: Có hơi trong ổ bụng.

3.3.4. Nghe bụng

- Nghe bằng tai thường:

- + Nghe tiếng óc ách trong dạ dày.
- + Nghe thấy tiếng sôi bụng của nhu động ruột.
- Nghe bằng ống nghe phát hiện các tiếng thổi của mạch máu.

3.4. Khám hậu môn trực tràng.

- Bình thường hậu môn nhẵn, lỗ hậu môn khép kín, khô, các nếp nhăn mềm mại
- Bất thường: Lỗ hậu môn không khép kín, ướt, có mùi, có lỗ rò hậu môn, có búi trĩ màu đỏ sẫm hoặc tím nổi lên ở một bên hậu môn
- Thăm trực tràng phát hiện bệnh của trực tràng hay ngoài trực tràng

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Triệu chứng hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hóa là
 - A. đau bụng
 - B. nôn
 - C. ợ
 - D. táo bón
2. Khi người bệnh ỉa chảy, số lượng phân trong 24h
 - A. > 200 gam
 - B. > 250 gam
 - C. > 300 gam
 - D. > 350 gam
3. Khi người bệnh bị táo bón, thành phần nước trong phân
 - A. < 70%
 - B. < 75%
 - C. < 80%
 - D. < 85%
4. Một trong các nguyên nhân gây táo bón là
 - A. tăng nhu động ruột.
 - B. cắt đoạn ruột
 - C. viêm tụy mạn tính
 - D. đại tràng dài
5. Trong các nguyên nhân dưới đây, nguyên nhân gây đau bụng do tổn thương ngoài bộ máy tiêu hóa là
 - A. viêm màng não.
 - B. u não.
 - C. hội chứng tiền đình
 - D. Dị ứng

BÀI 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

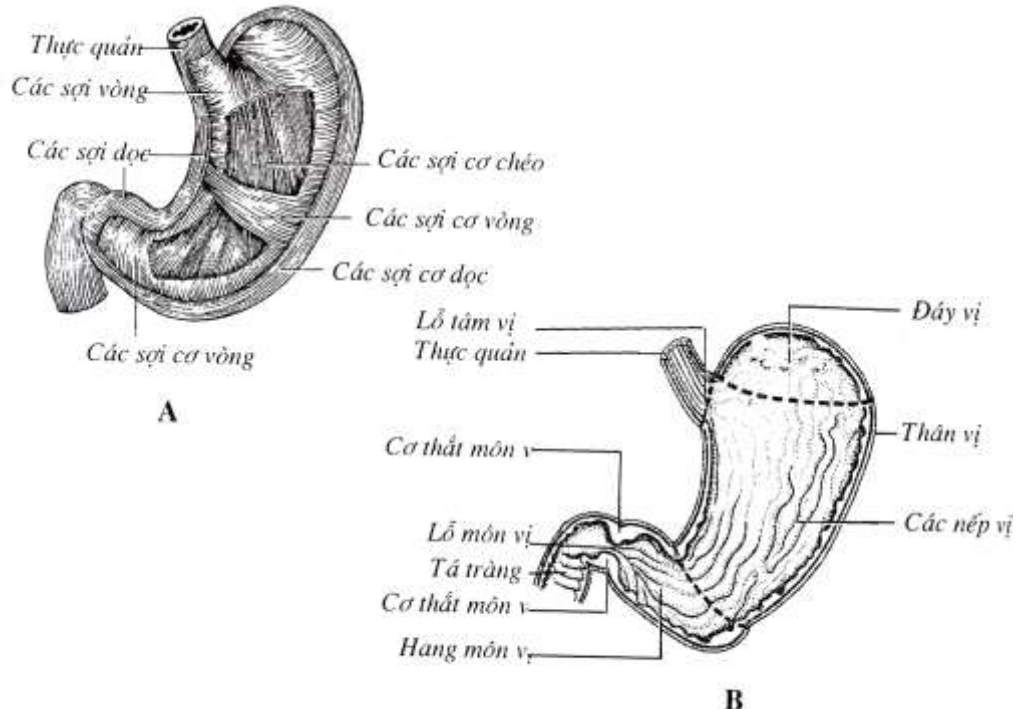
MỤC TIÊU:

1. Trình bày và phân tích được cơ chế bệnh sinh, nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và cách điều trị người bệnh loét dạ dày- tá tràng.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh loét dạ dày - tá tràng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Dạ dày là đoạn to nhất của ống tiêu hoá, có chức năng chứa đựng và tiêu hoá thức ăn. Nhờ có chức năng chứa đựng mà chúng ta ăn từng bữa nhưng quá trình tiêu hoá và hấp thu được diễn ra gần như cả ngày, đáp ứng được nhu cầu cung cấp năng lượng liên tục cho cơ thể. Nhờ có tuyến nằm trong thành dạ dày mà thức ăn được tiêu hoá. Giải phẫu dạ dày được thể hiện ở hình 7.1.



Hình 7.1. Cấu tạo của dạ dày

- Loét dạ dày - tá tràng là một vùng tổn thương gây mất lớp niêm mạc dạ dày – hành tá tràng, có thể lan xuống dưới lớp cơ, thậm chí đến lớp thanh mạc và có thể gây thủng dạ dày – tá tràng.

- Loét dạ dày - tá tràng là một bệnh khá phổ biến ở nước ta cũng như ở các nước trên thế giới, bệnh có tỷ lệ mắc bệnh từ 5-10 %, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ chiếm khoảng 4/5 số trường hợp.

- Tuổi mắc bệnh thường từ 20 -40 tuổi, song có thể gặp ở người trên 70 tuổi và trẻ em dưới 1 tuổi.

- Bệnh loét tá tràng thường là loét lành tính, gặp nhiều gấp 4 lần loét dạ dày, loét dạ dày đôi khi diễn biến ác tính. Điều trị loét dạ dày - tá tràng chủ yếu là điều trị nội khoa và ổ loét thể lành.

2. Cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân

2.1. Bệnh sinh

- Có nhiều thuyết để giải thích cơ chế sinh ra ổ loét:

+ Thuyết vỏ não do căng thẳng tinh thần.

+ Thuyết dị ứng.

+ Thuyết thần kinh và thể dịch: Hoạt động bài tiết dịch vị chịu sự tác động của vỏ não và dây thần kinh phế vị làm tăng bài tiết gastrin → tăng bài tiết dịch vị → loét.

- Muốn gây ra ổ loét thì phải có sự mất thăng bằng giữa 2 yếu tố:

+ Yếu tố gây loét (yếu tố tấn công): HCl, pepsin.

+ Yếu tố chống loét (yếu tố bảo vệ): Chất nhầy mucin.

Khi yếu tố chống loét bình thường, nhưng yếu tố gây loét hoạt động mạnh hơn, hoặc ngược lại yếu tố gây loét vẫn bình thường nhưng yếu tố chống loét lại hoạt động yếu hơn đều dẫn đến sinh ra ổ loét. Trong các yếu tố đó thì HCl đóng vai trò quyết định.

2.2. Nguyên nhân

- Một số nguyên nhân đã được biết rõ:

+ U tụy tạng bài tiết gastrin, còn gọi là hội chứng Zollinger Ellison.

+ Một số thuốc: Nhóm Corticoid, nhóm giảm đau chống viêm (Aspirin, Indometacin, Phenobutazone), thuốc chữa cao huyết áp (Reserpin).

+ Yếu tố di truyền: Có liên quan đến nhóm máu O và HLA.

+ Vai trò của vi khuẩn *Helicobacter pylori* là nguyên nhân gây ra loét. Đây là xoắn khuẩn đầu có chùm lông. Nó gây tổn thương niêm mạc dạ dày đồng thời sinh urê → giải phóng CO₂ → tăng tiết HCl → loét.

- Những nguyên nhân có thể khác:

+ Chấn thương tinh thần, tâm lý.

+ Rượu.

+ Thuốc lá.

- Những yếu tố thuận lợi:

+ Xơ gan.

+ Suy tuyến giáp.

3. Triệu chứng lâm sàng (Chia làm 2 thể)

3.1. Thể điển hình

- Đau bụng vùng thượng vị là triệu chứng nổi trội nhất với những đặc điểm như sau:

+ Đau âm ỉ, không đau dữ dội.

+ Đau có tính chất chu kỳ trong ngày và trong năm: Thường đau vào mùa hoặc tháng nhất định. Ví dụ: Thường đau vào mùa rét hoặc nóng.

+ Đau theo nhịp điệu với bữa ăn: Đau khi đói thường gặp trong loét tá tràng, đau sau khi ăn thường gặp trong loét dạ dày.

+ Đau có thể lan ra sau lưng hoặc lên trên ngực.

- + Đau như vậy kéo dài trong vòng 1 - 3 tuần rồi tự nhiên khỏi. Càng về sau tính chất chu kì càng mất dần đi, cường độ đau mạnh hơn, thời gian mỗi đợt đau kéo dài hơn.
- Có thể có các biểu hiện kèm theo:
- + Nôn: Khi đau người bệnh có thể nôn hoặc buồn nôn.
- + Ợ hơi, ợ chua.
- + Ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau.
- + Gầy sút cân.
- + Đại tiện phân táo hoặc lỏng.
- + Thay đổi tính tình, khó tính.

3.2. Thể không điển hình

Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng đau và biểu hiện đột ngột bởi một biến chứng nào đó như: Chảy máu tiêu hoá, thủng ổ loét.

4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp X quang dạ dày, tá tràng có thể phát hiện thấy ổ loét:
- + Những dấu hiệu của ổ loét bờ cong nhỏ dạ dày là hình gai hồng, hình lồi.
- + Những dấu hiệu của loét hành tá tràng: Hành tá tràng biến dạng hình 2 cánh, hình quân bài nhép, hình vòng đồng tâm, hình mỏ vịt.
- Nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống soi mềm: Là thăm dò tốt nhất, nhìn thấy trực tiếp ổ loét, đánh giá đúng kích thước, vị trí của ổ loét và các tổn thương khác kèm theo.
- Xét nghiệm dịch vị: Độ axit thường tăng trong loét tá tràng.
- Tìm vi khuẩn *Helicobacter pylori* trong mảnh sinh thiết niêm mạc dạ dày để xác định nguyên nhân gây loét.

5. Các biến chứng

Có 4 biến chứng chính:

- Chảy máu tiêu hoá: Hay gặp nhất.
- + Biểu hiện bằng: Nôn ra máu và/hoặc ỉa phân đen.
- + Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.
- Thủng ổ loét:
- + Người bệnh đột nhiên đau bụng dữ dội thượng vị, đau như dao đâm.
- + Khám thấy bụng cứng như gỗ về sau triệu chứng sốc xuất hiện.
- Hẹp môn vị:
- + Người bệnh ăn không tiêu, buồn nôn rồi nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày ăn trước có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men.
- + Khám có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng óc ách lúc đói.
- Ung thư hoá: (Chỉ gặp ở loét dạ dày)
- + Người bệnh thường đau nhiều, không có tính chất chu kì, kèm theo có nôn.
- + Thể tạng gầy sút nhiều.

6. Điều trị

Chủ yếu là điều trị nội khoa. Điều trị ngoại khoa khi có biến chứng.

6.1. Chế độ ăn

Mục đích là tránh tăng tiết axit dịch vị và hạn chế vận động ống tiêu hoá.

- Trong đợt đau nên ăn lỏng, mềm, dễ tiêu hóa hấp thu. Ngoài đợt đau ăn uống bình thường.
- Không uống rượu, cà phê, chè đặc, không hút thuốc lá, không ăn gia vị cay nóng, không ăn thức ăn hoặc đồ uống quá nóng hoặc quá lạnh. Tránh các hoa quả hoặc đồ ăn chua.

6.2. Thuốc

- Các thuốc kháng axit HCl: Maalox, phosphalugel uống nhiều lần trong ngày, uống sau khi ăn 1 giờ.

- Thuốc kháng tiết Cholin: Atropin sunfat, tác dụng ức chế việc bài tiết axit clohydric trong dạ dày. Uống nửa giờ trước khi ăn.
- Thuốc kháng thụ thể H₂: Cimetidin, Ranitidin, Famotidin ức chế rất mạnh sự bài tiết axit trong dạ dày.
- Thuốc ức chế bơm proton: Omeprazol (Lomac, Losec, Lanzor . . .)
- Thuốc bao bọc niêm mạc dạ dày: Gastropulgite, Sucralfat uống trước khi ăn.
- Kháng sinh diệt Helicobacter pylori: Amoxicilin, Klion, Claritromycin, tinidazol

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

* Hỏi bệnh:

- Vị trí đau?
- Hoàn cảnh khởi phát cơn đau? Thời gian đau?
- Tính chất đau: Đau âm ỉ hay đau dữ dội? Đau liên tục hay từng cơn?
- Yếu tố nào làm tăng đau? Yếu tố nào làm giảm đau?
- Có ợ hơi, ợ chua, có nôn không?
- Ăn uống thế nào?
- Thể trạng có gầy sút cân hay không?
- Đại tiện như thế nào?
- Có hút thuốc lá, uống rượu, cà phê, thức ăn nhiều gia vị không?
- Điều kiện sống và làm việc có căng thẳng không? Có bị các sang chấn tâm lý không?

- Gia đình có ai bị loét dạ dày tá tràng không?
- Lo lắng hiện tại?
- Hoàn cảnh kinh tế?

* Khám:

- Màu sắc da, niêm mạc?
- Bụng chướng không?
- Điểm đau thượng vị?

* Tham khảo kết quả cận lâm sàng:

- Nội soi dạ dày
- X quang dạ dày
- Sinh thiết ổ loét dạ dày ...

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám người bệnh, có thể đưa ra một số chẩn đoán chăm sóc cho người bệnh loét dạ dày tá tràng gồm:

- Đau bụng vùng thượng vị do tăng tiết dịch vị.
- Lo lắng do đau vùng thượng vị kéo dài.
- Người bệnh chưa thực hiện được chế độ ăn uống phù hợp do thiếu kiến thức về bệnh.
- Nguy cơ có biến chứng xảy ra do ổ loét chưa được điều trị triệt để.
- Người bệnh không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau vùng thượng vị.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Xây dựng chế độ ăn uống phù hợp với người bệnh.
- Theo dõi phát hiện biến chứng.
- Hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Giảm đau vùng thượng vị cho người bệnh

- Chườm ấm vùng thượng vị khi đau nhiều (nếu không có biến chứng xuất huyết).
- Trong giai đoạn đau hướng dẫn người bệnh ngủ, nghỉ đầy đủ, không sử dụng các thức ăn gây kích thích, tăng tiết hoặc tăng nhu động dạ dày.
- Giúp người bệnh bỏ thói quen hút thuốc lá, uống cà phê, rượu, bia. Cần nhấn mạnh cho người bệnh hiểu dù là đang dùng thuốc tốt, đắt tiền mà vẫn hút thuốc lá và uống rượu bia thì bệnh cũng không khỏi. Phải giải thích và kết hợp kiểm tra chặt chẽ.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh đầy đủ và chính xác, hướng dẫn người bệnh cách sử dụng thuốc hợp lý:
 - + Thuốc kháng axit dịch vị.
 - + Thuốc ức chế ion H⁺.
 - + Thuốc diệt Helicobacter Pylori.

7.4.2. Giảm lo lắng cho người bệnh

- Thuyết phục người bệnh hình thành và duy trì chế độ nghỉ ngơi và làm việc thích hợp. Nghỉ ngơi tuyệt đối khi đau nhiều, khi đỡ đau làm việc nhẹ nhàng, tránh suy nghĩ căng thẳng thần kinh, tránh các sang chấn tâm lý.

- Nếu người bệnh mất ngủ dùng thuốc an thần theo chỉ định: Seduxen, Transene

...

- Giải thích những câu hỏi của người bệnh trong phạm vi nhất định, quan tâm, chăm sóc, động viên người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh những phương pháp thư giãn, nghỉ ngơi.

7.4.3. Cung cấp chế độ ăn uống phù hợp với bệnh

- Trong đợt đau cho ăn thức ăn mềm, lỏng (cháo, sữa, súp ...). Ngoài đợt đau ăn uống bình thường với những thức ăn dễ tiêu hóa hấp thu.

- Nên ăn nhẹ, ăn từng ít một, nhai kỹ, không nên ăn quá nhiều một bữa, không ăn quá nhanh, không để quá đói mới ăn.

- Không uống, cà phê, nước trà đặc, thuốc lá, các loại gia vị vì những chất này làm tăng tiết HCl.

- Khuyến người bệnh uống nhiều nước, không nên ăn thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh gây kích thích niêm mạc dạ dày.

7.4.4. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng

- Chảy máu tiêu hóa: Theo dõi mạch, huyết áp, chất nôn, phân hàng ngày.
- Thủng ổ loét: Đau bụng đột ngột, có biểu hiện choáng. Khi phát hiện phải nhanh chóng báo cáo bác sỹ để chuyển sang điều trị ngoại khoa.
- Hẹp môn vị: (nôn ra thức ăn cũ), khi có hẹp môn vị cần:
 - + Cho ăn nhẹ, ăn từng ít một.
 - + Đặt Sonde dạ dày khi có chướng bụng.
 - + Chuẩn bị người bệnh khi có chỉ định rửa dạ dày, nội soi dạ dày.
- Thực hiện đầy đủ y lệnh thuốc cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện đầy đủ chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt, lao động hợp lý.

7.4.5. Giáo dục người bệnh cách phòng bệnh

- Hướng dẫn người bệnh khi ra viện tiếp tục dùng đúng và đủ thuốc điều trị cũng cố theo đơn, không tự ý thôi thuốc hoặc lạm dụng thuốc.

- Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức về bệnh, nhấn mạnh những yếu tố bất lợi từ đó giúp họ tránh được những yếu tố làm bệnh nặng thêm.

- Dẫn người bệnh phải kiêng các chất kích thích như rượu, cà phê, chè đặc, gia vị cay nóng, các đồ ăn chua .

- Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, ăn chậm, nhai kỹ.
- Khi phải dùng thuốc để điều trị một bệnh nào đó phải thông báo cho nhân viên y tế biết mình đã bị loét dạ dày – tá tràng và phải theo sự chỉ dẫn của bác sỹ nhất là các thuốc giảm đau có corticoit hoặc chống viêm nonsteroit.
- Có chế độ nghỉ ngơi, làm việc phù hợp với bệnh.

7.5. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh loét dạ dày- tá tràng được coi là có hiệu quả khi:

- 7.5.1. *Người bệnh giảm đau vùng thượng vị*
- 7.5.2. *Người bệnh bớt lo lắng*
- 7.5.3. *Người bệnh có chế độ ăn uống phù hợp với bệnh*
- 7.5.4. *Người bệnh không bị các biến chứng xảy ra*
- 7.5.5. *Người bệnh biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe*

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Tuổi mắc bệnh loét dạ dày – tá tràng thường từ
 - A. 20 - 25 tuổi
 - B. 20 – 30 tuổi
 - C. 20 – 35 tuổi
 - D. 20 – 40 tuổi
2. Tỷ lệ loét tá tràng gặp nhiều hơn so với loét dạ dày là
 - A. 2 lần
 - B. 3 lần
 - C. 4 lần
 - D. 5 lần
3. Tỷ lệ mắc bệnh loét dạ dày – tá tràng ở nước ta chiếm
 - A. 5 – 7%
 - B. 5 – 8%
 - C. 5 – 9%
 - D. 5 – 10%
4. Triệu chứng nổi trội nhất trong loét dạ dày – tá tràng là
 - A. đau bụng
 - B. Ợ hơi
 - C. Ợ chua
 - D. Buồn nôn
5. Biến chứng hay gặp nhất trong loét dạ dày tá tràng là
 - A. hẹp môn vị
 - B. xuất huyết tiêu hóa
 - C. thủng ổ loét
 - D. ung thư hóa

BÀI 8

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ GAN

MỤC TIÊU

1. *Trình bày và phân tích được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và cách điều trị người bệnh xơ gan.*
2. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh xơ gan.*

NỘI DUNG

1. Nhắc lại một vài đặc điểm về giải phẫu và sinh lý của gan

1.1. Giải phẫu

- Là tuyến lớn nhất của cơ thể, có màu đỏ nâu, mặt nhẵn, mật độ mềm, gan người lớn nặng khoảng 1,2 – 1,5kg.
- Có 2 nguồn máu tưới cho gan, 75% số lượng máu này bắt nguồn từ tĩnh mạch cửa, có nhiều chất dinh dưỡng. Số máu còn lại đi vào gan bởi động mạch gan và có chứa nhiều oxy. Hai luồng máu này hợp với nhau tạo thành các mao mạch hình sin.
- Các ống mật nhỏ nhất nằm giữa các tiểu thùy gan, nó nhận mật được tiết ra từ các tế bào gan và dẫn đến ống mật lớn hơn → ống mật chủ → đoạn II tá tràng.
- Túi mật: Là một túi hình quả lê dài từ 8 – 10cm, rộng 3 – 4cm chứa được tối đa khoảng 500ml, nằm ở mặt dưới gan trong hố túi mật.

1.2. Sinh lý

- Gan có nhiều chức năng:
- Chuyển hoá glucid: Chuyển các glucose thành glycogen và ngược lại.
 - Chuyển hoá protid: Tổng hợp hầu hết các protein huyết tương (trừ globulin) gồm Albumin và α , β globulin.
 - Chuyển hoá lipid: Các axit béo có thể bị giáng hoá để sản xuất ra năng lượng và các thể ceton.
 - Chức năng tiêu hoá: Tế bào gan tiết mật giúp tiêu hoá lipid.
 - Chức năng chống độc: Các chất độc do quá trình chuyển hoá trong cơ thể sinh ra amoniac. Các chất độc hấp thu từ ngoài vào như thuốc, các chất này qua gan để chuyển hoá thành chất không độc.
 - Chức năng đông máu: Tạo ra prothrombin tham gia vào quá trình đông máu.

2. Định nghĩa

- Xơ gan là hậu quả của tình trạng tế bào gan bị thoái hoá, hoại tử. Ngược lại tổ chức xơ phát triển rất mạnh. Gan xơ rất cứng, mặt lằn sần da cóc (nhân xơ), màu gan vàng nhạt, loang lổ, khối lượng gan nhỏ lại có khi chỉ còn 200 - 300gam.

- Về mặt vi thể: Các múi gan teo nhỏ lại, có một vỏ xơ dày bao bọc chung quanh bóp nghẹt các múi gan. Khoảng cửa cũng bị tổ chức xơ phát triển mạnh lan cả vào trong tiểu thùy và tạo thành các nhân xơ tân tạo.

- Xơ gan là một bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo tài liệu của tổ chức y tế thế giới (1978) thì tỷ lệ tử vong do xơ gan ở các nước giao động từ 10-20/100000 dân.

- Xơ gan đồng nghĩa với bệnh gan giai đoạn cuối, không có khả năng hồi phục.

3. Nguyên nhân thường gặp của xơ gan

- Do viêm gan virus: Nhất là virút viêm gan B và C là nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan ở nước ta.

- Viêm gan mạn tính tự miễn hay viêm gan mạn tính tiến triển: Cơ thể sinh ra kháng thể chống lại gan.

- Viêm gan do rượu: Mỗi ngày uống 200ml liên tục ít nhất trong 2 năm sẽ dẫn đến viêm gan và sau đó là xơ gan.

- Do tắc mật lâu ngày: Sỏi mật, teo đường mật.

- Do suy dinh dưỡng: Ăn uống thiếu thốn nhất là thiếu protit.

- Xơ gan do sán lá gan, rối loạn chuyển hoá sắt, đồng.

4. Triệu chứng

4.1. Lâm sàng: Xơ gan thường tiến triển qua 2 giai đoạn

4.1.1. Giai đoạn tiềm tàng hay còn bù

- Rối loạn tiêu hoá: Ăn kém, khó tiêu, chướng bụng, đầy hơi, đi ngoài phân sống hoặc nát.

- Phù: Phù nhẹ ở cả mặt và chi, tái phát nhiều lần, có thể kèm theo đái ít.

- Đau hạ sườn phải: Đau thực sự hoặc cảm giác nặng nề hạ sườn phải.

- Da: Trứng cá mọc nhiều, da xạm lại, các vết sẹo cũng sạm lại, có sao mạch hoặc giãn mạch, lòng bàn tay đỏ. Các triệu chứng ở da là những triệu chứng rất hay gặp.

- Toàn thân: Gầy sút, mệt mỏi.

- Khám có thể thấy:

+ Vàng da, vàng mắt nhẹ hoặc đậm.

+ Gan to, chắc.

+ Lách to.

4.1.2. Giai đoạn mất bù: (Biểu hiện bởi 2 hội chứng)

- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

+ Cổ trướng: Dịch tự do trong ổ bụng, thường nhiều dịch (3 – 10 lít), dịch màu vàng chanh, Rivanta (-), Albumin < 25 gam/L.

+ Tuần hoàn bàng hệ: Xuất hiện những tĩnh mạch nổi lên ở da bụng thường xuất hiện cùng với cổ trướng.

+ Lách ngày càng to.

+ Giãn tĩnh mạch thực quản: Phát hiện bằng chụp X quang thực quản, nội soi thực quản bằng ống soi mềm.

- Hội chứng suy tế bào gan:

+ Thể trạng gầy sút, suy nhược, chán ăn, chậm tiêu, sút cân.

+ Phù, và cổ trướng.

+ Vàng da: Lúc đầu kín đáo về sau ngày càng đậm.

+ Chảy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da.

+ Thiếu máu: Niêm mạc nhợt, da xanh.

4.2. Cận lâm sàng

- Transaminase: SGOT (Serum Glutamin Oxalo Transaminase) tăng.

Bình thường: $1,31 \pm 0,38$ mmol/l.

SGPT (Serum Glutamin Pyruvic Transaminase) tăng.

Bình thường: $1,1 \pm 0,45$ mmol/l.

- Protit máu giảm, Albumin máu giảm nặng (bình thường 35-50g/lít).
- Điện di protein: Globulin tăng (bình thường 24-38g/lít), đặc biệt α Globulin tăng nhiều.

Tỷ lệ A/G < 1 (Bình thường: 1,3 – 1,8).

- Tỷ lệ prothrombin giảm (Bình thường: 80 - 100%).
- Siêu âm gan: Bờ gan không đều, gan to hoặc teo nhỏ, tĩnh mạch cửa giãn rộng đường kính > 1,2cm, bụng có dịch tự do nhiều hoặc ít.
- Soi ổ bụng: Thấy màu sắc gan thay đổi, mặt gan mất tính chất nhẵn bóng, có thể mấp mô, bờ gan sắc mỏng.

5. Tiến triển và biến chứng

- Giai đoạn còn bù tiến triển chậm trong nhiều năm, có khi hàng chục năm, vài chục năm.
- Giai đoạn mất bù nhanh hơn, thời gian ngắn hơn. Trung bình 3 – 4 năm. Tuy nhiên tiến triển nhanh hay chậm còn phụ thuộc vào nguyên nhân và biến chứng.
- Biến chứng:
 - + Chảy máu tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản.
 - + Hôn mê gan.
 - + Ung thư hoá.
 - + Nhiễm trùng.
 - + Suy kiệt.

6. Cách điều trị

- Không lao động nặng. Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có đợt tiến triển bệnh.
- Ăn tăng đạm (chỉ hạn chế đạm khi có đe dọa hôn mê gan), tăng đường và bổ sung vitamin, hạn chế mỡ, hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù và cổ trướng.
- Không được uống rượu, không dùng các thuốc hoặc hóa chất độc với gan.
- Sử dụng một số thuốc:
 - + Các vitamin B1, B6, B12, C, K liều cao.
 - + Các axit amin, nước nhân trần, actiso.
 - + Thuốc lợi tiểu: Khi có phù hoặc có cổ trướng
 - + Truyền dịch, truyền máu khi người bệnh có tỷ lệ prothrombin hạ thấp hoặc có xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Điều trị cổ trướng: Chọc tháo bớt dịch khi bụng quá căng.
- Điều trị ngoại khoa: Cắt lách, nối cửa - chủ hoặc lách - thận.

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

- Nhận định đầy đủ và chi tiết, khai thác tiền sử nhiễm virus viêm gan, uống rượu, sử dụng các thuốc gây độc cho gan.
- Phát hiện các biểu hiện lâm sàng của xơ gan và tham khảo các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó xác định xem người bệnh ở giai đoạn xơ gan còn bù hay mất bù để có kế hoạch chăm sóc thích hợp.
- Ngoài ra cần chú ý xem đã có biến chứng gì chưa để có thể chủ động xử trí và phòng ngừa.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám người bệnh, các chẩn đoán điều dưỡng chính của người bệnh xơ gan có thể bao gồm:

- Người bệnh gầy sút, ăn kém do chức năng gan suy giảm.

- Người bệnh bị cổ trướng và phù do tăng áp lực tĩnh mạch cửa và giảm áp lực keo.
- Nguy cơ biến chứng chảy máu tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Nguy cơ biến chứng hôn mê gan do suy tế bào gan.
- Người bệnh không biết cách ngăn ngừa và hạn chế sự tiến triển của bệnh do thiếu kiến thức về bệnh.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo dinh dưỡng, tăng cường chức năng gan cho người bệnh.
- Làm giảm phù và cổ trướng cho người bệnh.
- Người bệnh sẽ được dự phòng, theo dõi và xử trí kịp thời biến chứng chảy máu tiêu hóa.
- Người bệnh sẽ được dự phòng, theo dõi và xử trí kịp thời biến chứng hôn mê.
- Giáo dục sức khỏe.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Đảm bảo dinh dưỡng và tăng cường chức năng gan

- Xây dựng và cung cấp cho người bệnh chế độ ăn uống phù hợp với bệnh và giai đoạn bệnh trên nguyên tắc:
 - + Giàu calo từ 2500-3000 Kcalo/ngày.
 - + Đảm bảo đủ đạm 1,5 - 2gam/kg/ngày. Hạn chế đạm khi xơ gan mất bù (tránh nguy cơ hôn mê gan), ngừng cung cấp đạm khi có dấu hiệu não gan.
 - + Cung cấp nhiều vitamin nhóm B như B1, B2, PP và vitamin K, các acid amin đặc biệt là methionin.
 - + Hạn chế mỡ, không được uống rượu, tránh thức ăn có nhiều xơ cứng để tránh cọ sát gây vỡ tĩnh mạch thực quản.
 - + Chia khẩu phần ăn làm nhiều bữa nhỏ trong ngày, động viên người bệnh ăn hết khẩu phần.
 - Vệ sinh mũi miệng sạch sẽ đặc biệt là khi có chảy máu cam, chảy máu chân răng để đề phòng nhiễm khuẩn và tạo cảm giác ngon miệng.
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh chính xác, kịp thời:
 - + Tiêm hoặc uống Vitamin nhóm B (B1, B6, B12), K.
 - + Truyền dịch, truyền Dd Albumin theo y lệnh.
 - + Phát hiện những biểu hiện chán ăn, chậm tiêu để có biện pháp nuôi dưỡng thích hợp. Theo dõi cân nặng người bệnh hàng tuần.

7.4.2. Giảm phù và cổ trướng

- Đề người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối khi có phù và cổ trướng.
- Ăn hạn chế muối hoặc ăn nhạt hoàn toàn khi có phù và cổ trướng nhiều.
- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu (phối hợp furosemid và aldakton).
- Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ, thuốc, phụ giúp thầy thuốc chọc tháo bớt dịch cổ trướng khi cổ trướng to gây khó thở cho người bệnh. Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trước, trong và sau chọc dịch cổ trướng, lượng nước tiểu 24h, đáp ứng của người bệnh dựa trên mức độ cổ trướng và phù.
- Thực hiện các xét nghiệm dịch cổ trướng theo yêu cầu của thầy thuốc.

7.4.3. Ngăn ngừa, theo dõi, phát hiện và xử trí biến chứng chảy máu tiêu hóa

- Theo dõi sát các biểu hiện chỉ báo của xuất huyết tiêu hóa, đặc biệt là biến động mạch và số đo huyết áp.
- Động viên và hỗ trợ người bệnh tiến hành soi thực quản, cùng với bác sỹ chủ động thực hiện các thủ thuật ngăn ngừa vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi hoặc cầm máu qua nội soi.
- Theo dõi phát hiện sớm các biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa như:

- + Nôn nao, khó chịu, sôi bụng.
- + Hoa mắt chóng mặt, mạch nhanh.
- + Đại tiện phân đen.
- + Nhiều khi nôn ra nhiều máu đỏ tươi là triệu chứng đầu tiên.
- Khi có xuất huyết tiêu hóa xảy ra thì phải xử trí nhanh chóng:
- + Cho người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối, đầu thấp nghiêng về một bên.
- + Tạm ngừng cho người bệnh ăn bằng đường miệng, thay thế bằng đường tĩnh mạch.
- + Ủ ấm cho người bệnh nếu cần.
- + Phụ giúp thầy thuốc đặt Catheter và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- + Đánh giá mức độ mất máu, chuẩn bị và sẵn sàng truyền dịch, truyền máu khẩn trương theo y lệnh, theo dõi sát mạch, huyết áp với tần suất theo mức độ mất máu.
- + Phụ giúp bác sỹ đặt catheter và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- + Đặt Sonde hút hết máu còn ứ đọng trong dạ dày.
- + Rửa dạ dày bằng nước lạnh.
- + Thụt tháo phân để loại trừ nhanh chóng máu đã xuống ruột ra ngoài khi cần thiết.

7.4.4. Ngăn ngừa, theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng hôn mê gan

- Theo dõi phát hiện sớm ngừng thay đổi bất thường về tinh thần và tri giác của người bệnh:
- + Giấc ngủ không yên, kích động bồn chồn, ngủ nhiều về ban ngày.
- + Rối loạn tính tình có thể đang vui rồi lại buồn bã thờ ơ. Rối loạn về trí nhớ, mất định hướng về thời gian và không gian, mất khả năng tập trung tư tưởng.
- + Rối loạn trương lực cơ: Bàn tay run, đi lại và viết khó khăn, có dấu hiệu flapping tremor (đặt 2 cẳng tay thẳng góc với cánh tay và mặt giường sẽ thấy 2 bàn tay run, giật nhanh và không đều)
- + Hơi thở có mùi hăng đặc biệt như mùi quả thối.
- Khi phát hiện ra các dấu hiệu này người điều dưỡng phải báo cáo ngay với thầy thuốc để có biện pháp xử trí kịp thời:
- + Chống phù não, đảm bảo thông khí và duy trì tuần hoàn.
- + Dùng lactulose (Duphalac) 20 – 40 gam/24h gây ỉa lỏng để đào thải NH₃, giảm liều khi phân lỏng nhiều, hoặc thụt tháo phân 1 – 2 lần/ngày.
- + Dùng kháng sinh đường ruột Neomycin, Klion, Ciprobay đường uống
- + Truyền acid amin phân nhánh Morihepamin, Cavaplasma-Hepa.
- + Truyền các thuốc giúp trung hòa NH₃ như Ornicetin 10 – 20 gam/ngày, Hepamerz 10 – 20 gam/ngày.

7.4.5. Giáo dục sức khỏe

- Tránh lao động nặng. Nghỉ ngơi hoàn toàn khi bệnh tiến triển.
- Tuyệt đối không được uống rượu, thận trọng khi sử dụng thuốc gây độc với gan.
- Chế độ ăn hạn chế mỡ, tăng đường, đạm, vitamin, hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù.
- Điều trị triệt để các nhiễm khuẩn.
- Theo dõi sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở.

7.5 Đánh giá

Chăm sóc người bệnh xơ gan được coi là có hiệu quả khi:

7.5.1. Người bệnh được đảm bảo dinh dưỡng và tăng cường chức năng gan

- Dựa vào: Người bệnh ăn uống ngon miệng, chế độ ăn phù hợp với bệnh, không sút cân, giảm và hết mệt mỏi

7.5.2. Người bệnh giảm phù và cổ trướng

- Dựa vào: Đánh giá mức độ phù, người bệnh ăn hạn chế muối, vàng da không còn.

7.4.3. *Người bệnh được dự phòng, theo dõi và xử trí kịp thời biến chứng chảy máu tiêu hóa.*

- Dựa vào: Không dễ xảy ra biến chứng đột ngột, khi có biến chứng được xử trí kịp thời

7.5.4. *Người bệnh được dự phòng, theo dõi và xử trí kịp thời biến chứng hôn mê.*

- Dựa vào: Giấc ngủ tốt, không bị kích động...

7.5.5. *Người bệnh hiểu về bệnh và tuân thủ chế độ điều trị*

- Dựa vào: Người bệnh yên tâm thoải mái khi nằm viện và có sự hiểu biết nhất định về bệnh, hạn chế được tiến triển của bệnh khi về nhà.

LUỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Những biểu hiện lâm sàng sớm nhất của xơ gan giai đoạn còn bù là

- A. chướng bụng, đầy hơi, ỉa lỏng
- B. mệt mỏi, chán ăn, sợ mỡ.
- C. chảy máu chân răng, chảy máu cam.
- D. tuần hoàn bàng hệ trên da bụng.

2. Trong các biến chứng sau của xơ gan, biến chứng hay gặp và dễ gây tử vong nhanh chóng nhất

- A. chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản
- B. hôn mê gan
- C. ung thư gan
- D. nhiễm trùng và suy kiệt.

3. Nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan ở nước ta là

- A. virút viêm gan A và B
- B. virút viêm gan A và C
- C. virút viêm gan B và C
- D. virút viêm gan B và E

4. Trong xơ gan giai đoạn mất bù, thời gian kéo dài trung bình từ

- A. 1 – 2 năm
- B. 2 – 3 năm
- C. 3 – 4 năm
- D. 4 – 5 năm

5. Người bệnh xơ gan giai đoạn mất bù cần ăn

- A. tăng đạm
- B. tăng lipid
- C. tăng protid
- D. tăng đường

BÀI 9

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐẠI TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày và phân tích được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và cách điều trị người bệnh viêm đại tràng.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm đại tràng.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Viêm đại tràng mạn là danh từ chung dùng để chỉ những bệnh có tổn thương viêm mạn tính, thật sự của một đoạn hay toàn bộ đại tràng, trừ các tổn thương gây ra do các khối u, ung thư hoặc lao đại tràng.

2. Nguyên nhân

Viêm đại tràng mạn có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau hoặc nhiều khi không rõ nguyên nhân, những nguyên nhân thường gặp bao gồm:

- Do nhiễm trùng:

+ Ký sinh trùng: *Ly amip* (thường gặp), nấm *candida*

+ Vi khuẩn: *E.coli*, *Clostridium sp*

+ Virus: *Herpes simplex*, *Cytomegalovirus*

- Không do nhiễm trùng:

+ Bệnh Crohn

+ Do xạ trị vùng chậu

+ Do thiếu máu

- Viêm loét đại trực tràng chảy máu vô căn: Không tìm thấy nguyên nhân như vi khuẩn, ký sinh trùng, vi khuẩn, có thể liên quan đến những rối loạn miễn dịch và xảy ra trên những người bị stress nặng. Người bệnh thường có đau quặn bụng từng cơn, cảm giác mắc cầu cấp thiết, phân nhầy máu kèm sốt, sụt cân. Ngoài ra còn có những triệu chứng đau do viêm các khớp hoặc viêm đốt sống. Bệnh có thể diễn biến thủng ruột hoặc phình đại tràng và ung thư hóa.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có các biểu hiện khác nhau, nhưng thường có hai biểu hiện là đau bụng và rối loạn phân với những đặc điểm như sau:

- Đau bụng:

+ Đau bụng có thể âm ỉ hoặc đau quặn từng cơn.

- + Đau ở vị trí nhất định của đại tràng hoặc dọc theo khung đại tràng.
- Rối loạn phân:
 - + Đại tiện phân lỏng, có nhầy hoặc lẫn máu, nhiều lần trong ngày.
 - + Có khi đại tiện táo bón, xung quanh phân có bao bọc lớp nhầy.
 - + Có khi đại tiện phân lỏng xen kẽ với phân táo bón.
- Khám bụng: Thường không có dấu hiệu gì đặc biệt, đôi khi có thể thấy bụng chướng nhẹ, có tiếng óc ách, đau, sờ thấy căng ở đại tràng sigma hoặc manh tràng.
- Toàn trạng: Có thể gầy sút nhẹ, trong bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu gây sút cân rõ rệt, thiếu máu, đôi khi có phù do thiếu dưỡng.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm phân: Có máu, mủ, chất nhầy, đặc biệt có albumin hòa tan có giá trị phản ánh tình trạng viêm của niêm mạc đại tràng.
- Nội soi đại trực tràng: Đóng vai trò quan trọng giúp khẳng định tình trạng viêm của đại tràng với các biểu hiện đỏ, xung huyết, dễ chảy máu hoặc có những ổ loét và các tổn thương khác của đại tràng. Qua nội soi tiến hành sinh thiết để chẩn đoán xác định tổn thương đại tràng.
- Chụp X quang khung đại tràng có cản quang: Không đặc hiệu, có thể thấy các rối loạn vận động của đại tràng, hình ảnh chông đĩa do tăng co, bề mặt niêm mạc không rõ nét, hình ruột bánh mì...

4. Biến chứng

- Tùy thuộc nguyên nhân gây viêm đại tràng mạn
- Ly amip có thể gây áp xe gan amip
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu có thể gây thiếu máu, suy kiệt cơ thể, ung thư hóa

5. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân để sử dụng các thuốc thích hợp:
- + Ly amip: Dùng các thuốc diệt amip như Metronidazole đợt cấp, Intetrix cho ly amip mạn.
- + Kháng sinh đường ruột tùy theo vi khuẩn gây bệnh, thuốc trị nấm.
- Điều trị triệu chứng: Giảm đau, giảm co thắt đại tràng, chống ỉa lỏng, chống táo bón.
- Chế độ ăn: Ăn uống đủ chất dinh dưỡng và đảm bảo vệ sinh, không kiêng khem sai lầm, tránh các thức ăn nhuận tràng khi ỉa lỏng, tránh các thức ăn gây kích thích vận động đại tràng như thịt nguội, đồ hộp, gia vị cay nóng, các thức ăn dễ lên men.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định

*** Hỏi bệnh:**

- Đau bụng từ khi nào? Đau âm ỉ hay đau quặn từng cơn?
- Vị trí đau? Yếu tố nào làm tăng đau?
- Đại tiện ngày mấy lần? Phân lỏng hay phân táo? Có lẫn nhầy? Máu?
- Chế độ ăn như thế nào?
- Có bị stress hay không?
- Giấc ngủ?
- Tiền sử bệnh?
- Lo lắng hiện tại?
- Hoàn cảnh kinh tế?

*** Khám:**

- Thể trạng?
- Vị trí đau?

- Khám bụng: Có chướng không? Có tiếng óc ách hay không?
- Sờ đại tràng sigma hoặc manh tràng có căng không?
- * Tham khảo kết quả cận lâm sàng:
 - Nội soi đại trực tràng.
 - Chụp X quang khung đại tràng có cản quang.
 - Xét nghiệm phân.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Đau và chướng bụng do tăng co thắt đại tràng.
- Rối loạn đại tiện và phân do viêm hoặc tăng tính nhạy cảm của ruột.
- Lo lắng do tình trạng bệnh kéo dài.
- Thiếu kiến thức tự chăm sóc khi bị bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Người bệnh sẽ giảm và hết đau bụng.
- Người bệnh sẽ giảm và hết rối loạn đại tiện phân.
- Người bệnh bớt lo lắng về bệnh.
- Người bệnh biết tự chăm sóc khi bị bệnh.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.4.1. Làm giảm và hết đau bụng cho người bệnh

- Hướng dẫn người bệnh nằm nghỉ hoặc ngồi nghỉ ở tư thế thích hợp (tư thế mà người bệnh cảm thấy đỡ đau)
- Uống nước ấm và chườm ấm có tác dụng giảm đau.
- Thực hiện một số thuốc đã chỉ định tùy từng người bệnh như:
 - + Thuốc giảm co thắt cơ trơn đường tiêu hóa cho trường hợp tăng co thắt đại tràng.
 - + Thuốc nhuận tràng với trường hợp táo bón, giảm vận động đại tràng.
 - + Thuốc điều trị nguyên nhân gây viêm đại tràng: Diệt amip đối với ly amip, kháng sinh đối với nhiễm vi khuẩn đường ruột.

6.4.2. Làm giảm và hết rối loạn đại tiện phân

- Dẫn người bệnh tránh các thức ăn, đồ uống gây kích thích đường tiêu hóa như thức ăn lên men, thức ăn chế biến sẵn, chất béo, đồ uống có ga.
- Điều chỉnh thời gian và số lượng thức ăn cho một bữa phù hợp, tránh thức ăn khó tiêu, không ăn quá nhiều một bữa.
- Đối với người bệnh ỉa lỏng, hướng dẫn người bệnh sử dụng một số thuốc có tác dụng làm khô phân và hấp thụ chất độc đường tiêu hóa với trường hợp ỉa lỏng như smecta, actapulgate.
- Với người bệnh táo bón cần hướng dẫn người bệnh các biện pháp chống táo bón như: Uống nhiều nước, xoa day bụng dọc khung đại tràng, tôn trọng việc đi đại tiện đúng giờ...

6.4.3. Làm lo lắng cho người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hiểu các rối loạn tiêu hóa là lành tính và có thể điều chỉnh được.
- Hướng dẫn người bệnh một số biện pháp thư giãn, một số bài tập thể dục có tác dụng giảm lo lắng.
- Thuyết phục người bệnh có chế độ lao động, nghỉ ngơi và sinh hoạt phù hợp, giảm bớt hoặc tạm dừng các công việc gây căng thẳng tâm lý.

6.4.4. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hiểu để giảm các khó chịu của bệnh thì chính người bệnh đóng vai trò quan trọng.

- Phân tích và giải thích cho người bệnh những yếu tố gây thúc đẩy bệnh như lo âu, căng thẳng thần kinh, thức ăn, đồ uống bất lợi đường tiêu hóa..
- Thuyết phục người bệnh duy trì chế độ ăn uống phù hợp với bệnh
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ kịp thời điều trị những tổn thương ở đường tiêu hóa.

6.5. Đánh giá

Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi

- 6.5.1. *Người bệnh giảm và hết đau bụng.*
- 6.5.2. *Người bệnh sẽ giảm và hết rối loạn phân.*
- 6.5.3. *Người bệnh bớt lo lắng về bệnh.*
- 6.5.4. *Người bệnh biết tự chăm sóc khi bị bệnh*

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Trong các nguyên nhân dưới đây, nguyên nhân không phải của viêm đại tràng là
 - A. virus Herpes simplex
 - B. virus Cytomegalovirus
 - C. vi khuẩn E.coli
 - D. vi khuẩn Helicobacter pylori
2. Trong các triệu chứng dưới đây, triệu chứng không phải của viêm đại tràng là
 - A. nôn
 - B. đau bụng quặn từng cơn dọc theo khung đại tràng
 - C. rối loạn đại tiện phân
 - D. gầy sút cân
3. Trong các triệu chứng dưới đây, triệu chứng không phải của viêm đại tràng là
 - A. đại tiện phân lỏng, lẫn máu
 - B. đại tiện phân sền sệt, có màu hoa cà hoa cải
 - C. đại tiện táo bón
 - D. đại tiện phân lỏng xen kẽ táo bón
4. Để chẩn đoán xác định viêm đại tràng cần
 - A. xét nghiệm phân
 - B. nội soi đại trực tràng
 - C. chụp X quang khung đại tràng có cản quang
 - D. siêu âm đại tràng
5. Trong các biện pháp chăm sóc dưới đây, biện pháp chăm sóc có tác dụng làm giảm và hết rối loạn đại tiện phân cho người bệnh viêm đại tràng là
 - A. nằm nghỉ hoặc ngồi nghỉ ở tư thế thích hợp
 - B. uống nước ấm và chườm ấm
 - C. dặn người bệnh tránh các thức ăn chế biến sẵn, chất béo, đồ uống có ga.
 - D. động viên người bệnh

BÀI 10

NHẬN ĐỊNH NGƯỜI MẮC BỆNH HỆ TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những nội dung cần nhận định với người mắc bệnh lý ở hệ tiết niệu*
- 2. Giải thích được các triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp trong bệnh lý hệ tiết niệu.*
- 3. Áp dụng được những kiến thức trong bài vào nhận định chăm sóc người mắc bệnh ở hệ tiết niệu.*

NỘI DUNG

1. Nhắc lại giải phẫu của hệ thống tiết niệu

1.1. Đại thể

Hệ tiết niệu gồm 2 thận, 2 niệu quản, bàng quang, niệu đạo.

1.2. Vi thể

- Thận gồm vỏ thận và tủy thận.
- Hệ thống thu gom nước tiểu: Đai thận đổ vào bể thận.
- Mỗi thận chứa 1 triệu đơn vị chức năng (Nephron) gọi là tiểu thận.
- Tiểu thận gồm: Cầu thận, ống thận, ống lượn gần, quai Henle, ống lượn xa, ống góp.
- Cả 2 thận mỗi phút nhận khoảng 20-25% cung lượng máu từ tim ra.

1.3. Chức năng chính của thận

- Lọc máu qua cầu thận.
- Tái hấp thụ và bài tiết ở ống thận.
- Điều hoà nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Sản xuất nội tiết tố tham gia quá trình tạo hồng cầu.
- Thận giúp hoạt hoá Vitamin D.

Các quá trình bệnh lý ở bể thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo sẽ ảnh hưởng đến quá trình sinh sản hồng cầu và điều hoà huyết áp, do đó gây ra thiếu máu và phần lớn làm tăng huyết áp động mạch.

2. Nhận định người mắc bệnh hệ tiết niệu

2.1. Triệu chứng cơ năng

2.1.1. Đau

- Đau trong bệnh thận – tiết niệu thường là do:

+ Tăng áp lực trong đường dẫn niệu trên do tắc nghẽn hoặc do nước tiểu phụt ngược bàng quang – niệu quản.

+ Viêm tấy quanh thận, áp xe thận, thận ứ mủ.

+ Tổn thương ở bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt.

* *Cơn đau quặn thận*: Thường do tắc nghẽn đường dẫn niệu, đa số là do sỏi niệu quản. - Khởi phát: Đột ngột, thường gặp một bên

- Vị trí ở hông, lưng, hạ sườn, hố chậu.

- Hướng lan xuống dọc đường đi của niệu quản lan đến bộ phận sinh dục.

- Cường độ đau: Tăng dần, có khi rất dữ dội. Người bệnh bị kích thích vật vã cố tìm một tư thế để giảm đau. Biểu hiện tính chất cấp tính kéo dài 5 – 10 phút nhưng cũng có thể kéo dài hàng tiếng, thậm chí có khi đến 4 – 5 tiếng.

- Triệu chứng kèm theo thường là đái buốt, đái rắt, đái máu, chướng bụng, buồn nôn, sốt cao, vô niệu...

* *Đau hố sườn lưng*: Thường là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ, sỏi đài bể thận, viêm thận bể thận, viêm tấy quanh thận.

- Vị trí: Đau vùng hố sườn lưng hoặc vùng hông lưng.

- Tính chất: Đau dữ dội cấp tính trong trường hợp bị ứ nước cấp tính, giãn đài bể thận, viêm tấy quanh thận, vỡ hố lưng đau nhói. Đau tức âm ỉ, cảm giác tức nặng liên tục, vỡ hố lưng đau tức là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ đã lâu ngày sỏi đài bể thận, viêm thận bể thận mạn.

- Hướng lan: Có thể lan xuống dưới hoặc không lan.

- Triệu chứng kèm theo thường là sốt cao, rét run...

* *Đau bàng quang*: Thường kèm theo đái buốt, đái rắt là biểu hiện của viêm bàng quang hay do kích thích của sỏi.

- Vị trí: Đau rát vùng hạ vị, trên xương mu, lan xuống niệu đạo, vùng hậu môn.

- Tính chất:

+ Đau dữ dội cấp tính, kèm theo mót đái, đái rắt, đái buốt, đái xong vẫn không hết đau. Người bệnh đau có khi phát khóc có thể là do nhiễm khuẩn cấp tính hoặc do sỏi bàng quang – niệu đạo.

+ Đau tức âm ỉ, cảm giác tức nặng vùng hạ vị, đau kéo dài, lan xuống bộ phận sinh dục, kèm theo đái buốt, đái rắt kéo dài. Nguyên nhân thường do viêm bàng quang mạn, có những đợt cấp, tái phát nhiều lần.

* *Đau tuyến tiền liệt*:

Đau nhiều vùng quanh hậu môn, đau lan ra niệu đạo và hai mắt trong đùi, đau thường kèm cảm giác căng tức, đái nhỏ giọt, đái khó tia bé, thường do u hoặc viêm tuyến tiền liệt.

2.1.2. Đái ít, vô niệu.

- Đái ít khi lượng nước tiểu dưới 500ml/ 24h hoặc dưới 20ml/h.

- Khi lượng nước tiểu dưới 100ml/ 24h là vô niệu hoàn toàn hoặc dưới 10ml/h.

- Các nguyên nhân gây giảm mức lọc cầu thận như viêm cầu thận cấp, ngộ độc cấp, gây viêm ống thận cấp, sỏi thận - niệu quản... gây ra đái ít, vô niệu.

2.1.3. Bí đái

- Là hiện tượng người bệnh mót đái nhưng không đái được, nước tiểu có nhiều ở bàng quang không tống ra ngoài được.

- Nguyên nhân:

+ Hẹp niệu đạo do dị dạng.

+ Sỏi bàng quang, niệu đạo.

+ Viêm hoặc ung thư tuyến tiền liệt ở nam, khối u cổ tử cung hoặc tử cung ở nữ.

+ Chấn thương cột sống, lao cột sống, viêm não, viêm hoặc u tủy sống.

2.1.4. Vô niệu

- Là hiện tượng sau 1 ngày hoặc vài ngày người bệnh không tiểu được, đặt sonde bàng quang không có nước tiểu hoặc có nước tiểu rất ít khoảng dưới 100 ml/24h.

- Nguyên nhân:

- + Sỏi thận làm tắc niệu quản.
- + Viêm ống thận cấp do ngộ độc, truyền nhầm nhóm máu.
- + Suy thận cấp, suy thận mạn.
- + Trụy tim mạch, suy tim nặng.

2.1.5. Đái dắt

- Là tình trạng đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần đái lượng nước tiểu rất ít, chỉ được vài ml hoặc vài giọt. Đái xong một lát lại mót đái ngay nhưng có khi chẳng được giọt nước tiểu nào.

- Nguyên nhân:

- + Viêm bàng quang do sỏi, vi khuẩn.
- + Viêm tuyến tiền liệt ở nam giới.

2.1.6. Đái buốt

- Đái buốt là đái buốt trước lúc đái, trong lúc đái hoặc sau lúc đái, đái có cảm giác, nóng rát, thường tăng lên vào cuối bãi. Đái buốt khởi phát thường kèm theo đái rắt.

- Nguyên nhân:

- + Viêm niệu đạo, viêm bàng quang.
- + Sỏi bàng quang, niệu đạo.
- + Viêm hoặc u tuyến tiền liệt.

2.1.7. Đái ra máu

- Là trong nước tiểu có hồng cầu còn gọi là hồng cầu niệu. Đái máu được chia ra: Đái máu đại thể và đái máu vi thể.

+ Đái máu đại thể khi hồng cầu trong nước tiểu nhiều, nước tiểu có màu đỏ tươi hay sẫm, để lâu có lắng cặn hồng cầu.

+ Đái máu vi thể khi số lượng hồng cầu trong nước tiểu còn ít chưa làm thay đổi màu sắc của nước tiểu, phải ly tâm mới thấy cặn hồng cầu hay soi lên kính hiển vi mới thấy.

- Nguyên nhân:

- + Niệu đạo: Chấn thương niệu đạo ở tư thế ngồi.
- + Bàng quang: Viêm, sỏi, ung thư bàng quang.
- + Thận: Sỏi, lao, ung thư thận, thận đa nang.
- + Các bệnh về máu: Suy tủy, bạch cầu cấp tính .

2.1.8. Đái ra mủ

- Là hiện tượng có mủ trong nước tiểu (mủ là bạch cầu đa nhân thoái hoá). Đái mủ có khi mắt thường cũng cảm nhận được, nước tiểu màu của mủ, để lâu lắng cặn mủ dính vào đáy ống nghiệm hoặc đáy bô, nếu ít thì nước tiểu đục trắng có dây mủ lớn vón, hạt mủ lấm tấm, ít hơn thì chỉ thấy khi soi lên kính hiển vi. Đái mủ thường đi kèm với đái máu.

- Nguyên nhân:

- + Viêm niệu đạo bàng quang.
- + Viêm mủ đài bể thận.

2.1.9. Đái Hemoglobin

Đái Hemoglobin là huyết cầu tố hay còn gọi là Hemoglobin niệu, bình thường trong nước tiểu không có Hemoglobin, khi trong nước tiểu có Hemoglobin gọi là đái Hemoglobin. Nguyên nhân gây Hemoglobin niệu có nhiều: Sốt rét nặng là do độc tố vi

khuẩn làm vỡ hồng cầu, nhiễm độc arsen, nọc độc rắn, truyền nhầm nhóm máu dẫn đến vỡ hồng cầu.

2.2. Khai thác các thông tin khác về người bệnh

Việc khai thác có thể trực tiếp từ người bệnh và/hoặc từ người thân của họ, nhằm thu được những thông tin về:

2.2.1. Bệnh sử

- Thời điểm khởi phát?
- Hoàn cảnh khởi phát?

2.2.2. Tiền sử

Những bệnh tật đã mắc; quá trình theo dõi và điều trị, có được điều trị đúng cách hay không...?

2.2.3. Các yếu tố nguy cơ

- Là những yếu tố dễ làm cho bệnh phát sinh, phát triển, những yếu tố làm nặng thêm bệnh đã mắc.
- Ngoài ra cần khai thác cả những chi tiết cá nhân có ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và phòng bệnh như:
 - + Trình độ học vấn
 - + Hoàn cảnh kinh tế
 - + Môi trường sống và làm việc
 - + Văn hóa tín ngưỡng
 - + Sự quan tâm của gia đình và những người xung quanh đối với người bệnh

3. Nhận định thực thể

3.1. Nhận định toàn trạng

Chú ý phát hiện các dấu hiệu:

- Sốt cao, rét run thường gặp trong viêm bể thận cấp tính.
- Thiếu máu: Da xanh niêm mạc nhợt, bàn tay và móng tay mất màu hồng là các biểu hiện của thiếu máu. Thiếu máu là do giảm bài tiết erythropoiein.
- Phù: Phù là một trong những triệu chứng đặc trưng của bệnh cầu thận. Đặc điểm phù mềm, phù trắng, ấn lõm, thường xuất hiện ở mi mắt, ở mắt rồi xuống chi dưới và toàn thân. Phù có thể kèm tràn dịch màng phổi, cổ trướng, có thể gây phù phổi cấp.
- Phù là do bệnh của thận làm cho quá trình lọc ở cầu thận giảm, cơ thể giữ muối và nước gây phù, mức lọc ở cầu thận giảm, làm giảm lượng nước tiểu (đái ít), tăng huyết áp. Phù còn do đái ra protein làm giảm áp xuất keo của máu, diễn hình gập trong hội chứng thận hư.
- Tăng huyết áp: Trên 80% người bị bệnh cầu thận tăng huyết áp.

3.2. Khám thực thể

3.2.1. Thận

- Quan sát: Ổ hố thắt lưng xem có sưng, đỏ không, có thấy khối u gồ lên không? Nếu có khối u bảo người bệnh hít vào và thở ra sâu xem sự di động của các xương sườn cuối và sự di động của khối u
- Sờ nắn: (nhằm phát hiện thận to)
 - + Tư thế người bệnh: Cho người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thầy thuốc ngồi bên phải hay bên trái người bệnh tùy theo khám thận phải hay thận trái. Người bệnh thở đều, bụng mềm.
 - + Dùng một hoặc cả 2 bàn tay ấn thật sâu về phía sau để tìm khối u ở sâu.
 - + Tìm dấu hiệu chạm thắt lưng (chạm thận): Dùng 1 bàn tay đặt phía sau vùng hố thắt lưng, còn bàn tay kia ở trên bụng và ấn lên khối u, nếu thận to sẽ có cảm giác chắc chắc ở bàn tay. Dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán thận to.

+ Dấu hiệu bập bênh thân: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, một tay đặt phía hố thắt lưng, một tay để lên bụng vùng mạng sườn. Tay trên để yên, tay dưới dùng các ngón tay ấn và hất mạnh lên, rồi ngược lại. Tay dưới để yên, tay trên dùng đầu ngón tay đẩy xuống, làm khi bệnh nhân thở ra. Khi thân to tay trên có cảm giác như có một cục đá chạm vào rồi mất đi.

+ Khám tư thế nằm nghiêng: Người bệnh nằm nghiêng, một chân duỗi, một chân co, muốn khám thận bên nào thì nằm nghiêng bên đối diện. Thầy thuốc ngồi phía sau lưng người bệnh dùng một tay đặt hố thắt lưng, một tay đặt phía bụng khi người bệnh hít vào sâu, thận được đẩy xuống ta có thể gián tiếp sờ thấy thận.

3.2.2. Khám các điểm niệu quản

Đau các điểm niệu quản thường thấy trong sỏi niệu quản.

- Điểm niệu quản trên (Điểm cạnh rốn): Kẻ một đường ngang qua rốn gấp bờ ngoài cơ thẳng to đó là 2 điểm niệu quản trên.

- Điểm niệu quản giữa: Kẻ ngang qua 2 gai chậu trước trên chia 3 phần, đoạn 1/3 giữa tương ứng với L4 - L5 là 2 điểm niệu giữa .

- Điểm niệu quản dưới: Thăm khám trực tràng hay âm đạo mới thấy.

- Phía sau có các điểm:

+ Điểm sườn lưng: Điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn XII và bờ ngoài khối cơ lưng to.

+ Điểm sườn cột sống: Góc xương sườn XII và cột sống.

3.3.3. Khám bàng quang

- Bình thường không có cầu bàng quang, nên khám không thấy bàng quang.

- Bệnh lý: Khi ứ nước tiểu ở bàng quang, khám thấy cầu bàng quang.

- Nhìn nếu có cầu bàng quang: Nhìn ở hạ vị nổi lên một khối u tròn nhỏ bằng quả cam, to lên tận rốn.

- Sờ: Khối u rất tròn có cảm giác căng không di động.

- Gõ: Đục

- Thông đái ra nhiều nước tiểu, sau thông đái thì hết cầu bàng quang.

3.3.4. Khám niệu đạo

Xem có tấy đỏ hoặc có mủ ở lỗ niệu đạo không.

3.3.5. Khám tuyến tiền liệt

- Thăm trực tràng: Cho người bệnh nằm ngửa, cho ngón tay vào trực tràng theo hướng lên trên khoảng 12 giờ. Nếu người bệnh nằm sấp chông mông ta quay ngón tay xuống phía dưới 6 giờ, thì có cảm giác chạm vào một khối nhỏ hơi lồi lên mặt trên của trực tràng đó là tuyến tiền liệt.

- Bình thường tuyến tiền liệt nhỏ gồm 2 thùy, nằm ở cổ bàng quang ôm lấy niệu đạo.

- Nếu là ung thư tuyến tiền liệt, thăm trực tràng thấy to, cứng, ấn đau, sờ thấy nhân, nếu viêm sờ thấy mềm và rất đau.

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Đái ít là khi lượng nước tiểu dưới

- A. 300 ml/24h.
- B. 400 ml/24h
- C. 500 ml/24h
- D. 600 ml/24h

2. Vô niệu là khi lượng nước tiểu trong 24 giờ dưới

- A. 100 ml

- B. 150 ml
 - C. 200 ml
 - D. 250 ml
3. Tỷ lệ số người bị bệnh cầu thận có tăng huyết áp là
- A. 60 %
 - B. 70 %
 - C. 80 %
 - D. 90%
4. Triệu chứng đặc trưng nhất trong bệnh cầu thận là
- A. sốt cao
 - B. thiếu máu
 - C. đau
 - D. phù
5. Một trong những nguyên nhân gây vô niệu ở nam giới là
- A. viêm ống thận cấp do ngộ độc
 - B. viêm bàng quang
 - C. viêm niệu đạo
 - D. viêm tuyến tiền liệt

BÀI 11

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN

MỤC TIÊU

1. Trình bày và phân tích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, phương pháp điều trị suy thận cấp và mạn tính.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh suy thận.

NỘI DUNG

1. Suy thận cấp

1.1. Đại cương

Suy thận cấp là một hội chứng lâm sàng thường gặp trong các khoa hồi sức cấp cứu và chống độc, chiếm từ 1-5% tổng số người bệnh vào viện, khoảng 1-25 % người bệnh nằm ở các khoa hồi sức có biểu hiện suy thận cấp, trong số đó 30-70% cần được chỉ định các biện pháp điều trị thay thế thận.

1.2. Định nghĩa

Suy thận cấp là tình trạng giảm mức lọc cầu thận đột ngột, xuất hiện trong vòng từ vài giờ đến vài ngày do các nguyên nhân cấp tính gây ra.

1.3. Nguyên nhân suy thận cấp

Về mặt nguyên nhân suy thận cấp được chia thành 3 nhóm

1.3.1. Suy thận cấp trước thận

- Các nguyên nhân gây sốc giảm thể tích tuần hoàn (mất máu, mất nước, mất huyết tương), sốc tim, sốc nhiễm khuẩn, sốc quá mẫn.

- Các nguyên nhân gây giảm khối lượng tuần hoàn: Giảm áp lực keo trong hội chứng thận hư, xơ gan mất bù, thiếu dưỡng nặng.

1.3.2. Suy thận cấp tại thận

- Hoại tử ống thận do thuốc, hóa chất độc với thận, tan máu cấp, tiêu cơ vân cấp, ngộ độc mật cá trắm, thiếu tưới máu thận kéo dài trong sốc.

- Viêm thận kẽ cấp tính do nhiễm trùng, viêm thận – bể thận cấp.

- Các bệnh lý cầu thận cấp nguyên phát hoặc thứ phát.

- Bệnh lý mạch máu thận: Tắc mạch thận, Cryoglobulin huyết...

1.3.3. Suy thận cấp sau thận

- Tắc trong lòng ống thận: Axít uric, canci oxalat, acyclovir, methotrexate, protein Bence Jone.

- Tắc nghẽn tại thận: Cục máu đông, sỏi, hoại tử nhú.

- Tắc đường dẫn niệu dưới: Sỏi niệu quản, do chèn ép từ ngoài vào ví dụ u sau phúc mạc, u tử cung, u xơ tiền liệt tuyến, u niệu đạo, bàng quang...

- Tắc đường dẫn niệu thấp: Co thắt niệu đạo, bệnh lý tuyến tiền liệt, khối u bàng quang.

1.4. Triệu chứng

1.4.1. Lâm sàng

Bệnh tiến triển qua 4 giai đoạn

* *Giai đoạn 1 (giai đoạn khởi đầu):*

- Là giai đoạn tấn công của tác nhân gây suy thận cấp, khoảng 1- 2 ngày với các biểu hiện của tình trạng bệnh lý nguyên nhân gây suy thận cấp và một số biểu hiện khác

như mệt, buồn nôn, nôn, ỉa chảy, đau bụng, khó thở, đau ngực.... Ở giai đoạn này điều trị kịp thời và đúng có thể tránh tiến triển sang giai đoạn 2.

* *Giai đoạn 2 (giai đoạn thiếu niệu – vô niệu)*: Giai đoạn toàn phát với các triệu chứng nặng và các biến chứng có thể tử vong.

- Xuất hiện đái ít và vô niệu kéo dài từ vài ngày đến vài tuần, trung bình sau 7-14 ngày người bệnh sẽ có nước tiểu trở lại.

- Mệt xui, hôn mê, nôn, ỉa chảy.

- Đồng thời có triệu chứng thừa dịch như phù, phù phổi, suy tim ứ huyết do thừa dịch.

- Thở nhanh do rối loạn chuyển hóa

- Rối loạn nhịp tim thường do tăng Kali máu.

* *Giai đoạn 3 (giai đoạn đái nhiều trở lại)*

- Có lại nước tiểu, từ vô niệu bắt đầu có nước tiểu 200-300 ml/24giờ, từ thiếu niệu số lượng nước tiểu tăng dần và có thể đái 4-5lít/24giờ.

- Các nguy cơ có thể gặp trong giai đoạn này: Người bệnh có thể mất nước do đái nhiều, vãn tăng urê, kali máu, dẫn đến rối loạn điện giải.

* *Giai đoạn 4 (giai đoạn hồi phục)*:

- Tuỳ theo nguyên nhân, trung bình khoảng 4 tuần, các thông số chức năng thận trở về giới hạn bình thường sau vài tháng.

1.4.2. Cận lâm sàng

* *Xét nghiệm máu*

- Nồng độ creatinin huyết tương tăng

- Nồng độ ure huyết tương tăng

- Điện giải đồ máu: Kali máu tăng

- Khí máu động mạch: pH, HCO₃, dự trữ kiềm.

- Điện tâm đồ

* *Xét nghiệm nước tiểu.*

- Xét nghiệm protein, điện giải, ure, creatinin niệu, áp lực thẩm thấu niệu.

- Xét nghiệm tế bào nước tiểu: Có nhiều hồng cầu, trụ hồng cầu gợi ý nguyên nhân viêm tiểu cầu thận, viêm mạch thận.

* *Các xét nghiệm khác*: Giúp tìm nguyên nhân

1.5. Các nguy cơ biến chứng

- Toan chuyển hóa

- Phù phổi cấp

- Rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim do tăng kali máu

- Hôn mê, co giật.

1.6. Điều trị

1.6.1. Nguyên tắc

- Loại bỏ hoặc giải quyết nhanh chóng nguyên nhân hoặc tình trạng bệnh theo nguyên nhân gây suy thận cấp

+ Phục hồi số lượng nước tiểu.

+ Điều trị triệu chứng theo giai đoạn bệnh.

+ Lọc máu ngoài thận đúng lúc.

1.6.2. Điều trị cụ thể (theo giai đoạn của suy thận cấp)

- Giai đoạn tấn công của các tác nhân gây suy thận cấp

+ Bù đủ nhanh chóng khối lượng tuần hoàn trong các trường hợp sốc giảm thể tích tuần hoàn.

+ Ngăn chặn, loại bỏ chất độc như rửa dạ dày trong vòng 6 giờ đầu với ngộ độc mật cá trắm....

- + Loại bỏ các tắc nghẽn đường niệu (lấy sỏi, u)
- Giai đoạn đái ít, vô niệu:
- + Đảm bảo cân bằng dịch:
 - . Với người vô niệu, đái ít đã có phù phải duy trì cân bằng âm (lượng dịch vào ít hơn lượng nước tiểu)
 - . Dùng lợi tiểu quai (furosemid đường tiêm, kéo dài 4 giờ); liều khởi đầu 40 – 80 mg (1-2 ống), liều tối đa không quá 1000 mg (25 ống), khi người bệnh đái được phải dùng lợi tiểu tránh người bệnh đái nhiều.
- + Điều trị tăng kali máu và các rối loạn điện giải khác:
 - . Hạn chế kali và muối đưa vào cơ thể từ mọi nguồn.
 - . Loại bỏ các ổ hoại tử, nhiễm trùng.
 - . Dùng thuốc có tác dụng làm giảm nồng độ kali máu.
 - . Uống hoặc thụt tháo Resincalcio qua đường tiêu hóa.
- + Hạn chế tăng nitor phi protein máu: Ăn giảm đạm, loại bỏ nhiễm khuẩn.
- + Lọc máu cấp khi còn vô niệu
- + Các điều trị triệu chứng khác tùy theo tình trạng người bệnh.
- Giai đoạn đái trở lại:
- + Đảm bảo cân bằng nước, điện giải.
- + Khi đái dưới 3l/24h, không có rối loạn điện giải cần bù dịch bằng đường uống.
- + Khi đái trên 3l/24h, bù dịch điện giải theo điện giải đồ bằng đường truyền tĩnh mạch.
- Giai đoạn phục hồi: Theo dõi sát cân bằng dịch và điện giải, chế độ ăn tăng dần đạm khi ure máu về bình thường, tiếp tục điều trị nguyên nhân.

1.7. Phòng bệnh

- Khắc phục nhanh chóng các nguyên nhân trước thận không để xảy ra tình trạng suy thận cấp.
- Tránh các thuốc, hóa chất, độc chất gây tổn thương thận.
- Giải quyết sớm các nguyên nhân gây tắc nghẽn thận.

2. Suy thận mạn

2.1. Định nghĩa

Suy thận mạn tính là hậu quả của các bệnh thận mạn tính, gây nên tình trạng suy thận ngày càng nặng không thể phục hồi được.

2.2. Nguyên nhân

- Do viêm cầu thận mạn tính: Chiếm 40% các trường hợp.
- Viêm bể thận mạn tính: Chiếm 30% các trường hợp.
- Các bệnh mạch máu ở thận:
 - + Do xơ mạch máu thận.
 - + Hẹp hoặc tắc mạch thận.
- Do hậu quả của các bệnh gây tổn thương thận:
 - + Đái tháo đường
 - + Cholesterol.
 - + Goute.
- Bệnh thận bẩm sinh di truyền:
 - + Thận đa nang.
 - + Loạn sản thận.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Lâm sàng

- Phù nhẹ, kín đáo hoặc không phù.
- Đái ít, nước tiểu dưới 500 ml/24h.

- Tăng huyết áp: Chiếm 80% trường hợp người bệnh.
- + Tăng cả huyết áp tối đa và tối thiểu.
- + Tăng huyết áp lâu ngày dẫn đến suy tim trái.
- Thiếu máu:
- + Hoa mắt, chóng mặt, ù tai.
- + Da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay khô, tóc khô dễ gãy rụng.
- Suy tim, nhịp tim nhanh, mạch nhanh.
- Hội chứng tăng urê máu gồm:
- + Huyết áp tăng (do tế bào cầu thận tiết ra renin gây co mạch tăng huyết áp).
- + Nhịp tim nhanh, tim có tiếng ngựa phi, rối loạn dẫn truyền thần kinh tự động tim (viêm cơ tim do nhiễm độc), có tiếng cọ màng ngoài tim (do viêm màng ngoài tim)
- + Hô hấp: Khó thở, thở nhanh, rối loạn nhịp thở kiểu Cheyne Stoke, hơi thở có mùi amoniac (do nhiễm toan)
- + Tiêu hoá: Bụng chướng, đau bụng, buồn nôn hoặc nôn, ỉa lỏng; có thể xuất huyết dạ dày, ruột.
- + Thần kinh: Người bệnh kích thích vật vã, rối loạn tâm thần, co giật hoặc đi vào hôn mê.

2.3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
- + Số lượng hồng cầu giảm.
- + Urê máu tăng, creatinin máu tăng cao.
- + Rối loạn toan kiềm, dự trữ kiềm giảm, pH máu giảm, toan máu.
- + Rối loạn điện giải máu: Natri máu giảm, calci máu giảm, phospho máu tăng.
- Kali máu lúc đầu bình thường, sau tăng rất cao ở giai đoạn suy thận độ 3-4.
- + Acid uric tăng.
- Xét nghiệm nước tiểu:
- + Urê niệu thấp.
- + Protein niệu 1-3g/24 h.
- + Tế bào niệu: Nhiều hồng cầu, trụ hạt.
- Mức lọc cầu thận (MLCT) có thể tính theo công thức:

$$MLCT = K \times \frac{L \text{ (chiều cao)}}{C_{cr} \text{ (thể tích)}}$$

Hệ số k: 66,33

Bình thường MLCT khoảng 120 ml/phút, khi suy thận mạn giảm dưới 50%

- Chụp tim phổi: Thấy hình tim to.
- Điện tim:
- + Dày thất trái.
- + Sóng T phát triển cao nhọn, đối xứng (biểu hiện kali máu tăng)

2. 4. Tiến triển, biến chứng

- Tiến triển: Bệnh tiến triển qua 4 giai đoạn suy thận. Để đánh giá mức độ suy thận chủ yếu dựa vào creatinin máu và mức lọc cầu thận.
- Biến chứng:
- + Loạn nhịp tim, ngừng tim do tăng kali máu.
- + Suy tim trái, phù phổi cấp tính.
- + Phù não, tai biến mạch máu não
- + Hôn mê do tăng ure máu và creatinin máu.

2. 5. Điều trị

*** Nguyên tắc điều trị**

Tùy theo giai đoạn và điều kiện cụ thể của người bệnh mà người ta có thể tiến hành: Điều trị bảo tồn, lọc máu ngoài thận, ghép thận.

*** Điều trị bảo tồn**

- Ăn nhạt khi có phù và tăng huyết áp (tránh ăn nhạt triền miên để tránh giảm natri máu), hạn chế uống nước.

- Giảm đạm cung cấp protein ở mức 0.5 gam/kg/24h (không quá 20 g/24h), lấy từ đạm động vật để có nhiều acid amin cơ bản.

- Không ăn thực phẩm có nhiều acid như thức ăn chua.

- Không ăn uống những thức ăn, đồ uống có nhiều Kali.

- Thuốc điều trị triệu chứng:

+ Lợi tiểu: Dùng lợi tiểu quai Furosemid, không dùng lợi tiểu nhóm thiazid hoặc kháng aldosteron

+ Hạ huyết áp: Ưu chế trung ương giao cảm Aldomet hoặc chẹn kênh calci Amlodipin. Nifedipin

+ Chống thiếu máu: Viên sắt, Erythropoietin (Eprex, Epokin), truyền khối hồng cầu.

+ Chống toan máu: Uống bột natribicarbonat hoặc truyền dung dịch natribicarbonat.

+ Chống tăng K^+ máu: Truyền dung dịch natribicarbonat; dung dịch glucose ưu trương + insulin; calcigluconat tiêm tĩnh mạch (không dùng cùng digital).

+ Cho kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn, không dùng những kháng sinh độc cho thận như: Gentamicin, kanamicin...

*** Lọc ngoài thận**

Phương pháp này bao gồm:

- Thẩm phân màng bụng.

- Lọc máu ngoài thận (chạy thận nhân tạo)

- Thẩm phân ruột (ít làm).

*** Ghép thận**

Phải có sự phù hợp kháng nguyên tổ chức giữa thận cho và người nhận. Kết hợp sử dụng thuốc chống thải ghép: Corticoid, imuran, endoxan...

3. Chăm sóc

3.1. Nhận định

- Hỏi bệnh:

+ Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?

+ Có ăn mặn cá trắm hay uống phải hóa chất gì không?

+ Có hoa mắt chóng mặt không?

+ Có buồn nôn, nôn không? Rối loạn tiêu hóa?

+ Số lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu?

+ Có bệnh thận và tiết niệu trước đây không?

+ Có tiền sử tăng huyết áp hay bệnh gì khác không?

+ Có khó thở không?

+ Phù xuất hiện từ khi nào?

- Thăm khám:

+ Tình trạng tinh thần của người bệnh?

+ Màu sắc nước tiểu?

+ Tình trạng hô hấp và hơi thở của người bệnh như thế nào?

+ Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn

+ Đánh giá tình trạng phù, đồng thời khám tình trạng bụng của người bệnh để tìm nguyên nhân.

- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:

+ Urê máu, creatinin máu.

+ Điện giải đồ, pH máu.

+ Protein niệu, tế bào niệu

+ Điện tim, siêu âm thận.

3.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Mất cân bằng dịch do giảm thể tích tuần hoàn hoặc do ứ dịch trong cơ thể liên quan đến giảm thể tích nước tiểu, giữ muối và nước.

- Nguy cơ cao bị các tổn thương liên quan đến tăng kali máu và các rối loạn điện giải khác.

- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu cơ thể do chán ăn, nôn hoặc tiêu chảy.

- Thay đổi trạng thái tâm lý như lo lắng, bị quan do mắc bệnh nghiêm trọng và cuộc sống bị phụ thuộc.

- Người bệnh thiết hụt kiến thức tự chăm sóc và kiểm soát quá trình bệnh

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Duy trì cân bằng dịch cho người bệnh, giảm tình trạng ứ muối và nước trong cơ thể cho người bệnh

- Ngăn cản các tổn thương liên quan đến tăng kali máu cho người bệnh.

- Duy trì dinh dưỡng thoả đáng cho người bệnh.

- Cải thiện trạng thái tâm lý cho người bệnh.

- Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và kiểm soát quá trình bệnh

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.4.1. Duy trì cân bằng dịch

- Đo chính xác lượng nước tiểu trong ngày, đối với suy thận cấp đo lượng nước tiểu mỗi giờ hoặc thường xuyên hơn qua đặt sonde bàng quang, đánh giá mức độ phù, kết quả xét nghiệm điện giải đồ.

- Với suy thận cấp do các nguyên nhân trước thận cần bù đủ khối lượng dịch do giảm thể tích tuần hoàn bằng thực hiện các dung dịch truyền tĩnh mạch đã chỉ định, loại bỏ các chất độc ra khỏi cơ thể (nếu có thể) đối với nguyên nhân tại thận, loại bỏ nguyên nhân gây tắc nghẽn thận đối với nguyên nhân sau thận.

- Với người bệnh có phù phải đảm bảo lượng dịch vào phải ít hơn lượng nước tiểu, thực hiện các thuốc lợi tiểu đã chỉ định.

- Chuẩn bị đầy đủ các điều kiện, cùng với bác sỹ tiến hành lọc máu khi có chỉ định.

- Dựa trên từng giai đoạn để đảm bảo các trạng thái cân bằng dịch.

3.4.2. Ngăn chặn tổn thương do tăng kali máu

- Thường xuyên theo dõi các biểu hiện lâm sàng và điện giải đồ để đánh giá tình trạng tăng kali máu.

- Kiểm soát chặt chẽ lượng kali đưa vào cơ thể từ mọi nguồn như thức ăn, đồ uống, dịch, thuốc chứa kali.

- Thực hiện các thuốc giảm kali máu theo chỉ định.

- Phát hiện các tổn thương viêm, nhiễm khuẩn để giải quyết triệt để nếu có, lưu ý lựa chọn kháng sinh không độc với thận (khi phải sử dụng)

- Theo dõi thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn, kịp thời phát hiện các biến đổi, thông báo ngay cho bác sỹ và phối hợp với bác sỹ xử trí kịp thời.

3.4.3. Duy trì dinh dưỡng thoả đáng cho người bệnh

- Thường xuyên đánh giá tình trạng dinh dưỡng, cân nặng người bệnh hàng ngày, đánh giá tình trạng da, protein... định lượng số calo hàng ngày và mỗi bữa ăn.
- Phát hiện và xử trí những biểu hiện làm nặng thêm tình trạng rối loạn dinh dưỡng như chán ăn, buồn nôn và nôn, viêm dạ dày, ruột và ỉa chảy.
- Hướng dẫn cụ thể cho người bệnh chế độ ăn ít protein, giàu năng lượng để đảm bảo đủ nhu cầu dinh dưỡng và hạn chế quá trình giáng hoá protein:
 - + Năng lượng đạt 35-40 calo/kg/ngày.
 - + Sử dụng tối đa các chất tinh bột ít đậm như: Sắn, các loại khoai; sử dụng các loại đường, mật ong, mật mía..
 - + Chất béo chiếm 20-25% tổng năng lượng nên ăn các loại dầu thực vật khi suy thận có tăng cholesterol máu.
 - + Lượng protein trung bình 0.5 gam/kg/24h, nên chọn những thức ăn chứa protein có giá trị sinh học cao để đảm bảo đủ acid amin cơ bản và dễ hấp thu như: Trứng, sữa, thịt nạc, cá...tránh các tạng phủ động vật.
- Ăn nhạt: Lượng muối NaCl ở mức 2-4 gam/ngày; đặc biệt là khi có phù, tăng huyết áp, suy tim cần giảm lượng muối nhiều hơn.
- Nước uống: Tương đương lượng nước tiểu bài xuất được, uống ít hơn nếu có phù, uống nhiều hơn nếu có mất nước.
- Đảm bảo đủ vitamin nhóm B, sắt, acid folic. Nên dùng các loại quả ngọt, ít chua như: Nhãn, na, đu đủ, mít...
- Hạn chế trái cây có nhiều kali như hồng xiêm, chuối tiêu, các loại rau dạng củ có nhiều kali như củ cải, củ xu hào.
- Tránh không cho người bệnh ăn ngay sau khi uống các thuốc vì sẽ làm giảm cảm giác ngon miệng.
- Vệ sinh răng miệng trước khi ăn để tăng thêm cảm giác ngon miệng, tạo không khí thoải mái vui vẻ trong bữa ăn.

3.4.4. Cải thiện trạng thái tâm lý cho người bệnh

- Dành nhiều thời gian bên người bệnh, cảm thông, chia sẻ với những khó khăn mà người bệnh gặp phải trong việc thực hiện chế độ điều trị và chăm sóc.
- Động viên khuyến khích họ tham gia chế độ điều trị và nuôi dưỡng lâu dài, tạo niềm lạc quan cho người bệnh để họ chấp nhận một cuộc sống tuy bị phụ thuộc nhưng chưa phải là hết mọi hi vọng.

3.4.5. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và kiểm soát quá trình bệnh

- Giải thích cho người bệnh hiểu tình trạng bệnh bằng những ngôn ngữ đơn giản.
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc duy trì cân bằng dịch điện giải, khi người bệnh phải lọc máu ngoài thận cần giải thích cho người bệnh hiểu và kiên trì thực hiện.
- Hướng dẫn chi tiết về chế độ ăn uống cho người bệnh nhất là sau giai đoạn nằm viện (như phần trên)
- Hướng dẫn người bệnh cách tự theo dõi lượng nước tiểu, trên cơ sở đó tính toán lượng nước vào hàng ngày để không gây ứ dịch trong cơ thể.
- Vệ sinh cơ thể, chú ý vệ sinh da và bộ phận sinh dục hàng ngày, dùng thuốc điều trị duy trì (nếu có), không tự ý sử dụng thuốc khi không có chỉ định và chỉ dẫn của thầy thuốc.

3.5. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh suy thận được coi là có hiệu quả khi:

3.5.1. Người bệnh duy trì cân bằng dịch, giảm tình trạng ứ muối và nước trong cơ thể

- Dựa vào: Người bệnh giảm và hết phù, số lượng nước tiểu đái được trong giới hạn bình thường.

3.5.2. Người bệnh không bị các tổn thương liên quan đến tăng kali máu

- Dựa vào: Nồng độ kali máu được kiểm soát...
- 3.5.3. *Duy trì dinh dưỡng thoả đáng cho người bệnh.*
 - Dựa vào: Người bệnh thực hiện được chế độ ăn bệnh lý, duy trì được cân nặng tối ưu so với tình trạng bệnh.
- 3.5.4. *Cải thiện trạng thái tâm lý cho người bệnh.*
 - Dựa vào: Người bệnh bớt lo lắng...
- 3.5.5. *Người bệnh có kiến thức tự chăm sóc và kiểm soát quá trình bệnh*

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Nguyên nhân gây suy thận cấp được chia thành
 - A. 2 nhóm
 - B. 3 nhóm
 - C. 4 nhóm
 - D. 5 nhóm
2. Triệu chứng lâm sàng của suy thận cấp tiến triển qua
 - A. 2 giai đoạn
 - B. 3 giai đoạn
 - C. 4 giai đoạn
 - D. 5 giai đoạn
3. Nguyên nhân gây suy thận mạn do viêm cầu thận mạn tính chiếm
 - A. 30% các trường hợp
 - B. 40% các trường hợp
 - C. 50% các trường hợp
 - D. 60% các trường hợp
4. Nguyên nhân gây suy thận mạn do viêm bể thận mạn tính chiếm
 - A. 30% các trường hợp
 - B. 40% các trường hợp
 - C. 50% các trường hợp
 - D. 60% các trường hợp
5. Xét nghiệm có giá trị đánh giá chính xác nhất mức độ suy thận mạn tính là
 - A. số lượng hồng cầu.
 - B. creatinin máu
 - C. ure máu
 - D. điện giải đồ.

BÀI 12

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THIẾU MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và nguyên nhân gây bệnh thiếu máu.
2. Trình bày và phân tích được triệu chứng, tiến triển, biến chứng và cách điều trị của người bệnh bị thiếu máu.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh thiếu máu.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới, thiếu máu là giảm số lượng hồng cầu hoặc giảm nồng độ huyết sắc tố ở máu ngoại vi dẫn đến thiếu oxy để cung cấp cho các mô trong cơ thể.

Thiếu máu là một hội chứng bao gồm nhiều triệu chứng do cơ chế sinh bệnh học của thiếu máu gây ra. Người bệnh bị thiếu máu, khi xét nghiệm máu có 2 trong 3 xét nghiệm sau đây bị rối loạn:

- Hematocrit giảm dưới mức bình thường, bình thường là:
 - + Nam giới: 0,38- 0,5 l/l
 - + Nữ giới: 0,35- 0,47 l/l
- Nồng độ huyết sắc tố giảm dưới mức bình thường, bình thường là:
 - + Nam giới: 140- 160 g/l
 - + Nữ giới: 125- 145 g/l
- Số lượng hồng cầu giảm dưới mức bình thường, bình thường là:
 - + Nam giới: $4,3- 5,8 \times 10^{12} / l$
 - + Nữ giới: $3,9- 5,6 \times 10^{12} / l$

Đối với trẻ sơ sinh thì nồng độ huyết sắc tố, hematocrit và số lượng hồng cầu nhiều hơn người trưởng thành.

2. Nguyên nhân

Thiếu máu do nhiều nguyên nhân, thường phân loại thiếu máu theo các nguyên nhân sau:

2.1. Thiếu máu do mất máu mãn tính: Viêm, loét dạ dày-ruột, trĩ, ung thư dạ dày, ung thư trực tràng, u xơ tử cung, mất máu kinh ở nữ giới do băng kinh, rong kinh,...

2.2. Thiếu máu do mất một số lượng máu cấp tính: Do bị mất máu trong chấn thương, trong mổ.

2.3. Thiếu máu do giảm sản xuất hồng cầu: Thiếu sắt hoặc acid folic, thiếu vitamin B12, thiếu protein lâu ngày, suy tủy xương, xơ hóa tủy và vấn đề về tủy xương và tế bào gốc, các tình trạng bệnh lý suy giáp, xơ gan, suy thận.

2.4. Thiếu máu do hủy hoại hồng cầu: Tan máu tiên phát như bệnh hồng cầu hình bi, bệnh thiếu hụt men G6PD, rối loạn huyết sắc tố (thalasemie, bệnh hồng cầu hình lưỡi

liềm), hoặc thứ phát như sốt rét, sốt vàng da có đái ra huyết cầu tố, nhiễm khuẩn, nhiễm độc (H₂S và chì).

Dựa trên các kết quả hình thái hồng cầu và các kết quả xét nghiệm huyết học khác có thể phân loại nguyên nhân gây thiếu máu như: Thiếu máu hồng cầu to (ưu sắc), thiếu máu hồng cầu nhỏ (nhược sắc), thiếu máu hồng cầu trung bình (đẳng sắc) và thiếu máu trong các trường hợp bệnh lý khác.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng có liên quan đến mức độ mất máu

3.1.1. Thiếu máu cấp tính:

Người bệnh có số lượng hồng cầu < 2 triệu/ mm³, hematocrit giảm $< 25\%$ là rất nguy kịch thường do xuất huyết nặng, chấn thương ngoại khoa làm cho khối lượng máu tuần hoàn giảm cấp dẫn đến giảm oxy cấp cho các mô, ảnh hưởng đến tế bào cơ thể, do đó có biểu hiện:

- Da xanh, niêm mạc nhợt, lòng bàn tay trắng bệch, môi và móng tay nhợt.
- Tim: Nhịp tim nhanh có thể có tiếng thổi tâm thu thiếu máu.
- Huyết áp giảm nếu mất số lượng máu 1,5 lít sẽ gây ra trụy mạch, huyết áp không đo được.
- Người bệnh có nhịp thở nhanh, khó thở, nếu mất máu nhiều người bệnh sẽ có khó thở liên tục.
- Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi các cơ, do vậy việc đi lại của người bệnh có khó khăn.

3.1.2. Thiếu máu mạn tính:

- Da và niêm mạc: Tùy theo mức độ mất máu có thể thấy da mất vẻ hồng hào, thậm chí nhợt nhạt, thấy rõ ở những nơi như: Lòng bàn tay, gan bàn chân, môi và lưỡi nhợt, gai lưỡi mất, móng tay và chân nhợt, thiếu máu lâu ngày có thể thấy móng tay bẹt có khía, mềm và dễ gãy.

- Thần kinh: Người bệnh mệt, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, có khi thoáng ngất.
 - Tim: Hay hồi hộp trống ngực, nhịp tim nhanh có thể có tiếng thổi tâm thu cơ năng.
- Nếu thiếu máu lâu ngày có thể dẫn đến suy tim.

- Hô hấp: Thở nhanh, nông, khó thở khi gắng sức.
- Nội tiết: Phụ nữ kinh nguyệt ít hoặc mất kinh, nam giới liệt dương.
- Chuyển hóa cơ bản tăng, thân nhiệt tăng nhẹ.
- Có rối loạn tiêu hóa, gầy sút cân.
- Gan to trong trường hợp suy tim.
- Lách to.
- Trường hợp thiếu máu do tan máu có thể thấy vàng da rõ hoặc nhẹ.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm máu

- Công thức máu:
 - + Số lượng hồng cầu giảm
 - + Bạch cầu giảm
 - + Tiểu cầu giảm
- Hình thái hồng cầu: Có hình đĩa, lõm hai mặt.
- Định lượng huyết sắc tố giảm.
- Hematocrit (để xác định thể tích hồng cầu): Khi quay ly tâm thì phần tế bào lắng xuống đáy chiếm một thể tích là 45% và huyết tương chiếm thể tích là 55%, khi bị thiếu máu hematocrit sẽ giảm.
- Hồng cầu lưới

- Định lượng sắt huyết thanh
- Tuỷ đồ

3.2.2. *Xét nghiệm phân*: Tìm ký sinh trùng, hồng cầu...trong phân

3.2.3. *Xét nghiệm dịch tá tràng*: Để tìm ký sinh trùng.

4. Tiến triển, biến chứng

Thiếu máu sẽ dẫn đến thiếu oxy tới mô, tổ chức trong cơ thể, bên cạnh đó cơ thể đáp ứng lại bằng cách tăng đáp ứng của tủy xương và tăng cung lượng tim vì vậy nếu không được điều trị, để lâu sẽ ngày một nặng lên và dẫn đến suy tim. Khi cơ thể bị thiếu máu nặng (trong chấn thương, trong sản khoa) nếu không được điều trị cấp cứu kịp thời sẽ dẫn đến tử vong do suy tim cấp.

5. Điều trị

Dựa vào nguyên nhân gây thiếu máu mà có phương pháp điều trị cho phù hợp và giải quyết nguyên nhân gây thiếu máu, trường hợp nặng có thể truyền máu thay thế.

Hầu hết các trường hợp thiếu máu liên quan đến mất máu, dinh dưỡng và một số trường hợp tan máu hoặc một số bệnh lý mắc phải hoàn toàn có thể dự phòng được bằng cách chủ động khám sàng lọc, phát hiện và giải quyết các nguyên nhân.

6. Chăm sóc bệnh nhân thiếu máu

6.1. Nhận định

* Hỏi bệnh:

- Người bệnh có mệt không? Mức độ mệt? Tiến triển của mệt thế nào?
- Người bệnh có cảm thấy khó thở không? Khó thở khi nào? Tần xuất khó thở?
- Đau tức ngực? Hô hấp trống ngực?
- Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt không? Xảy ra khi nào?
- Có nôn ra máu không? Số lượng/ngày?
- Có bị thương xuyên chảy máu chân răng (bệnh về máu)?
- Ăn được không? Ăn bao nhiêu? Ăn những thức ăn gì?
- Giấc ngủ thế nào?
- Tiểu tiện thế nào? Số lượng nước tiểu/ngày?
- Đại tiện thế nào? Có ỉa phân đen không?
- Kinh nguyệt số lượng như thế nào? (nữ giới)
- Có hay tiếp xúc đất, bùn (nhiễm giun móc)?
- Tiền sử bản thân?
- Hoàn cảnh kinh tế?
- Lo lắng hiện tại?

* Khám:

- Màu sắc da, niêm mạc, môi, ngọn chi? Màu sắc da lòng bàn tay, gan bàn chân?
- Móng tay khô? Dễ gãy? Bẹt, có khía? Tóc giòn, dễ gãy?
- Phù không? Tính chất phù?
- Xuất huyết dưới da?
- Đo, đếm các chỉ số sinh tồn: Huyết áp, mạch, nhịp thở, nhiệt độ? Đánh giá các chỉ số này?

- Tuần hoàn bàng hệ?

- Gan to?

- Lách to?

- Quan sát bữa ăn của người bệnh, để đánh giá bữa ăn.

- Tình trạng vận động?

- Tình trạng vệ sinh?

* Tham khảo kết quả cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu:

- + Số lượng hồng cầu, Hematocrit, Huyết sắc tố?
- + Số lượng bạch cầu
- + Định lượng sắt huyết thanh
- Xét nghiệm phân tìm ký sinh trùng
- Siêu âm ổ bụng, nội soi dạ dày ...

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Giảm khả năng hoạt động thể lực và khả năng tự chăm sóc do cơ thể yếu mệt liên quan đến tình trạng thiếu máu.
- Giảm cung lượng tim do tăng gánh nặng tim do hậu quả của tình trạng thiếu máu.
- Dinh dưỡng không đảm bảo do chưa biết cách ăn uống phù hợp với bệnh.
- Thiếu kiến thức về tự chăm sóc và phòng bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tăng khả năng hoạt động thể lực cho người bệnh.
- Duy trì lưu lượng tim bình thường cho người bệnh.
- Duy trì dinh dưỡng đảm bảo cho người bệnh.
- Cung cấp kiến thức về tự chăm sóc và phòng bệnh cho người bệnh.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Tăng khả năng hoạt động thể lực cho người bệnh

- Cho người bệnh nghỉ ngơi và ngủ đầy đủ để dự trữ năng lượng dành cho hoạt động thể lực cần thiết.
- Xen kẽ với các đợt nghỉ cần thực hiện một số hoạt động tự chăm sóc và một số bài thể dục nhẹ để tăng sức chịu đựng và giúp cơ thể thích nghi dần.
- Hỗ trợ người bệnh những hoạt động nặng cần sức lực đặc biệt khi tình trạng thiếu máu chưa được cải thiện.
- Khi thiếu máu được điều trị và các xét nghiệm máu trở về bình thường, cần động viên người bệnh hoạt động tăng dần. Tránh các hoạt động gắng sức.

6.3.2. Duy trì lưu lượng tim bình thường

- Khi người bệnh xuất hiện khó thở thì phải nằm đầu cao, khuyên người bệnh tránh gắng sức không cần thiết, đảm bảo các khoảng thời gian nghỉ ngơi và ngủ đầy đủ, nếu cần cho thở oxy.
- Thực hiện y lệnh các loại thuốc giúp cho quá trình tạo hồng cầu.
- Thực hiện y lệnh truyền máu khi thiếu máu nhiều.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.

6.3.3. Duy trì dinh dưỡng đầy đủ

- Cho người bệnh ăn chế độ ăn nhiều protein, giàu năng lượng, ăn nhiều hoa quả và rau tươi, cung cấp các thực phẩm có nhiều sắt và vitamin B12.
- Thức ăn phải hợp khẩu vị giúp người bệnh ăn ngon miệng.
- Nếu có xuất huyết tiêu hóa phải ăn thức ăn nguội, mềm
- Thức ăn sinh hơi, có nhiều gia vị cần tránh.
- Ăn làm nhiều bữa trong ngày.

6.3.4. Cung cấp kiến thức về tự chăm sóc và phòng bệnh cho người bệnh.

- Tổ chức các buổi tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh về các vấn đề như: Biểu hiện của thiếu máu, nguyên nhân gây thiếu máu có thể dự phòng được, chế độ ăn uống khi bị thiếu máu hoặc có nguy cơ thiếu máu.
- Cần nhấn mạnh tầm quan trọng của chế độ ăn giàu protein, sắt và vitamin đặc biệt với những người có nguy cơ thiếu máu cao như: Phụ nữ mang thai, rong kinh, những người bị viêm loét dạ dày hoặc phẫu thuật cắt đoạn dạ dày- ruột.

- Thông báo cho người bệnh biết và tránh các yếu tố nguy cơ gây thiếu máu như: Tránh phơi nhiễm với một số hóa chất công nghiệp, hoặc sử dụng một số thuốc gây độc cho tủy xương, gây chảy máu, gây tan máu như benzene, tia xạ, chì, carbamazepine, thuốc điều trị sốt rét, dự phòng và điều trị sốt rét.

- Người có tiền sử xuất huyết tiêu hóa cần có chế độ nghỉ ngơi, làm việc phù hợp; tránh ăn uống những chất gây kích thích, ảnh hưởng đến dạ dày.

- Cần có chế độ nghỉ ngơi, lao động phù hợp sau khi ra viện.

- Công nhân hầm lò khi làm việc phải đi ủng để tránh nhiễm ký sinh trùng.

- Nông dân không được dùng phân tươi để tưới rau.

- Hướng dẫn người bệnh nhận biết chu kỳ của giun sán để đề phòng.

- Chủ động khám sức khỏe định kỳ để được phát hiện sớm và xử lý tốt một số bệnh lý gây thiếu máu.

6.4. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh thiếu máu được coi là có kết quả khi:

6.4.1. Người bệnh tăng khả năng hoạt động thể lực

- Dựa vào: Người bệnh đỡ mệt, tự thực hiện được các hoạt động tự chăm sóc.

6.4.2. Duy trì lưu lượng tim bình thường

- Dựa vào: Người bệnh đỡ khó thở, hoa mắt, chóng mặt.

6.4.3. Dinh dưỡng đảm bảo

- Dựa vào: Người bệnh ăn được nhiều hơn và cảm thấy ngon miệng, ăn theo chế độ ăn bệnh lý

6.4.4. Người bệnh biết tự chăm sóc và phòng bệnh

- Dựa vào: Có chế độ nghỉ ngơi, lao động, ăn uống phù hợp.

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Nguyên nhân gây thiếu máu được chia ra làm

A. 2 nhóm

B. 3 nhóm

C. 4 nhóm

D. 5 nhóm

2. Trong các nguyên nhân gây thiếu máu dưới đây, đâu là nguyên nhân gây thiếu máu do hủy hoại hồng cầu

A. bệnh thalasemie

B. ung thư dạ dày

C. suy tủy xương

D. u xơ tử cung

3. Trong các nguyên nhân gây thiếu máu dưới đây, đâu là nguyên nhân gây thiếu máu do hủy hoại hồng cầu

A. nhiễm độc chì

B. xơ gan

C. ung thư trực tràng

D. bệnh hồng cầu hình lưỡi liềm

4. Trong các triệu chứng dưới đây, triệu chứng nào gặp trong thiếu máu cấp tính

A. vẻ mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi lạnh

B. gai lưỡi mất bóng

C. móng tay bẹt có khía

D. thể trạng gầy sút

5. Trong các triệu chứng dưới đây, triệu chứng nào gặp trong thiếu máu mạn tính

- A. hồi hộp trống ngực
- B. mạch nhanh
- C. huyết áp hạ
- D. tinh thần lơ mơ

BÀI 13

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển, biến chứng và cách điều trị viêm khớp dạng thấp.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm khớp dạng thấp.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh viêm không đặc hiệu xảy ra ở các khớp gây tổn thương màng hoạt dịch, sụn khớp và đầu xương dưới sụn, diễn biến mạn tính dẫn đến tình trạng dính và biến dạng khớp.

Viêm khớp dạng thấp có biểu hiện viêm tại khớp và sự có mặt của yếu tố dạng thấp trong máu. Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn khá điển hình dưới dạng viêm mãn tính ở nhiều khớp ngoại biên với biểu hiện khá đặc trưng: Sưng, đau khớp, cứng khớp buổi sáng và đối xứng hai bên. Ngoài ra, còn có các biểu hiện toàn thân (mệt mỏi, xanh xao, sốt gây sút...) và tổn thương các cơ quan khác trên cơ thể.

Đây là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh khớp mạn tính. 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 người bệnh và gia đình. Vì vậy cần tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán sớm, quản lý 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.

1683 Sydenham mô tả và gọi là thấp khớp teo đét.

1853 Charcot gọi là bệnh khớp Charcot.

1890 Garrod gọi là viêm khớp dạng thấp.

Bệnh gặp ở khắp nơi trên thế giới, chiếm 0,5 - 3% dân số, 6% phụ nữ Anh. Ở Việt Nam có 0,5% trong nhân dân và 20% số người bệnh mắc bệnh khớp điều trị tại bệnh viện.

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

Một số trường hợp bệnh có tính chất gia đình.

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): Virut.

- 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....

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Đa số trường hợp bệnh bắt đầu từ từ tăng dần, nhưng có khoảng 15% bắt đầu đột ngột với những triệu chứng cấp tính. Trước khi dấu hiệu khớp xuất hiện, người bệnh có thể có các biểu hiện như sốt nhẹ, mệt mỏi, gầy sút, tê các đầu chi, ra mồ hôi nhiều, rối loạn vận mạch, đau nhức và khó cử động ở khớp khi ngủ dậy. Giai đoạn này có thể dài hàng tuần hàng tháng.

3.1.1. Biểu hiện tại khớp

* Giai đoạn bắt đầu (khởi phát).

- Vị trí: 2/3 trường hợp bắt đầu bằng viêm 1 khớp - trong đó 1/3 bắt đầu bằng viêm 1 trong các khớp nhỏ ở bàn tay (cổ tay, bàn ngón, đốt ngón gần), 1/3 khớp gối và 1/3 các khớp còn lại.

- Tính chất: Sưng đau rõ, ngón tay thường có hình thoi. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thấy từ 10 - 20%.

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

* Giai đoạn rõ rệt:

- Vị trí: Bàn tay 90%, cổ tay 90%, khớp đốt ngón gần 80%, bàn ngón 70%. Khớp gối 90%. Bàn chân 70%, cổ chân 70%, ngón chân 60%. Khớp khuỷu 60%. Các khớp khác: Háng, cột sống, hàm, ức đòn hiem gặp và thường xuất hiện muộn.

- 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 gío thối, ngón tay hình cổ cò), khớp nổi ở tư thế nửa co.

3.1.2. Triệu chứng toàn thân và ngoài khớp

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

- Da và mô dưới da:

+ Hạt thấp (nốt thấp): 20% trường hợp người bệnh có những “nốt thấp” ở da và mô dưới da. Đó là những hạt hay cục nổi lên khỏi mặt da, chắc, không đau, không di động và dính vào nền xương ở dưới, đường kính từ 5 - 20mm . Vị trí hay gặp nhất là trên xương trụ ở gần khớp khuỷu, hoặc trên xương chày ở gần khớp gối, hoặc lưng ngón tay, mặt sau da đầu, các nơi xương lồi dưới da. Số lượng từ 1 đến vài hạt. Nốt thấp thường có cùng với giai đoạn bệnh tiến triển và có thể tồn tại hàng tuần hàng tháng.

+ Da khô, teo và xơ nhất là các chi. Gan bàn tay, bàn chân giãn mạch đỏ hồng. Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch có thể gây loét vô khuẩn ở chân, phù một đoạn chi, nhất là chi dưới.

- Cơ, gân, dây chằng, bao khớp:

+ Teo cơ rõ rệt vùng quanh khớp tổn thương. Cơ liên cốt và cơ giun bàn tay, cơ ở đùi, cẳng chân. Teo cơ là hậu quả do không vận động.

- + Viêm gân: Achille ...
- + Dây chằng: Viêm cơ kéo, có thể giãn dây chằng.
- + Bao khớp: Phình thành kén (kyste) hoạt dịch ở chân (kén Baker).
- Nội tạng: Hiếm khi bị tổn thương, có thể:
- + Tim: Tổn thương cơ tim kín đáo, viêm màng ngoài tim ...
- + Hô hấp: Viêm màng phổi nhẹ, xơ phế nang.
- + Hạch to và đau ở mặt trong cánh tay, lách to.
- + Xương mất vôi, gãy xương tự nhiên.
- Mắt, thần kinh, chuyển hoá:
- + Mắt: Viêm giác mạc, viêm móng 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.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. 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.

3.2.2. Xét nghiệm miễn dịch

Nhằm phát hiện yếu tố dạng thấp ở trong huyết thanh (tự kháng thể- xét nghiệm RF) bằng 1 trong 2 phương pháp:

- Waaler-Rose: Dùng hồng cầu người hoặc cừu tiến hành phản ứng. Waaler-Rose (+) khi ngưng kết ở hiệu giá $\geq 1/16$.
- Latex: Dùng hạt nhựa Latex (+) khi $\geq 1/32$.

Yếu tố dạng thấp thường thấy ở 70 - 80% trường hợp.

- Định lượng kháng thể kháng CCP (Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán)

3.2.3. Dịch khớp

- Lượng mucin giảm, test mucin (+ + +) dịch khớp lỏng, vàng nhạt, giảm độ nhớt.
- Bạch cầu đa nhân trung tính tăng sẽ thực bào phức hợp kháng nguyên - kháng thể dẫn tới xuất hiện tế bào hình nho, nếu có hơn 10% (so với tế bào dịch khớp) có giá trị chẩn đoán.
- Waaler Rose (+).

3.2.4. Sinh thiết

- Màng hoạt dịch: Thấy 5 tổn thương cơ bản:
- + Sự tăng sinh các hình lông màng hoạt dịch.
- + Tăng sinh lớp tế bào phủ hình lông.
- + Đám hoại tử dạng tơ huyết.
- + Tăng sinh nhiều mạch máu tân tạo.
- + Thâm nhập nhiều tế bào viêm quanh mạch máu (lymphocyt, plasmocyte).
- Hạt dưới da:
- + Giữa hạt là đám lớn hoại tử dạng tơ huyết.
- + Xung quanh có nhiều lymphocyt và tương bào.

3.2.5. X quang

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

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

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

4. Tiến triển

Viêm khớp dạng thấp thường tiến triển mạn tính với những hậu quả tại khớp và toàn thân như dính và biến dạng khớp, teo cơ, mất vận động và dẫn đến tàn phế.

5. Biện chứng

- Nhiễm khuẩn phụ nhất là lao.
- Các tai biến do dùng thuốc điều trị VKDT.
- Chèn ép thần kinh.
- Biện chứng tim, thận và mắt (hiếm).

6. 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 x 4-6 viên/ngày

+ Brufen (Ibuprofen) 200mg x 2-4 viên/ngày

+ Voltaren (Diclofenac) 25mg x 12 viên/ngày

+ Mobic 7.5mg x 2 - 4 viên/ ngày hoặc Piroxicam 20mg 1- 2 ồng/ ngày

- Thuốc giãn cơ: Dùng một trong các loại sau:

+ Mydocalm 20mg x 2-4 viên/ngày hoặc Decontractyl 200mg 2 – 4 viên/ngày chia 2 lần

- Sau một tuần điều trị, bệnh không đỡ có xu hướng nặng, ta dùng kết hợp với Corticoid

+ Prednisolon viên 5mg x 8 viên/ngày hoặc

+ Dexametazon 0,50mg x 12 viên/ngày x 5 ngày

Sau đó, mỗi ngày giảm bớt 1/2 viên, cho đến khi mỗi ngày uống còn 1 viên.

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

+ Thuốc chống sốt rét: Hydrochlroquin

+ Salazopyzin 500mg: 2-4 viên/24h .

+ Endoxan: 1-2mg/ kg/ 24h.

+ Methotrexat: 7 - 10mg/24h

- 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.

- Có thể kết hợp y học cổ truyền dân tộc: Châm cứu, Đông y, lý liệu pháp.

- Kết hợp với vật lý trị liệu phục hồi chức năng: Xoa bóp, đắp nển, tắm suối nước nóng...

Những trường hợp có di chứng khớp, teo cơ, biến dạng, cần kết hợp với ngoại khoa, vật lý để chỉnh hình, lấy lại chức năng vận động của khớp.

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

- Phỏng vấn:

- + Đau ở những khớp nào? Thời gian đau?
- + Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng?
- + Có hạn chế vận động, mức độ? Có tự phục vụ được bản thân (đi lại, tắm rửa, mặc quần áo...) hay không?
- + Có sốt? Có chán ăn, giảm cân?
- + Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hóa không?
- + Tuổi, nghề nghiệp của người bệnh và tình trạng kinh nguyệt (nếu là nữ).
- + Các thuốc đã sử dụng gần đây, trước đây?
- + Có lo lắng hay bị sang chấn gì không?
- + Thời gian bị bệnh bao lâu?
- + Tiền sử bệnh tật.
- Nhận định thực thể:
 - + Quan sát thể trạng chung của người bệnh.
 - + Quan sát khớp viêm: Tính chất đối xứng 2 bên, các biểu hiện viêm như sưng, đỏ?
 - + Quan sát các cơ vùng khớp viêm có teo cơ, loạn dưỡng, yếu cơ...
 - + Sờ khớp viêm đánh giá nhiệt độ.
 - + Xem có nề, tràn dịch khớp, sờ điểm đau?
 - + Vận động có bị hạn chế không?
 - + Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn
 - + Các biến chứng hay các bệnh kèm theo, đặc biệt chú ý tình trạng về tiêu hóa như đau bụng hay xuất huyết tiêu hóa.
 - Tham khảo cận lâm sàng
 - + Công thức máu: Hồng cầu giảm, bạch cầu có thể tăng hoặc giảm.
 - + Tốc độ lắng máu tăng.
 - + Xét nghiệm miễn dịch
 - + Xét nghiệm dịch khớp

7.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh đau do viêm các khớp, thay đổi cấu trúc khớp và mô mềm quanh khớp.
- Giảm khả năng hoạt động do hạn chế vận động khớp.
- Lo lắng do đau khớp triền miên kéo dài làm giảm khả năng lao động.
- Nguy cơ thiếu hụt về dinh dưỡng do thức ăn đưa vào chưa thỏa đáng.
- Thiếu kiến thức tự chăm sóc và hạn chế các biến chứng có thể xảy ra khi bị bệnh.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm giảm và hết đau khớp cho người bệnh.
- Tăng khả năng hoạt động cho người bệnh.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.
- Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và hạn chế các biến chứng.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.4.1. Làm giảm và hết đau khớp cho người bệnh

- Trong giai đoạn khớp đang sưng đau, khuyên người bệnh giảm các hoạt động đòi hỏi vận động khớp đau.
- Tăng cường thời gian nghỉ ngơi, khi nghỉ đặt khớp ở tư thế thích hợp (góc cơ năng và trung cơ) để giảm lực tác động lên khớp.
- Áp dụng nhiệt trị liệu:

- + Chườm lạnh: Trong trường hợp viêm cấp khi khớp sưng to, nóng đỏ.
- + Chườm nóng: Khi thời tiết lạnh và trong giai đoạn mạn tính của viêm.
- Cung cấp cho người bệnh một số phương tiện trợ giúp như nạng, thanh nẹp, dùng để chống đỡ và cố định khớp ở tư thế cơ năng từ đó có tác dụng làm giảm lực đè nén lên khớp.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng và thực hiện đúng các thuốc đặc biệt là các thuốc chống viêm non –steroit và corticoit, chú ý các tác dụng phụ, cách dùng để hạn chế các tác dụng phụ của chúng.

Chú ý: Tất cả các thuốc chữa viêm khớp dạng thấp đều có nhiều tác dụng phụ, có thể gây tai biến đặc biệt là chảy máu tiêu hóa, nên phải theo dõi và tránh lạm dụng thuốc.

7.4.2. Tăng cường khả năng vận động của khớp và hoạt động của cơ thể

- Điều dưỡng phải hướng dẫn người bệnh tập vận động kết hợp xoa bóp sớm khi khớp đã giảm đau nhiều, việc luyện tập và xoa bóp phải được tiến hành thường xuyên để làm tăng sức mạnh của cơ, tránh biến chứng teo cơ, cứng khớp.

- Khuyến khích người bệnh tập cải thiện tầm vận động khớp, giảm tần xuất tập nếu xuất hiện đau và sưng nề trở lại ở khớp.

- Lên lịch tập trong ngày và hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập, hướng dẫn người bệnh sử dụng các phương tiện hỗ trợ khớp và hỗ trợ người bệnh vệ sinh cơ thể khi cần.

- Động viên người bệnh tự thực hiện một số công việc như: Tự chải đầu, tự xúc ăn, tắm rửa ngay khi khớp giảm đau.

- Cổ vũ và động viên người bệnh áp dụng các biện pháp vật lý để hạn chế cứng khớp đồng thời chú ý bảo vệ khớp tránh các hoạt động gây sức nặng đè nén lên khớp.

7.4.3. Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho người bệnh

Người bệnh viêm khớp dạng thấp hay lo sợ buồn rầu bi quan, hoặc cáu kỉnh nên điều dưỡng cần kết hợp cùng gia đình người bệnh hiểu và thông cảm cho người bệnh, cổ vũ động viên niềm lạc quan tin tưởng, khuyên người bệnh chịu khó tập luyện để tránh tàn phế.

7.4.4. Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh, trên cơ sở đó hướng dẫn người bệnh về chế độ dinh dưỡng phù hợp.

- Người bệnh viêm khớp dạng thấp thường chán ăn, mệt mỏi và thiếu máu nhẹ nên giúp đỡ họ bằng biện pháp sau:

- + Hướng dẫn cho người bệnh biết cách lựa chọn thức ăn cung cấp nhiều năng lượng như: Chọn thực phẩm nhiều Protein, rau quả tươi, các Vitamin, sắt để giúp phục hồi tổ chức.

- + Khuyến người bệnh ăn làm nhiều bữa nhỏ, ăn những thức ăn có nhiều giá trị dinh dưỡng cao: Thịt nạc, trứng, sữa.

- + Đối với người bệnh quá béo, cần hướng dẫn ăn giảm năng lượng để giảm trọng lượng thừa, giảm gánh nặng cho khớp, tránh làm khớp tổn thương thêm.

7.4.5. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và hạn chế biến chứng

- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng các phương tiện hỗ trợ khớp lâu dài để bảo vệ người bệnh trước nguy cơ cứng khớp.

- Hướng dẫn người bệnh áp dụng đều đặn các biện pháp hạn chế cứng khớp như chườm ấm tại khớp và tránh teo cơ, mất vận động như đi bộ, đạp xe, tập bơi.

- Khuyến người bệnh không lao động nặng, tránh các hoạt động gây sức nặng đè lên khớp, luôn dành các khoảng thời gian nghỉ ngơi, thư giãn xen kẽ những lúc vận động.

- Hướng dẫn người bệnh duy trì chế độ ăn uống hợp lý, giảm calo và chất béo với người thừa cân để giảm sức nặng đè lên khớp, tăng calo và đảm bảo đủ đạm với người gầy yếu, bổ sung thêm vitamin từ rau xanh, trái cây.
- Sử dụng thuốc hợp lý theo đơn của thầy thuốc.

7.5. Đánh giá

Việc chăm sóc người bệnh viêm khớp dạng thấp được coi là có kết quả khi:

7.5.1. Người bệnh giảm và hết đau khớp

- Dựa vào: Các khớp viêm giảm sưng, bớt đau..

7.5.2. Người bệnh tăng khả năng hoạt động thể lực

- Dựa vào: Khi hoạt động thể lực người bệnh cảm thấy không còn đau

7.5.3. Người bệnh giảm lo lắng

- Dựa vào: Người bệnh an tâm tin tưởng vào điều trị.

7.5.4. Người bệnh được tăng cường dinh dưỡng

7.5.5. Người bệnh có kiến thức tự chăm sóc và hạn chế các biến chứng.

- Dựa vào: Người bệnh biết cách luyện tập vận động để tránh tàn phế.

LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

- Ở Việt Nam số người bệnh mắc bệnh khớp điều trị tại bệnh viện chiếm
 - 15%
 - 20%
 - 25%
 - 30%
- Tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở nữ giới chiếm
 - 60 - 65%
 - 60 – 70%
 - 70 – 75%
 - 70 – 80 %
- Tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở tuổi trung niên chiếm
 - 60 - 65%
 - 60 – 70%
 - 70 – 75%
 - 70 – 80 %
- Tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng ở giai đoạn rõ rệt chiếm
 - 75%
 - 80%
 - 85%
 - 90%
- Người bệnh viêm khớp đã có biến dạng khớp nhiều, điều hữu ích nhất mà điều dưỡng cần thực hiện cho người bệnh là
 - hướng dẫn luyện tập các động tác khớp
 - hướng dẫn giải trí, thư giãn
 - thực hiện thuốc tiêm giảm đau, giảm viêm theo y lệnh
 - vận động người bệnh tự phục vụ mình bằng các dụng cụ trợ giúp.

BÀI 14

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BASEDOW

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng và cách điều trị người bệnh Basedow.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh Basedow.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Bệnh Basedow (còn gọi là bệnh Graves) là một bệnh cường giáp do tự miễn với hoạt động quá mức không ức chế được của tuyến giáp dẫn đến tăng sản xuất hormon tuyến giáp, gây nên các tổn thương về mô và chuyển hóa.

Bệnh Basedow là một trong những bệnh lý cường giáp thường gặp trên lâm sàng với các biểu hiện chính: Nhiễm độc giáp kèm bướu giáp lớn lan tỏa, lồi mắt và tổn thương ở ngoại biên.

Nhờ sự tiến bộ của miễn dịch học, ngày càng phát hiện nhiều kháng thể hiện diện trong huyết tương người bệnh, vì thế hiện nay bệnh được xếp vào nhóm bệnh liên quan tự miễn.

2. Nguyên nhân

Đến nay vẫn chưa rõ ràng nhưng người ta thường thấy có một số yếu tố dễ làm cho bệnh phát sinh, bao gồm:

- Yếu tố gia đình và giới, thường gặp ở nữ giới từ 20 – 50 tuổi.
- Chủng tộc: Người da trắng và người châu Á có tỷ lệ mắc cao hơn người da đen.
- Sang chấn: Một số sự kiện dễ thúc đẩy bệnh như các chấn thương, sang chấn tinh thần.
- Giai đoạn biến đổi sinh dục nữ như: Dậy thì, chữa đẻ, mãn kinh.
- Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng như: Nhiễm trùng máu, viêm phổi

- Dùng Iod kéo dài để chữa bướu cổ đơn thuần mà không có sự kiểm tra.
- Bướu cổ đơn thuần Basedow hóa.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Các triệu chứng về tim mạch:
 - + Nhịp tim nhanh khoảng 100-120 lần/ phút, nhanh thường xuyên kể cả khi nghỉ ngơi, càng tăng khi gắng sức.
 - + Tiếng tim thứ nhất (T1 mạnh), nghe tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng.
 - + Huyết áp tâm thu có thể tăng nhẹ.
- Bướu cổ:
 - + Bướu thường to vừa và to đều cả 2 bên.
 - + Sờ có mặt độ chắc, có rung muru.
 - + Phần lớn bướu mạch, có khi là bướu nhân và bướu giáp ngầm.
 - + Nghe có âm thổi tâm thu hoặc âm thổi liên tục tại bướu do lưu lượng máu đi qua tuyến giáp quá nhiều.
- Mắt lồi:
 - + Có khi lồi một bên nhưng thường lồi cả hai bên, trường hợp nặng người bệnh không khép được mí, mí mắt phù nề.
 - + Xuất hiện các dấu hiệu bệnh lý ở mắt như: Mất sự phối hợp giữa nhãn cầu và mí trên khi nhìn xuống, khe mắt rộng do cơ nâng mí trên, mí mắt ít chớp do mí trên co, mất sự hội tụ nhãn cầu.
- Gầy, sút cân: Sút cân nhanh, trong vài tháng có thể sụt tới 10 kg mặc dù vẫn ăn được và cảm thấy ngon miệng (dễ nhầm với đái tháo đường)
- Run tay:
 - + Biên độ nhỏ, nhanh ở đầu ngón.
 - + Run không theo ý muốn, run cả lúc nghỉ và khi làm việc, tăng lên khi xúc động.
- Các triệu chứng khác do tăng chuyển hóa cơ bản:
 - + Ía chảy không có nguyên nhân.
 - + Sợ nóng, cảm giác bốc hỏa do rối loạn vận mạch.
 - + Tăng nhiệt độ da, có khi sốt nhẹ.
 - + Ra nhiều mồ hôi, lòng bàn tay luôn nóng ẩm.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Có nồng độ hormon tuyến giáp T3, T4 tự do cao, TSH thấp (giảm nhiều, bình thường: 0,27 – 4,2 mUI/ML)
- Cholesterol giảm < 1,4g/ lit, giảm bạch cầu, tiểu cầu.
- Chuyển hoá cơ sở tăng.
- Xét nghiệm chức năng: Độ tập chung I¹³¹ tăng nhanh.
- Các xét nghiệm miễn dịch: Các kháng thể kháng thụ thể của TSH trên màng tế bào tuyến giáp dương tính.

4. Tiến triển và biến chứng

4.1. Tiến triển

Nếu không điều trị đúng cách bệnh tiến triển từng đợt nhất là ở người cao tuổi có rối loạn nhịp tim, ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn và cuối cùng là suy tim.

4.2. Biến chứng

- Có 4 nhóm biến chứng:
 - Tim mạch: Hay gặp đó là các rối loạn kịch phát hoặc thường xuyên (nhịp nhanh, loạn nhịp hoàn toàn do rung nhĩ, suy tim toàn bộ).
 - Mắt: Viêm kết mạc, viêm giác mạc, liệt cơ vận nhãn, lồi mắt ác tính (trường hợp nặng có thể vỡ nhãn cầu)

- Con bão giáp trạng (con cường giáp trạng cấp): Là biến chứng nguy kịch nhất, thường xảy ra ở những người ngưng đột ngột thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, can thiệp ngoại khoa hay điều trị bằng iod phóng xạ ở người chưa kiểm soát được tình trạng cường giáp, nhiễm trùng nặng, có các sang chấn tâm lý hay có bệnh lý nặng.

- Nhiễm trùng nặng như: Lao phổi, áp xe phổi... suy kiệt cơ thể nặng.

5. Điều trị

- Ngăn cản sự tổng hợp Thyroxin: Dùng một trong các thuốc kháng giáp trạng tổng hợp: Thicarbamid, MTU, PTU, thioamid, methylthiouracid. Thời gian điều trị từ 18 – 24 tháng.

- Điều trị các biến chứng:

+ Nhịp tim nhanh: Thuốc chẹn beta giao cảm: Avlocardyl, propranolol...

+ Lòi mắt nhiều: Corticoid; xạ trị hốc mắt hoặc phẫu thuật giảm áp lực ổ mắt.

+ Con cường giáp trạng cấp: PTU liều cao (300mg mỗi 6 giờ), lugol (2 giọt mỗi 12 giờ) dùng sau PTU để ức chế giải phóng hormon, thuốc chẹn beta giao cảm để kiểm soát nhịp tim,

+ Kháng sinh khi có nhiễm khuẩn.

- Chế độ nghỉ ngơi, tăng cường dinh dưỡng, thuốc an thần.

- Phẫu thuật: Đối với những trường hợp nghi ung thư tuyến giáp, bướu đơn hoặc đa nhân, phụ nữ có thai không dung nạp iod phóng xạ.

- Điều trị bằng iod phóng xạ I^{131} : Đối với những trường hợp lớn tuổi, suy tim, thể trạng yếu, có tai biến của điều trị nội khoa hoặc tái phát sau điều trị nội, ngoại khoa.

6. Chăm sóc người bệnh Basedow

6.1. Nhận định

- Phỏng vấn:

+ Mắc bệnh từ bao giờ? Có hồi hộp đánh trống ngực không?

+ Có khó thở không? Có hay cáu gắt không?

+ Có mất ngủ không?

+ Có cảm giác bốc nóng, có ra mồ hôi ở tay, ở người không?

+ Có mệt khi đi lại nhiều không? Có gầy sút không?

+ Kinh nguyệt có rối loạn không?

+ Ăn có khỏe, uống có nhiều không? Nuốt có vướng không?

+ Lo lắng về vấn đề gì không?

+ Tiền sử bệnh?

+ Hoàn cảnh kinh tế?

- Quan sát và khám:

+ Cơ thể gầy, cân nặng bao nhiêu?

+ Da có ẩm và nóng không?

+ Bướu cổ to độ mấy?

+ Nhịp tim, mạch nhanh bao nhiêu? Huyết áp tâm thu có cao không?

+ Mắt có lồi, có sáng long lanh không?

+ Tay có run không ?

- Tham khảo kết quả cận lâm sàng:

+ Đo chuyển hóa cơ bản

+ Xét nghiệm máu: T3, T4, TSH

+ Cholesterol máu, bạch cầu, tiểu cầu

+ Điện tâm đồ

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Không dung nạp được các hoạt động thể lực do mệt, suy kiệt và những khó chịu khác do hậu quả của cường giáp.

- Thiếu hụt dinh dưỡng và suy kiệt do tăng quá mức chuyển hóa cơ bản.
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng của cường giáp.
- Thiếu kiến thức về tự chăm sóc và hạn chế tiến triển bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giúp người bệnh đạt được trạng thái bình giáp và giảm khó chịu của cường giáp.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.
- Ngăn ngừa và hạn chế biến chứng của cường giáp.
- Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và hạn chế tiến triển bệnh.

6.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Giúp người bệnh đạt được trạng thái bình giáp và giảm khó chịu của cường giáp.

- Bố trí cho người bệnh nghỉ ngơi ở phòng thoáng, mát, yên tĩnh, nếu có điều kiện bố trí buồng riêng.
- Hướng dẫn người bệnh thường xuyên vệ sinh cơ thể như lau mồ hôi bằng khăn sạch, thay quần áo, thay ga trải giường.
- Hướng dẫn người bệnh uống đủ nước, sử dụng các thuốc hạ sốt, an thần đã chỉ định.

- Thực hiện nghiêm túc các y lệnh điều trị để đạt bình giáp cho người bệnh:

- + Cho người bệnh uống thuốc kháng giáp trạng tổng hợp.
- + Thuốc chẹn beta giao cảm.

- Theo dõi chặt chẽ:

- + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi dùng thuốc.

+ Tác dụng không mong muốn của thuốc kháng giáp dựa vào công thức máu, hiện tượng chán ăn, vàng da, vì thuốc ảnh hưởng đến sinh sản của tủy gây giảm bạch cầu và ảnh hưởng đến chức năng gan. Khi có các biểu hiện này thông báo cho bác sỹ và phối hợp với bác sỹ để có kế hoạch điều chỉnh.

6.3.2. Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, tránh hoạt động thể lực nhiều để tiết kiệm năng lượng, nếu điều trị ngoại trú không được lao động nặng.

- Chế độ ăn, uống:

- + Chọn thức ăn giàu calo và đạm: Thịt, trứng, sữa...

- + Ăn các đồ ăn đã được để nguội, uống nước nguội.

- + Không ăn uống các đồ ăn cay nóng, các đồ uống gây kích thích thần kinh.

- + Chia khẩu phần ăn thành nhiều bữa trong ngày.

- Thực hiện y lệnh:

- + Cho người bệnh uống hoặc tiêm liều cao vitamin nhóm B.

- + Người bệnh suy kiệt quá cho truyền đạm.

- Sau một tuần theo dõi cân nặng để biết kết quả điều trị.

6.3.3. Ngăn ngừa và hạn chế biến chứng của cường giáp

- Thực hiện đầy đủ và nhận định kết quả xét nghiệm, thực hiện đầy đủ các thuốc đã chỉ định và theo dõi đáp ứng của người bệnh với thuốc.

- Nếu người bệnh sốt cao 39 – 40 °C, vã mồ hôi, mất nước, mạch nhanh >150 lần/phút, rối loạn tinh thần cần đề phòng cơn cường giáp trạng cấp. Khi đó cần:

+ Để người bệnh nằm nghỉ yên tĩnh tại giường, nhanh chóng thông báo cho bác sỹ tình trạng người bệnh, chuẩn bị sẵn sàng các thuốc để cấp cứu như thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, thuốc chẹn beta giao cảm, dung dịch lugol, corticoid dạng tiêm tĩnh mạch, dịch truyền.

+ Phối hợp với bác sỹ thực hiện nhanh chóng các thuốc, dịch truyền cấp cứu đã chỉ định và theo dõi tình trạng người bệnh.

- Khi người bệnh phàn nàn về đau mắt, cảm thấy như có cát trong mắt, không khép được mi mắt, cần hướng dẫn người bệnh đề phòng tổn thương loét giác mạc như: Hướng dẫn người bệnh mang kính tối màu, nâng cao đầu giường khi đi ngủ, khép kín mi mắt bằng dây gạc sạch, hạn chế muối trong khẩu phần ăn uống hàng ngày, liên hệ cho người bệnh khám chuyên khoa mắt để có biện pháp xử lý phù hợp.

- Trường hợp run cơ nhiều, thể trạng quá yếu, mệt cần tránh nguy cơ bị chấn thương bằng cách hỗ trợ người bệnh trong một số hoạt động, sắp xếp phòng bệnh đảm bảo an toàn và thuận tiện cho sinh hoạt cá nhân của người bệnh.

6.3.4. *Cung cấp kiến thức tự chăm sóc và hạn chế tiến triển bệnh.*

- Giải thích cho người bệnh hiểu biết về bệnh của mình, nếu điều trị tích cực, bệnh sẽ ổn định và tránh được các biến chứng, làm cho người bệnh bớt lo lắng và yên tâm điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh biết cách dùng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, nhấn mạnh cho người bệnh hiểu sự cần thiết phải điều trị đủ lâu và tuyệt đối không được tự ý dùng thuốc đột ngột khi ra viện hoặc khi được về điều trị ngoại trú.

- Hướng dẫn người bệnh chọn thức ăn phù hợp với bệnh tật, lao động nhẹ nhàng khi điều trị ngoại trú tại nhà.

- Hướng dẫn cho người bệnh cách tự theo dõi để phát hiện biến chứng của bệnh như: Cách đếm mạch, cân nặng, cách bảo vệ mắt, vệ sinh cơ thể và định kỳ khám, thử lại các hormone tuyến giáp hoặc đến khám lại ngay sau khi có biểu hiện bất thường.

6.5. **Đánh giá**

Việc chăm sóc người bệnh Basedow được coi là có kết quả khi:

6.5.1. *Người bệnh đạt được trạng thái bình giáp và giảm khó chịu của cường giáp*

- Dựa vào: Tinh thần người bệnh thoải mái ổn định, ngủ được ngon giấc.

6.5.2. *Người bệnh được tăng cường dinh dưỡng*

- Dựa vào: Người bệnh ăn được, hết mệt, cân nặng tăng và đạt mức BMI bình thường.

6.5.3. *Ngăn ngừa và hạn chế biến chứng của cường giáp cho người bệnh*

- Dựa vào: Người bệnh không bị hoặc hạn chế tối đa các biến chứng của cường giáp.

6.5.4. *Người bệnh có kiến thức tự chăm sóc và hạn chế tiến triển bệnh.*

- Dựa vào: Người bệnh biết cách tự chăm sóc khi bị bệnh...

LUỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

1. Basedow là bệnh hay gặp ở
 - A. nam giới từ 20 – 50 tuổi
 - B. nam giới ở mọi lứa tuổi
 - C. nữ giới ở mọi lứa tuổi
 - D. nữ giới từ 20 – 50 tuổi
2. Triệu chứng lâm sàng giống nhau trong bệnh Basedow và đái tháo đường là
 - A. ăn ít, gầy nhanh
 - B. ăn ít, tăng cân nhanh
 - C. ăn nhiều, gầy nhanh
 - D. ăn nhiều, tăng cân nhanh
3. Triệu chứng có giá trị nhất để phát hiện sớm và kịp thời cơn cường giáp trạng là
 - A. trạng thái kích động tinh thần
 - B. ỉa chảy
 - C. mạch tăng nhanh

- D. mắt lồi, sáng long lanh
4. Biến chứng nguy kịch nhất trong bệnh Basedow là
- A. loạn nhịp tim
 - B. viêm kết mạc
 - C. cơn cường giáp trạng cấp
 - D. lao phổi
5. Để ngăn cản sự tổng hợp Thyroxin trong bệnh Basedow dùng thuốc kháng giáp trạng với thời gian điều trị từ
- A. 18 – 24 tháng
 - B. 18 – 26 tháng
 - C. 18 – 28 tháng
 - D. 18 – 30 tháng