TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG

GIÁO TRÌNH
BỆNH HỌC TRUYỀN NHIỄM VÀ XÃ HỘI

LƯU HÀNH NỘI BỘ

MỤC LỤC

Bài 1: Đại cương bệnh truyền nhiễm 3
Bài 2: Hội chứng nhiễm trùng và choáng nhiễm trùng 11
Bài 3: Bệnh thương hàn 18
Bài 4: Bệnh tả 26
Bài 5: Bệnh lỵ trực trùng 33
Bài 6: Bệnh lỵ Amip 40
Bài 7: Bệnh bạch hầu 43
Bài 8: Bệnh ho gà 52
Bài 9: Bệnh nhiễm xoắn khuẩn Leptospira 59
Bài 10: Bệnh uốn ván 66
Bài 11: Bệnh dại (Rabies) 74
Bài 12: Bệnh giang mai 78
Bài 13: Đại cương về giun sán 83
Bài 14: Bệnh nhiễm giun đũa 86
Bài 15: Bệnh nhiễm giun móc 91
Bài 16: Bệnh nhiễm giun kim 97
Bài 17: Bệnh nhiễm sán dải heo 101
Bài 18: Bệnh nhiễm sán dải bò 105
Bài 19: Bệnh lậu 108
Bài 20: Bệnh phong 112
Bài 21: Bệnh sốt rét 117
Bài 22: Bệnh nhiễm HIV/AIDS 125
Bài 23: Bệnh bại liệt 132
Bài 24: Bệnh cúm 137
Bài 25: Bệnh quai bị 141
Bài 26: Bệnh sởi 145
Bài 27: Bệnh thủy đậu 149
Bài 28: Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn 153
Bài 29: Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella 158
Bài 30: Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do tụ cầu 160
Bài 31: Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Clostridium Perfringens 162
Bài 32: Nệnh dịch hạch 163
Bài 33: Sốt xuất huyết Dengue 169
Bài 34: Viêm gan Virus 177
Bài 35: Viêm màng não mủ 184
Bài 36: Viêm não nhật bản 192

BÀI 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được định nghĩa, các thời kỳ diễn biến lâm sàng, các nhóm bệnh truyền nhiễm theo đường lây truyền.

2. Trình bày được đặc điểm chăm sóc người bệnh truyền nhiễm, yêu cầu tổ chức và lề lối làm việc.

II. Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

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

2. Đặc điểm của bệnh truyền nhiễm:

2.1. Diễn biến lâm sàng

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

2.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

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

2.1.2. Thời kỳ khởi phát

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

2.1.3. Thời kỳ toàn phát

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

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

2.1.4. Thời kỳ lui bệnh

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

2.1.5. Thời kỳ lại sức

Có thể có các mức độ khác nhau:

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

+ Khỏi về lâm sàng, sạch mầm bệnh nhưng còn tổn thương thực thể (ví dụ trong lỵ trực trùng vẫn còn các vết loét ở niêm mạc trực tràng).

+ Khỏi về lâm sàng, không còn tổn thương thực thể, nhưng còn mang mầm bệnh. Ví dụ: Có người mang vi khuẩn thương hàn trong túi mật hàng năm sau khi lui bệnh.

2.2. Diễn biến dịch tễ

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

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

+ Dịch tản phát, xảy ra lẻ tẻ. Ví dụ: dịch bại liệt.

+ Dịch lưu hành địa phương. Ví dụ: dịch sốt rét.

+ Dịch lớn (đại dịch). Ví dụ: dịch cúm, dịch tả, dịch hạch, dịch sốt xuất huyết.....

2.2.1. Khối cảm thụ

Khả năng truyền nhiễm bệnh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố:

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

2.2.2. Nguồn nhiễm

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

2.2.3. Đường vào

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

2.2.4. Đường ra

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

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

- Nhóm truyền theo đường hô hấp:

+ Nếu mầm bệnh có khả năng lây nhiễm nặng thì số người mắc bệnh thường cao nhưng giảm nhanh, tập trung ở một vùng tiếp xúc.

+ Thường xảy ra vào mùa lạnh khi sinh hoạt ngoài trời giảm không khí ứ đọng và khả năng đề kháng của niêm mạc đường hô hấp kém.

- Nhóm truyền nhiễm theo đường tiêu hóa:

+ Thường là dịch lớn, số người mắc bệnh tăng rất nhanh.

+ Thường có chung một cung cấp nước hay thức ăn, trong một tập thể dân cư nhỏ thường vào mùa nắng, nước thiếu, ruồi phát triển, thức ăn dễ hỏng.

+ Sau cơn bùng phát, số người mắc bệnh giảm từ từ.

- Nhóm truyền nhiễm theo đường máu:

+ Luôn tùy thuộc vào côn trùng trung gian truyền bệnh, theo chu kỳ phát triển và địa phương có côn trùng.

+ Thường có ở những người có điều kiện sống và làm việc như nhau.

+ Điều kiện thuận lợi cho côn trùng trung gian cũng là điều kiện cho bệnh phát triển.

+ Chỉ xảy ra ở từng địa phương.

- Nhóm truyền nhiễm theo đường da – niêm mạc:

+ Thường do tiếp xúc trực tiếp nên số người mắc bệnh lẻ tẻ.

+ Chỉ có người tiếp xúc mới mắc bệnh do đó khả năng truyền bệnh kém.

3. Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm:

Việc chẩn đoán thường dựa vào các yếu tố sau:

3.1. Dịch tể

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

3.2. Lâm sàng

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

3.3. Xét nghiệm

3.3.1. Không đặc hiệu

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

3.3.2. Đặc hiệu

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

Tìm kháng thể trong máu.

3.4. Điều trị thăm dò

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

B. ĐẶC ĐIỂM CHĂM SÓC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

1. Đặc điểm của khoa truyền nhiễm

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

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

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

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

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

2.1. Về mặt điều trị

- Có cơ sở tiếp nhận, cách ly và hồi sức cấp cứu.
- Có điều kiện chẩn đoán, xét nghiệm vi sinh phối hợp với đội vệ sinh phòng dịch.
- Kiểm tra người bệnh sạch trùng trước khi cho xuất viện.

2.2. Về mặt tổ chức

- Xây theo hệ thống một chiều, phân biệt rõ ràng vùng bị nhiễm và vùng sạch.
- Có phương tiện ngăn cách các loại bệnh truyền nhiễm khác.
- Khoa truyền nhiễm cần có:

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

+ Phòng khám: Khám chẩn đoán bệnh.

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

+ Một số phòng bệnh.

+ Phòng cấp cứu.

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

+ Một số phòng chuyên môn.

+ Phòng làm việc của bác sĩ, điều dưỡng.

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

2.3. Chế độ công tác tại khoa truyền nhiễm

- Phòng bệnh, phòng dịch:

+ Cách ly người bệnh.

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

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

+ Không được mặc áo choàng ra khỏi bệnh viện.

+ Không được mang vật dụng cá nhân vào khoa truyền nhiễm.

+ Mặc áo choàng, mũ, khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh.

+ Công nhân viên, khám sức khỏe định kỳ và tiêm chủng.

- Chế độ báo dịch:

+ Kịp thời thông báo ngay khi có trường hợp nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm.

+ Thủ tục báo từ khoa truyền nhiễm – y vụ – trạm vệ sinh phòng dịch.

+ Có sổ báo dịch ghi họ tên, tuổi, giới, nghề nghiệp và địa chỉ người bệnh chính xác.

- Chế độ khử trùng tẩy uế:

+ Đồ dùng sử dụng cho người bệnh phải được tiệt trùng bằng hóa chất, ánh sáng mặt trời từ 6 đến 12 giờ.

+ Chất bài tiết phải được xử lý trước khi đổ vào cống kín. Phương tiện chuyên chở phải được tẩy uế.

+ Rác, bông băng, mô chết được tập trung và đốt.

+ Sau khi khám bệnh, nhân viên y tế phải ngâm tay với dung dịch sát trùng, sau đó rửabằng bàn chải và xà phòng.

+ Sàn nhà được lau 2 lần/ngày với dung dịch sát trùng.

+ Tường và tủ lau 1 lần/tuần.

+ Khử trùng phòng bằng tia cực tím hoặc xông hơi với Formol từ 12 đến 24 giờ và để trống từ 12 đến 24 giờ mới tiếp nhận bệnh nhân.

+ Diệt ruồi muỗi, gián, bọ chét, chuột mỗi năm bằng cách phun hóa chất và quét vôi định kỳ.

3. Công tác chăm sóc người bệnh tại khoa truyền nhiễm

3.1. Tổ chức tiếp đón người bệnh và phân loại

- Thái độ đón tiếp niềm nở, khẩn trương, đi đôi với tác phong làm việc nhanh chóng.

- Thực hiện các chỉ định điều trị hướng dẫn kỹ lưỡng cách dùng thuốc, tốt nhất điều dưỡng phải cho người bệnh uống thuốc, các xét nghiệm khẩn làm ngay và lấy kết quả để bác sĩ cho y lệnh tiếp theo... Trong lúc chờ đợi phải gần gũi giải thích và theo dõi sát diễn biến bệnh để người bệnh và người nhà an tâm.

- Phân loại bệnh theo 4 đường lây:

+ Lây qua đường tiêu hóa.

+ Lây qua đường hô hấp.

+ Lây qua đường máu.

+ Da, niêm mạc.

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

- Phân loại bệnh theo trạng thái nghi ngờ.

3.2. Lập và hoàn chỉnh hồ sơ

- Phòng khám lập hồ sơ.

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

3.3. Thông báo dịch

3.4. Lập kế hoạch chăm sóc

- Công tác chăm sóc cho từng loại bệnh.

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

3.5. Chăm sóc

- Tổng quát:

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

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

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

+ Dinh dưỡng.

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

- Tinh thần:

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

- Giáo dục sức khỏe:

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

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

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

Câu hỏi lượng giá:

1. **Trong bệnh nhiễm trùng, thông thường thời gian ủ bệnh trong khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG:**

   A. 5 – 10 ngày

   B. 6 – 12 ngày

   C. 7 – 14 ngày

   D. 8 – 16 ngày

2. **Thời kì lại sức trong bệnh nhiễm trùng có các mức độ khác nhau, CHỌN CÂU ĐÚNG:**

   A. Khỏi về lâm sàng, còn mang mầm bệnh.

   B. Khỏi về lâm sàng, còn tổn thương thực thể.

   C. Khỏi về lâm sàng, còn tổn thương các mô.

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

3. **Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn có khả năng lây truyền sang những người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp.**

   A. Đúng

   B. Sai

4. **Mầm bệnh có thể vào cơ thể thông qua các đường, CHỌN CÂU SAI:**

   A. Đường da

   B. Đường tiêu hóa

   C. Đường hô hấp

   D. Đường tiết niệu

5. **Thời kì toàn phát được tính từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh.**

   A. Đúng

   B. Sai.

BÀI 2: HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG VÀ CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được định nghĩa của hội chứng nhiễm trùng, choáng nhiễm trùng.

2. Kể được 3 nhóm nguyên nhân gây sốt.

3. Trình bày được cách xử trí khi người bệnh sốt.

4. Nêu được các biểu hiện lâm sàng của choáng nhiễm trùng.

II. Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1.Hội chứng nhiễm trùng:

1.1.Định nghĩa:

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

1.2.Biểu hiện:

1.2.1. Sốt

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

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

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

$T^0 \geq 37^0C$ → Có sốt.

$T^0 = 37,5 – 38,9^0C$ → Sốt vừa.

$T^0 \geq 39^0C$ → Sốt cao.

1.2.1.1. Nguyên nhân gây sốt

- Sốt do nhiễm khuẩn: Viêm phổi, viêm tai mũi họng, viêm màng não, thương hàn, lỵ trực khuẩn.....

- Sốt do nhiễm virus: Viêm não Nhật Bản B, sốt xuất huyết, viêm gan siêu vi, viêm họng do virus.....

- Sốt do nhiễm ký sinh trùng: Sốt rét.....

1.2.1.2. Xử lý các trường hợp sốt

Cần làm ngay:

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

Xử lý tiếp theo:

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

1.2.2.2. Tình trạng nhiễm trùng

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

2.Choáng nhiễm trùng:

Choáng nhiễm khuẩn là một cấp cứu truyền nhiễm.

2.1. Định nghĩa

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

2.2. Các vi khuẩn thường gây choáng nhiễm khuẩn

Chủ yếu là các vi khuẩn:

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

2.3. Cơ chế bệnh sinh

*** Tác nhân gây choáng nhiễm khuẩn**

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

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

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

2.4. Lâm sàng

2.4.1. Dấu hiệu suy tuần hoàn cấp

- Trên da:

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

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

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

- Hạ huyết áp:

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

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

- Giảm khối lượng nước tiểu:

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

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

2.4.2. Các dấu hiệu kèm theo

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

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

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

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

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

2.5. Các xét nghiệm sinh học

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

- Cấy máu: Vi khuẩn Gram âm kỵ khí.

Nếu âm tính cũng không loại trừ choáng nhiễm khuẩn.

- Máu cô đặc: Giảm khối lượng tuần hoàn.

+ *Hematocrite* tăng.

+ Đường máu tăng.

+ *Transaminase* tăng.

+ Toan chuyển hóa.

+ Urê huyết tăng nhanh.

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

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

2.6.1. Các bệnh hay gây choáng

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

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

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

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

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

2.6.2. Điều kiện dễ xuất hiện choáng

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

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

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

+ Theo nguyên tắc:

- Phát hiện sớm điều trị kịp thời.
- Hồi sức cấp cứu tích cực.
- Kháng sinh điều trị căn nguyên gây bệnh.
- Điều trị triệu chúng.

+ Nhiệm vụ của người điều dưỡng:

- Thực hiện các y lệnh khẩn trương, chính xác.
- Theo dõi diễn biến người bệnh và báo bác sĩ.
- Ghi chép đầy đủ các thông tin vào hồ sơ bệnh án.

B. CHĂM SÓC

1. Nhận định

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

1.1. Tình trạng hô hấp

Bệnh nhân có khó thở không?

1.2. Tình trạng tuần hoàn

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

1.3. Tình trạng toàn thân

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

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

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

2. Lập kế hoạch chăm sóc

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

3. Thực hiện kế hoạch

+ Bảo đảm thông khí.

+ Theo dõi tuần hoàn:

- Lấy mạch, huyết áp ngay cho người bệnh.
- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp theo y lệnh.

+Theo dõi dấu hiệu tâm thần kinh:

- Tình trạng ý thức của người bệnh.
- Chú ý an toàn cho người bệnh: Đề phòng ngã....

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

+ Chăm sóc hệ thống cơ quan và nuôi dưỡng.

- Cho người bệnh ăn đầy đủ chất lượng và số lượng dinh dưỡng cần thiết. Tùy tình trạng người bệnh mà chọn đường cho ăn và dạng thức ăn cho phù hợp.
- Chăm sóc da, răng, miệng.

+ Giáo dục sức khỏe:

- Bằng thái độ ân cần, động viên người bệnh và người nhà bệnh nhân an tâm điều trị, thực hiện tốt các chỉ định chuyên môn và chấp hành nội dung khoa phòng và bệnh viện.
- Giáo dục ý thức, biện pháp sống vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

+ Có kế hoạch chăm sóc phù hợp với người bệnh.

+ Thực hiện nhanh, chính xác, đầy đủ các kỹ thuật chăm sóc trong kế hoạch.

+ Ghi chép đầy đủ hồ sơ bệnh án.

+ Người bệnh phục hồi nhanh, không di chứng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Nguyên nhân gây sốt trong bệnh nhiễm trùng thường do, CHỌN CÂU SAI:**
   A. Sốt do nhiễm khuẩn
   B. Sốt do virus
   C. Sốt do nhiễm nấm
   D. Sốt do nhiễm kí sinh trùng
2. **Tình trạng nhiễm trùng được biểu hiện khi quan sát bệnh nhân, CHỌN CÂU ĐÚNG**:
   A. Mặt hốc hác, đau đầu, hơi thở hôi
   B. Mặt hốc hác, buồn nôn, hơi thở hôi
   C. Mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn
   D. Mặt hốc hác, sốt cao, lưỡi bẩn
3. **Hội chứng nhiễm trùng là một bệnh, nó bao gồm nhiều triệu chứng.**
   A. Đúng
   B. Sai
4. **Các vi khuẩn thường gây choáng nhiễm khuẩn, chủ yếu là các vi khuẩn gram dương chiếm 2/3.**
   A. Đúng
   B. Sai
5. **Điều kiện dễ xuất hiện choáng, CHỌN CÂU ĐÚNG**:
   A. Vừa sẩy thai, đẻ khó
   B. Sau mổ do giảm thể tích máu
   C. Sau sốt xuất huyết
   D. Cả A và B.

BÀI 3: BỆNH THƯƠNG HÀN

I.Mục tiêu bài học

1. Trình bày được một số đặc điểm căn nguyên và dich tễ của bệnh thương hàn.

2. Mô tả được các triệu chứng của thời kỳ khởi phát và toàn phát của bệnh thương hàn.

3. Kể các biến chứng và cách dự phòng bệnh thương hàn.

4. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh thương hàn.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

2. Mầm bệnh:

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

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

Salmonella có 3 loại kháng nguyên:

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

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

3. Dịch tễ:

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

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

4. Bệnh sinh:

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

5. Triệu chứng lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Khoảng 10 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát.

Khoảng 5 – 7 ngày

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

5.3. Thời kỳ toàn phát

Khoảng 7 – 10 ngày.

5.3.1. Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc

- Sốt tăng dần lên tới 39-40^{0}C, sốt liên tục, từ tuần thứ hai tạo hình ảnh sốt cao nguyên, thường kèm theo ớn lạnh.

- Mạch nhiệt phân ly: Mạch tương đối chậm (trong 30-40% các trường hợp).

- Người bệnh suy nhược nhanh, hốc hác.

- Rối loạn tri giác: lờ mờ, bất động có vẻ vô cảm, thờ ơ (*typhos).*

5.3.2. Rối loạn tiêu hóa

- Tiêu chảy 3 – 4 lần trong một ngày, phân vàng lỏng, lổn nhổn, xen kẻ táo bón.

- Bụng chướng, đau nhẹ, sờ thấy lạo sạo ở hố chậu phải, nghe có tiếng óc ách.

- Gan lách to, thường gặp ở trẻ em.

- Lưỡi bẩn, mất gai.

5.3.3. Hồng ban

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

5.3.4. Các triệu chứng khác (ít gặp)

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

5.4. Thời kỳ lui bệnh

Tuần lễ thứ 3-4.

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

6. Biến chứng:

6.1.Biến chứng tiêu hóa:

6.1.1. Xuất huyết

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

6.1.2. Thủng ruột

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

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

6.1.3. Viêm túi mật

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

6.1.4. Viêm gan

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

6.1.5. Ít gặp

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

6.2. Biến chứng tim mạch

6.2.1. Viêm cơ tim

Đau ngức, loạn nhịp tim, suy tim.

6.2.2. Viêm tắc tĩnh mạch, động mạch

Thường gặp ở cẳng chân

6.3. Biến chứng thận

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

6.4. Viêm màng não mũ, viêm xương... ít gặp

7. Chẩn đoán:

Chẩn đoán dựa vào:

7.1. Dịch tễ học

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

7.2. Lâm sàng

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

7.3. Xét nghiệm

- Số lượng bạch cầu giảm.
- Cấy máu: (+) cao trong tuần đầu (80 – 90%).
- Cấy phân: (+) cao ở tuần thứ 2 – 3.
- Cấy nước tiểu: (+) từ tuần thứ ba trở đi.
- Huyết thanh chẩn đoán: Phản ứng *Widal* (+) với kháng nguyên O và H cho biết bệnh đang tiến triển, (+) với kháng nguyên Vi trong trường hợp người lành mang mầm bệnh. Nên làm hai lần, lần đầu vào tuần thứ hai, lần sau vào tuần thứ ba, hiệu giá kháng thể tăng 4 lần trở lên: Có ý nghĩa chẩn đoán. Với kháng nguyên O hiệu giá kháng thể trên 1/100 dù làm một lần vẫn có ý nghĩa chẩn đoán (Trừ trường hợp người mới khỏi bệnh).

8. Điều trị:

8.1. Kháng sinh

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

- *Chlorramphenicol* 30mg/kg/ngày.
- *Amoxocilin – Ampicilin* 50mg/kg/ngày.
- *Cotrimoxazole*: 48mg/kg/ngày.

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

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

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

- Với người lớn và trẻ em ≥ 15 tuổi:

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

8.2. Săn sóc tổng quát

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

9. Dự phòng:

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

B. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

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

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.
- Huyết áp.

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

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

1.3. Tình trạng chung

- Sốt: Tăng dần và đạt đến mức liên tục 39 – 40^0C, mạch – nhiệt phân ly.

- Dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc: Người bệnh li bì, mê sảng, mệt nhọc, hốc hác.
- Theo dõi triệu chúng tiêu hóa: Tiêu chảy xen lẫn tóa bón, tình trạng bụng .... để phát hiện biến chứng thủng ruột.
- Theo dõi phân: có xuất huyết không.
- Xem bệnh án để biết:

  + Chỉ định thuốc.

  + Yêu cầu xét nghiệm: Chú ý lấy bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh.
- Các yêu cầu theo dõi khác (chú ý biến chứng thủng ruột).
- Yêu cầu dinh dưỡng: Rất quan trọng, ví không dùng đúng chế độ ăn dễ đưa đến biến chứng thủng ruột. Có chế độ ăn mềm cho người bệnh.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

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

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí.

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

3.2. Theo dõi tuần hoàn.

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay cho bác sĩ.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Tùy tình tràng người bệnh (mạch nhanh, hạ huyết áp...).

3.3. Theo dõi và phòng các biến chứng.

- Quan sát tình trang tri giác: Tỉnh, lơ mơ, mê sảng.
- Nếu táo bón: Số lượng, màu sắc (phân đen là có xuất huyết tiêu hóa).
- Nếu người bệnh đau bụng: Không dùng thuốc chống co thắt. Có thể đắp chăn ấm để đỡ đau.

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

3.4. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.

- Dùng thuốc:
    + *Cotrimoxazle, Bactrim.*
    + *Ampicilin, Amoxicillin.*
    + *Choramphenicol.*
    + *Nhóm Quinolon.*
- Các xét nghiệm: Huyết thanh chẩn đoán *Widal,* cấy máu...

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan.

- Vệ sinh răng miệng,
- Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét (người bệnh thường nằm lâu).
- Sốt cao: Lau mát, không dùng hạ nhiệt.
- Nuôi dưỡng:

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

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

3.6. Giáo dục sức khỏe.

- Ngay khi có người bệnh mới vào, với thái độ dịu dàng, nhân viên y tế phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh phương pháp tiệt trùng và xử lý xử lý chất thải của người bệnh như: phân, nước tiểu, mẫu máu.
- Cách ly người bệnh tại bệnh viện.
- Điều trị người lành mang trùng.
- Thực phẩm phải được nấu chín và tránh ruồi.

4. Đánh giá quá trình chăm sóc

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

Câu hỏi lượng giá:

1. **Thương hàn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân do Salmonella gây ra, Salmonella là trực khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Kỵ khí
   B. Hiếu khí
   C. Gram (-)
   D. Gram (+)
2. **Trực khuẩn nào dưới đây gây bệnh thương hàn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Trực khuẩn Salmonella typhi
   B. Trực khuẩn Salmonella paratyphi
   C. Trực khuẩn Salmonella typhi murium
   D. Cả A và B.
3. **Sốt cao liên tục tạo hình ảnh sốt cao nguyên, kèm theo mạch nhiệt phân ly là gặp trong bệnh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Lỵ trực trùng
   B. Lỵ Amíp
   C. Viêm phổi
   D. Thương hàn
4. **Thời kì khởi phát trong bệnh thương hàn thường kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 3 – 5 ngày.
   B. 5 – 7 ngày.
   C. 7 – 9 ngày.
   D. 9 – 11 ngày.
5. **Dựa vào kháng nguyên người ta chia Salmonella ra hơn 2200 type huyết thanh.**
   A. Đúng
   B. Sai.

BÀI 4: BỆNH TẢ

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh dich tả.

2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tả.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

Bệnh tả là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do phẩy khuẩn tả (*Vibrio cholerae),* gây tiêu chảy dẫn đến mất nước và điện giải nặng. Bệnh nguy hiểm đối với trẻ em và người già, có thể phát triển thành dịch lớn khi có điều kiện vệ sinh môi trường kém.

2. Mầm bệnh:

- *Vibrio cholerae* là một loại vi khuẩn ngắn, hình hơi cong như dấu phẩy, Gram (-), di động nhanh nhờ có một con roi, thấy trong phân người bệnh và người mang mầm bệnh. Vi khuẩn không tạo bao tử nhưng có khả năng tồn tại trong nước, thức ăn khoảng 1 tuần, chúng bị hủy diệt nhanh bởi nhiệt độ cao (hơn 55^0C) và các chất tẩy khuẩn.
- Ngoài ra type cổ điển, còn có type *Eltor* được nhìn nhận gây dịch trầm trọng cho người, sự phân biệt 2 type cổ điển và *Eltor* dựa trên khả năng gây dung huyết và tính nhạy cảm với kháng sinh, có ý nghĩa trong nghiên cứu dịch tễ học của bệnh tả.

3. Dịch tễ:

3.1. Nguồn bệnh

- Người bệnh thải vi khuẩn qua phân, chất nôn, thường sạch vi khuẩn sau một tuần.
- Người lành mang vi khuẩn thải vi khuẩn qua phân trong thời gian rất lâu.

3.2. Đường truyền nhiễm

- Vi khuẩn tồn tại khá lâu ở môi trường bên ngoài, nhiễm vào các thực phẩm như cá, tôm, cua, sò, ốc, từ đó xâm nhập vào người khác khi họ ăn các loại thức ăn chưa nấu kỹ.
- Cách lây truyền trực tiếp từ người bệnh sang nhân viên y tế, người nuôi bệnh, người khâm liệm tử thi...tuy hiếm nhưng vẫn có thể xảy ra.

3.3. Các yếu tố thuận lợi

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

- Bệnh thường xảy ra vào mùa nắng.
- Trẻ em thường mắc bệnh nhiều nhất.

4. Bệnh sinh:

Sau khi xâm nhập vi khuẩn phát triển ở thành ruột non và sinh ra ngoại độc tố. Ngoại độc tố gắn vào bề mặt các tế bào niêm mạc ruột, kích hoạt *Adenyl cyclase* dẫn đến sự gia tăng AMP vòng: nước từ tế bào niêm mạc sẽ xuất tiết vào lòng ruột non, gây ra hiện tượng tiêu chảy ồ ạt. Người bệnh bị mất nước đẳng trương, cần phải can thiệp nhanh, nếu không sẽ bị hạ thể tích huyết tương, rối loạn điện gải, toan máu, trụy tim mạch, suy thận và tử vong.

5.Triệu chứng lâm sàng:

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

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

5.2. Thời kỳ khởi phát

- Người bệnh bị đột ngột đầy bụng, sôi bụng.
- Tiêu chảy một vài lần, không sốt.

5.3. Thời kỳ toàn phát

Thường có 5 triệu chứng:

5.3.1. Tiêu chảy xối xả

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

5.3.2. Nôn mửa

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

5.3.3. Tình trạng tiền choáng hoặc choáng

Thân thể lạnh, tay chân lạnh...

5.3.4. Chuột rút

Các bắp co rút, đau do giảm Ca^{++}.

5.3.5. Tiểu ít hoặc vô niệu

- Người bệnh có dấu hiệu mất nước: Mặt hốc hác, lờ đờ, mắt trũng sâu, da nhăn nheo, các hố trên xương đòn, xương ức... lõm vào, tiếng nói thiều thào tim đập yếu, mạch nhanh, thân nhiệt dưới 37^0C.

5.4. Thời kỳ phục hồi

6.Chẩn đoán:

- Bệnh diễn biến 1-3 ngày rồi tự ngưng, nếu người bệnh bù được nước và điện giải thời gian phục hồi sẽ nhanh hơn.
- Dựa vào các yếu tố:

6.1. Dịch tễ

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

6.2. Lâm sàng

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

6.3. Xét nghiệm

- Soi phân dưới kính hiển vi nền đen: Thấy vi khuẩn tả chuyển động nhanh.
- Cấy phân: Cho kết quả sau 24 giờ.
- Xét nghiệm đánh giá những biến đổi sinh học.
- Tình trạng cô đặc máu: Số lượng hồng cầu, bạch cầu tăng, dung tích hồng cầu tăng, tỷ trọng huyết tương tăng.
- Rối loạn điện giải: Cl^- tăng ít, K^+ giảm, dự trữ liềm giảm.
- Suy thận: reatinin máu tăng.

7.Điều trị:

7.1. Nguyên tắc điều trị

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

7.2. Điều trị

7.2.1 Bồi hoàn nước điện giải qua hai giai đoạn

- *Giai đoạn 1*: (Trong 6 giờ đầu) khi mới nhập viện, bù nước và điện giải để người bệnh khỏi bị kiệt nước, kiệt muối.
- *Giai đoạn 2*: (8 giờ tiếp theo) bù nước, điện giải bị mất khi điều trị.
- Dung dịch dùng là:

  + *Ringer Lactate* (Hoặc NaCl 9%o, NaHCO3 14%0, đ *Alkalect)*

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

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

- Nên bổ sung $K^{+,}$ Ca^{++}.
- Khi tạm ổn chuyển sang dùng uống.

7.2.2. Kháng sinh

- *Tetracylin*: 500mg/kg/6h x 8 - 12 lần/liều.
- Trẻ em: 10mg/kg/6h x 8 lần/liều.

7.2.3. Điều trị triệu chứng – dinh dưỡng

- Các triệu chứng sẽ giảm khi bồi hoàn nước – điện giải đúng.
- Ăn: Người lớn nghỉ ăn 1 ngày. Trẻ em không nghỉ ăn, cho ăn thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu hoặc bú mẹ.
- Không dùng thuốc cầm tiêu chảy vì có thể gây hại.

8.Dự phòng

B.CHĂM SÓC:

1. Nhận bệnh

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng chân, móng tay, đếm nhịp thở, kiểu thở, tình trạng tăng tiết, nếu người bệnh suy hô hấp cần tìm mọi phương pháp thông khí, thở oxy.
- Đầu chi lạnh tím do nhiệt độ thấp.
- Người bệnh mất nước nhiều và nhanh làm giảm thể tích tuần hoàn đột ngột gây khó thở, thở nhanh.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch
- Huyết áp

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

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

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

Đánh giá mức độ nước:

- Toàn trạng, mắt, nước mắt, chun giãn da.

- Số lượng nước tiểu ít: Ít hay vô niệu, nếu có biến chứng suy thận.

1.3. Tình trạng đi tiêu

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

1.4. Tình trạng chung

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

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước.
- Thực hiên các y lệnh của bác sĩ: Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Hướng dẫn nội quy giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí.

3.2. Theo dõi tuần hoàn.

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo ngay bác sĩ. Dự trù đủ số dịch truyền, nhanh chóng bù đủ lượng nước mất.
- Nhanh chóng chuẩn bị truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngay. Truyền kim to và cho nhiều đường truyền, cho chảy tốc độ nhanh. Kiểm tra vận tốc thường xuyên.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 15 phút/lần, 1 giờ/lần: Tùy tình trạng người bệnh và chỉ định của bác sĩ.

3.3 Theo dõi dấu hiệu mất nước.

- Đánh giá mức độ mất nước.
- Theo dõi lượng nước ra vào cơ thể trong 24 giờ.
- Bù đủ nước.

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

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

- Thuốc.
- Các xét nghiệm.

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

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

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

- Cho nằm giường có lỗ để giúp cho tiểu tiện tại chổ. Cần có 2 bô và chứa dung dịch sát trùng để chứa phân và chất nôn riêng.
- Dùng thước có vạch nhúng vào bô để tính thể tích, nhúng vào bô để đo nếu bô không có vạch đo.
- Lau rửa, thay quần áo thường xuyên để tạo cảm giác dễ chịu cho người bệnh.
- Chú ý vùng mông sạch sẽ, khô.
- Nuôi dưỡng: Bớt tiêu chảy cho ăn chất lỏng, dễ tiêu.
- Dinh dưỡng: Chủ yếu là truyền dịch.

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

+ Trẻ em: cho bú mẹ.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Ngay khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nôi quy khoa phòng cho người bệnh và người nhà của người bệnh (bằng thái độ dịu dàng làm cho người bệnh yên tâm điều trị).
- Hướng dẫn cách tẩy uế xử lý phân đúng quy cách cho người bệnh và người nhà của người bệnh tại khoa, để tránh lây lan.
- Khi xuất viện, hướng dẫn người bệnh và người nhà của người bệnh phương pháp dự phòng. Vệ sinh tực phẩm, uống nước, cách tẩy uế và xử lý phân tại nhà.

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:

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

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

Câu hỏi lượng giá:

1. **Bệnh tả là một bệnh nhiễm khuẩn mãn tính do phẩy khuẩn tả gây tiêu chảy dẫn đến mất nước và điện giải nặng.**

   A. Đúng

   B. Sai

2. **Các yếu tố nào dưới đây là sai, khi nói về điều kiện phát triển của phẩy khuẩn tả, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Vệ sinh môi trường kém.

   B. Bệnh thường xảy ra vào mùa mưa.

   C. Bệnh thường xảy ra vào mùa nắng.

   D. Trẻ em thường mắc bệnh nhiều nhất.

3. **Nguyên tắc điều trị bệnh tả, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Bồi hoàn nước điện giải

   B. Kháng sinh, điều trị triệu chứng

   C. Bồi hoàn nước điện giải, chống nôn

   D. Cả A và B.

4. **Soi phân dưới kính hiển vi nền đen, thấy vi khuẩn tả không chuyển động.**

   A. Đúng

   B. Sai

5. **Tính chất phân của dịch tả, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Phân nước lẫn đàm

   B. Phân toàn nước đục như nước vo gạo mùi tanh

   C. Phân nước vàng

   D. Phân nước màu nâu.

BÀI 5: BỆNH LỴ TRỰC TRÙNG

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh lỵ trực trùng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh khi bị lỵ trực trùng.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

lỵ trực trùng.

2. Mầm bệnh:

Shigella là trực khuẩn gram (-) không di động. Dựa vào các đặc điểm kháng nguyên O (Kháng nguyên thân) và một số đặc điểm sinh hóa, người ta chia thành 4 nhóm:

Nhóm A: *Shigella dysenteriea.*

Nhóm B: *Shigella flexneri.*

Nhóm C: *Shigella boydii.*

Nhóm D: *Shigella sonnei.*

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

Các *Shigella* thuộc loại hiếu khí tùy nghi, mọc dễ dàng trên môi trường thường quy như EMB, Mac, Conkey, SS... chúng nhạy cảm với các dung dịch sát khuẩn.

3. Dịch tễ:

Khác với các vi khuẩn khác, chỉ cần một lượng nhỏ (10 – 100 vi khuẩn) *Shigella* cũng đủ gây bệnh. Vì thế, bệnh rất dễ truyền từ người này sang người khác, nhất là ở những tập thể đông đúc (nhà trẻ, trường học, nhà giam...). Bệnh thường gây ra trên toàn thế giới, đặc biệt ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường và thực phẩm kém.

3.1. Nguồn bệnh

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

3.2. Đường lây truyền

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

3.3. Khối cảm nhiễm

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

4. Bệnh sinh:

Sau khi xâm nhập, *Shigella* dễ dàng vượt qua hàng rào acid của dạ dày, qua ruột non và tăng sinh trong niêm mạc ruột già, gây phản ứng viêm cấp tính. Lớp tế bào thượng bì chứa vi khuẩn sẽ bị hủy hoại, tróc ra, tạo nên các ổ loét nông trên nền niêm mặc viêm lan tỏa. Lúc đầu tổn thương ở cuối ruột già và trực tràng, sau đó lan tỏa dần khắp các đoạn ruột. Tiêu chảy xuất hiện do rối loạn hấp thụ nước – điện giải.

Ruột bị viêm loét có thể bị đưa đến xuất huyết.

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

5. Triệu chứng lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

12 – 70 giờ, không có triệu chứng.

5.2. Thời kỳ khởi phát

Đột ngột, với triệu chứng không đặc hiệu:

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt 39 – 40^0C, ớn lạnh, đau cơ, mệt mỏi, buồn nôn, biếng ăn.

- Triệu chứng tiêu hóa: Đi tiêu phân lỏng hoặc nước vàng, đau quanh bụng có khi mất nước (trẻ em, người già).

5.3. Thời kỳ toàn phát, bệnh cảnh lỵ đầy đủ với

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 39^0C, ớn lạnh, mệt mỏi, biếng ăn.
- Hội chứng lỵ, gồm 3 triệu chứng:

  + Đau quặn bụng từng cơn, dọc theo khung ruột già, mỗi lần đau lại kích thích đi tiêu, đi xong hết đau.

  + Mót rặn nhiều, càng căng thẳng, đau thót vùng ruột già, ở người già suy kiệt có thể dẫn đến sa trực tràng.

+ Phân có chất nhầy, máu, 10 – 40 lần/ngày, lượng phân ngày càng ít đi.

- Tổng trạng: Suy sụp nhanh, mệt nhọc, lờ đờ, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng nâu.
- Trẻ em từ 1 – 4 tuổi thường có sốt cao kèm theo co giật, có biểu hiện thần kinh li bì, lơ mơ, đau đầu, cổ cứng.

6. Chẩn đoán:

Dựa váo các yếu tố:

6.1. Dịch tễ học

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

6.2. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễn khuẩn nặng.
- Hội chứng lỵ.

6.3. Xét nghiệm phân

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

7. Điều trị:

7.1. Bồi hoàn nước

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

7.2.Kkháng sinh

- Nhóm *Betalactam: Ampicilin.*
- *Cotrimonxazon (Trimethoprim sulfamethoxazole)* 480mg x 1 viên/10 kg cân nặng, chia làm 2 lần.
- Nhóm *Quinolon (Pefloxacine* 400mg chia 2 lần/ngày).

7.3. Điều trị triệu chứng

- Các thuốc giảm nhu động ruột không nên dùng vì làm triệu chứng xấu đi, kéo dài thời gian thải vi khuẩn.
- Có thể dùng thuốc an thần nhẹ.
- Ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu. Cho uống nước hoặc ORS theo nhu cầu.

8. Dự phòng:

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống và vệ sinh nước, rửa tay trước khi ăn và chế biến thực phẩm.
- Xử lý phân.
- Cách ly người bệnh, sát khuẩn chất thải.

B. CHĂM SÓC

(Chung cho lỵ trực tràng và lỵ Amip).

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

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

1.2. Tình trạng tuần hoàn

- Mạch.

  Trong khi đi tiêu ồ ạt: Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ (nhịp tim nhanh) dẫn đến suy tuần hoàn.
- Huyết áp.
- Cần theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần: Theo y lệnh.

1.3. Tình trạng tri giác

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

1.4. Tình trạng đi tiêu

- Số lần, số lượng phân, tính chất phân.
- Đi tiêu máu ồ ạt, rối loạn nước, điện giải suy tuần hoàn sẽ dẫn đến tử vong.
- Số lượng máu mất ở thể nặng.

1.5. Tình trạng chung

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

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

- Xem bệnh án để biết.
    + Chẩn đoán.
    + Chỉ định thuốc.
    + Xét nghiệm.
    + Các yêu cầu theo dõi khác.
    + Dinh dưỡng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.
- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước.
- Thực hiện các y lệnh.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Đảm bảo thông khí

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

3.2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và báo cáo bác sĩ.
- Chuẩn bị truyền dịch đường tĩnh mạch. Nhẹ cho uống ORS.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần: Theo y lệnh.

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

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

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời

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

+ Cấy phân.

(lấy phân đúng quy cách).

3.5.Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp tiểu tiện tại chổ.
- Bệnh nhân nặng cần được tắm rửa thay quần áo ngày nhiều lần.
- Lau mát nếu có sốt cao.
- Người bệnh có biến chứng sa trực tràng cần ngâm rửa nước ấm sau khi đi tiêu.
- Nuôi dưỡng: Khuyến khích ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, uống nhiều nước cháo, súp. Đặc biệt trẻ em cần cho ăn uống đầy đủ và bổ dưỡng, ăn nhiều lần, để tránh suy dinh dưỡng.

3.6. Giáo dục sức khỏe

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

4. Đánh giá

- Được đánh giá là chăm sóc tôt nếu:

+ Thể tiêu chảy nặng hoặc không có triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ĩ, tiêu phân loãng từ 1 đến 2 tuần thì hết.

+ Thể mãn tính: Người bệnh tiêu máu mủ kéo dài làm mất nhiều đạm. Rối loạn nước – điện giải kéo dài dẫn đến tiêu chảy, phải cho ăn uống đầy đủ nâng cao thể trạng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Lỵ trực khuẩn là bệnh viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn Salmonella gây ra.**

   A. Đúng

   B. Sai

2. **Trực khuẩn Shigella là trực khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Gram (+)

   B. Gram (-)

   C. Kỵ khí

   D. Hiếu khí

3. **Trực khuẩn Shigella được chia thành 4 nhóm, nhóm nào dưới đây thường gây bệnh cảnh nặng hơn các nhóm khác, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Nhóm A

   B. Nhóm B

   C. Nhóm C

   D. Nhóm D

4. **Thời kì ủ bệnh của trực khuẩn Shigella là, chọn câu đúng nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 6 – 60 giờ

   B. 8 – 65 giờ

   C. 10 – 68 giờ

   D. 12 – 70 giờ

5. **Hội chứng lỵ gồm có 3 triệu chứng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Đau quặn bụng từng cơn, mót rặn nhiều, phân có nhầy máu.

   B. Đau vùng ruột già, mót rặn nhiều, phân có nhầy máu

   C. Đau vùng thượng vị, mót rặn nhiều, phân có nhầy máu

   D. Đau bụng vùng quanh rốn, mót rặn nhiều, phân có nhầy máu.

BÀI 6: BỆNH LỴ AMIP

I.Mục tiêu bài học:

1. Kể được 3 hình thái của ký sinh trùng amip.

2. Mô tả được các biểu hiện lâm sàng của bệnh lỵ Amip.

3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị bệnh ly amip.

II. Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

Bệnh lỵ Amip là bệnh nhiễm khuẩn đường ruột do ký sinh trùng amip gây nên, bệnh cấp tính có khuynh hướng chuyển thành mãn tính.

2. Mầm bệnh:

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

3. Dịch tễ:

- Nguồn bệnh: nguồn bệnh.
- Đường lây bệnh: đường tiêu hóa.

4. Bệnh sinh:

Kén Amip là yếu tố truyền bệnh chủ yếu. Bệnh xảy ra khi người nuốt phải kén (theo thức ăn bị nhiễm kén). Khi vào cơ thể kén kéo thức ăn xuống ruột, vỏ kén bị phá hủy bởi men Trypsine. Amip ra khỏi kén chuyển xuống đại tràng sống và sinh sản ở đó. Khi gặp điều kiện thuận lợi, amip chuyển sang dạng hoạt động (ăn hồng cầu).

5. Lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

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

5.2. Thời kỳ phát bệnh

- Sốt nhẹ hoặc không sốt.
- Toàn trạng ít thay đổi.
- Hội chứng lỵ:

  + Đau bụng quặn.

  + Mót rặn.

+Đi ngoài phân có máu, mũi nhầy. Số lần đi ít, có thể 1 – 2 lần/ngày. Cũng có khi 5 – 10 lần/ngày.

5.3. Tiến triển

- Nếu được điều trị đúng, bệnh khỏi.
- Cũng có trường hợp bệnh diễn biến nặng lên hoặc trở thành mãng tính.
- Lỵ Amip mãn tính.
- Người bệnh thường xuyên rối loạn tiêu hóa.
- Đau bụng, thỉnh thoảng có cơn đau dọc theo đại tràng.
- Đi ngoài có lúc đi ra máu, mũi nhầy.
- Ăn uống kém.
- Có thể có biến chứng áp xe gan do amip.

6. Chẩn đoán:

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

7. Điều trị:

- Nguyên tắc:

+Điều trị sớm, đúng cách, đư liều.

+Điều trị theo triệu chứng, biến chứng.

8. Phòng bệnh: Xem bài lỵ trực khuẩn.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỴ AMIP: Xem bài lỵ trực khuẩn.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Thời kỳ ủ bệnh trong lỵ Amíp là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 2 – 10 tuần.
   B. 3 – 13 tuần.
   C. 4 – 14 tuần.
   D. 5 – 15 tuần.
2. **Bệnh lỵ Amíp là bệnh nhiễm khuẩn đường mật do ký sinh trùng Amíp gây nên.**
   A. Đúng
   B. Sai
3. **Lỵ Amíp có thể gây biến chứng, nhưng biến chứng nào dưới đây là sai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Ápxe gan do Amíp.
   B. Ápxe phổi do Amíp.
   C. Ápxe tim do Amíp.
   D. Ápxe não do Amíp.
4. **Nguyên tắc điều trị trong lỵ Amíp, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Sạch mầm bệnh
   B. Điều trị sớm, đúng cách, đủ liều
   C. Điều trị theo triệu chứng, biến chứng
   D. B và C đúng.
5. **Chẩn đoán xác định lỵ Amíp dựa vào, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Triệu chứng lâm sàng
   B. Siêu âm tổng quát
   C. Soi phân tìm KST Amíp
   D. A và C đúng.

BÀI 7: BỆNH BẠCH HẦU

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh bạch hầu.

2. Lập kế hoạch chăm sóc người mắc bệnh bạch hầu.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

2. Mầm bệnh:

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

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

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

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

3. Dịch tễ:

3.1. Nguồn nhiễm

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

3.2. Đường lây lan

- Chủ yếu qua đường hô hấp do các chất nhớt cổ họng chứa đầy vi khuẩn văng ra khi trẻ khóc, ho, hắt xì...
- Lây lan gian tiếp qua các vật dụng thức ăn.

3.3. Khối cảm thụ

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

4.Bệnh sinh:

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

5.Triệu chứng lâm sàng: Có các dạng:

5.1. Bạch hầu họng

5.1.1. Ủ bệnh

Từ 2 – 5 ngày.

5.1.2. Khởi phát

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

5.1.3. Toàn phát

- Khám họng: Họng đỏ, màng giả thường ở 2 bên *Amydal*, có khi lan rộng và bít kín vòm hầu. Màng giả thường có màu trắng ngà hay trắng xám, dính chặt vào niêm mạch bên dưới, khi bóc dễ chảy máu, có xu hướng phát triển và lan rộng rất nhanh.
- Khi thấy màng giả phải điều trị ngay, không chờ kết quả xét nghiệm.
- Ngoài ra còn có hội chứng nhiễm độc: Người lừ đừ, biếng ăn, da xanh, sổ mũi, nổi hạch dưới hàm.

5.2. Bạch hầu ác tính

Tiên phát hay thứ phát sau bạch hầu họng.

5.2.1. Hội chứng nhiễm độc nặng

- Sốt cao, mạch tăng nhanh, huyết áp giảm, xanh tái.
- Lừ đừ, mệt lả, gan to.
- Có xuất huyết: Nôn, chảy máu cam, xuất huyết dưới da.
- Hạch cổ xưng to, đau, lan tỏa.

5.2.2. Màng giả

Lan tràn nhanh, màu xám, dễ chảy máu.

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

5.3. Bạch hầu thanh quản

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

5.3.1. Gian đoạn khàn tiếng

Khàn tiếng, tắc tiếng, ho khan và khô trong 48 giờ.

5.3.2. Gian đoạn khó thở

Ban đầu vào đêm sau tăng dần.

- Cơn nghẹt thở ngắn tăng lên.
- Khó thở vào, chậm, rít lên, lõm xương ức và thượng đòn, liên sườn. Khó thở được chia làm 3 mức độ:
    - Độ I: Khó thở từng cơn, tăng khi bị kích thích.
    - Độ II: Khó thở liên tục, bức rứt.
    - Độ III: Khó thở nhanh, nôn, tím tái, lơ mơ.

5.3.3. Giai đoạn ngạt thở

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

6.Biến chứng do ngoại độc tố:

6.1. Viêm cơ tim

- Có thể xuất hiện sớm ở những ngày đầu, hoặc muộn (tuần lễ thứ 3 – 5 của bệnh).
- Bỏ ăn, nôn mửa, đau thượng vị, mệt mõi, lừ đừ, bứt rứt.
- Mạch nhanh hoặc chậm, huyết áp hạ hoặc kẹt, tiếng tim mờ, nhịp không đều, suy tim cấp có thể làm người chết đột ngột.

6.2. Viêm dây thần kinh ngoại biên

Dẫn đến:

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

7.Chẩn đoán:

Dựa vào:

7.1. Dịch tễ học

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

7.2. Lâm sàng

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

7.3. Xét nghiệm

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

8.Điều trị:

8.1. Nguyên tắc

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

8.2. Điều trị đặc hiệu

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

8.3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, cần giữ theo dõi 55 ngày.
- Dinh dưỡng đầy đủ, các chế độ ăn nhẹ dễ tiêu.
- Trợ hô hấp.
- An thần.
- Trợ tim mạch.
- *Corticoide* cho những trường hợp nặng.
- Với khó thở thanh quản, mở khí quản là biện pháp an toàn và hữu hiệu. Thời gian đặt ống tốt nhất là 7 - ngày.

9.Dự phòng:

9.1.Điều trị người mang mầm bệnh'

- *Penicillin* G 300.000 – 600.000 đvqt/ ngày trong 10 – 20 ngày.
- *Erythromycin* 30 – 50 mg/ngày trong 7 – 10 ngày.

9.2. Với người bệnh

- Chỉ xuất viện khi đã sạch mầm bệnh.

9.3. Với người tiếp xúc

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

9.4. Tiêm phòng DPT theo lịch

B. CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

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

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

1.2. Tình trạng tuần hoàn

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

1.3. Tình trạng thần kinh

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

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Đo lượng nước tiểu/giờ/24 giờ.
- Theo dõi ý thức, vận động, bứt rứt, vật vã.

- Xem bệnh án để viết:
    + Thể bạch hầu.
    + Chỉ định thuốc.
    + Xét nghiệm.
    + Các yếu tố theo dõi khác.
    + Yêu cầu dinh dưỡng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc.

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

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Chăm sóc cơ bản

- Cho người bệnh nghỉ ngơi:

    + Nghỉ ngơi tuyệt đối và cách ly từ 2 – 3 tuần. Nghỉ ngơi rất quan trọng, nhất là những trường hợp có biến chứng viêm cơ tim.

- Ăn uống vệ sinh cá nhân:
    + Vệ sinh răng miệng.
    + Vệ sinh mắt, tai, mũi.
    + Vệ sinh da và xoay trở ngừa loét.
    + Tẩy uế các chất bài tiết của người bệnh đúng quy cách.
- Nuôi dưỡng:

    + Cho ăn thức ăn sệt ở người liệt vòm hầu để tránh sặc. Nặng: Có biến chứng liệt vòm hầu, hầu họng cho thức ăn qua ống thông dạ dày và truyền dịch ưu trương.

3.2. Đảm bảo thông khí

- Đặt người bệnh nằm nghiêng, an toàn. Để cơ hoành hạ thấp, lồng ngực giản nở.
- Người khó thở: Cho nằm đầu cao, cho thở oxy.
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc để phụ giúp bác sĩ mở khí quản.

- Theo dõi sát nhịp thở và tình trạng thần kinh, tình trạng tăng tiết, sự tím da môi và đầu ngón.
- Hút đờm dãi.

3.3. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

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

3.4. Theo dõi và ngừa biến chứng

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

3.5. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ

- Truyền dịch.
- Dùng kháng sinh.
- Làm các xét nghiệm.
- Giúp bác sĩ mở khí quản: Mở khí quản trong bạch hầu thanh quản có khó thở độ II, khi khó thở độ III nếu có mở khí quản cũng rất dễ tử vong.

+ Hút đờm dãi thường xuyên.

+ Cho người bệnh thở oxy qua mở khí quản.

+ Chăm sóc mở khí quản với kỹ thuật vô trùng.

+ Thời gian đặt ống mở khí quản là từ 3 – 4 ngày, tốt nhất là 7 – 10 ngày. Sau khi rút ống cần theo dõi biến chứng hẹp khí quản và chăm sóc chỗ mở khí quản như một vết thương.

- Trung hòa độc tố bạch hầu bằng kháng độc tố.
- SAD là loại thuốc đặc trị chưa có gì thay thế được. Nên dùng SAD thật sớm, ngay khi có chẩn đoán lâm sàng. Dùng SAD sau 48 giờ hiệu quả rất thấp.

Chú ý làm test da trước khi tiêm.

3.6. Giáo dục sức khỏe

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

+ Hạn chế hoạt động mạnh và không đi lại sớm.
+ Phải phết họng 2 lần (-) cách nhau 2 tuần mới cho ra viện.

- Bạch hầu có thể phòng bệnh dễ dàng.
- Tiêm chủng cho trẻ bằng vacxin DPT.
  + Mũi 1: Cho trẻ 2 – 3 tháng, tiêm bắp 0,5 ml.
  + Mũi 2: Cho trẻ 3 – 4 tháng, tiêm bắp 0,5 ml.
  + Mũi 3: Cho trẻ 4 – 5 tháng, tiêm bắp 0,5 ml.

4. Đánh giá

- Người bệnh bạch hầu đến sớm trước 48 giờ và chưa có biến chứng nếu được chăm sóc tốt sẽ có hy vọng cứu khỏi.
- Điều trị với SAD và kháng sinh ngay nếu tình trạng miễn dịch của người bệnh tốt, tử vong dưới 5%, còn nếu điều trị muộn vào ngày thứ 4, tử vong tăng cao 20 lần.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Trực khuẩn bạch hầu tiết ra ngoại độc tố rất độc, loại nào sau đây thường gây nhiễm độc, tử vong cao, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Mitis
   B. Gravis
   C. Intermedins
   D. Cả B và C.
2. **Lứa tuổi nào hay gặp nhất trong bệnh bạch hầu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 1 – 4
   B. 1 – 6
   C. 1 – 8
   D. 1 – 9
3. **Trong bệnh bạch hầu, màng giả thường có màu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Màu trắng ngà
   B. Màu vàng nhạt
   C. Màu trắng xám
   D. Cả A và C.
4. **CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT khi nói đến biến chứng do ngoại độc tố bạch hầu gây nên:**
   A. Viêm cơ tim
   B. Viêm thận
   C. Viêm dây thần kinh ngoại biên
   D. Cả A và C
5. **Nguyên tắc điều trị bạch hầu: trung hòa độc tố càng sớm càng tốt.**
   A. Đúng
   B. Sai.

BÀI 8: BỆNH HO GÀ

I.Mục tiêu bài học:

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh ho gà.

2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh ho gà.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

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

2. Mầm bệnh:

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

Vi khuẩn mọc chậm 3 – 5 ngày khi cấy hiếu khí trên môi trường *Border – Gengou.* Trên thạch máu, độc lực của *Bordetella pertussis* có thể làm tiêu huyết.

3. Dịch tễ:

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

- Hầu hết trẻ mắc bệnh từ 1 – 6 tuổi. Khoảng 30% trẻ được tiêm chủng vẫn bị bệnh, tuy triệu chứng có nhẹ hơn và thời gian giảm bệnh ngắn hơn. Miễn dịch không bền.
- Bệnh gặp rải rác quanh năm.

4. Bệnh sinh:

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

5. Lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Từ 7 – 16 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát Từ 5 – 10 ngày.

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

5.3. Thời kỳ toàn phát (Thời kỳ ho 2 – 4 tuần)

- Ho xuất hiện, ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc ho thông thường. Cơn ho điển hình xuất hiện đột ngột, về ban đêm hay sau cơn xúc động, sợ hãi, vùng vẫy. Người bệnh ho liên tiếp 5 – 20 lần không kiềm chế được, cuối cơn ho có tiếng hít sâu như tiếng gà gáy, rồi lại tiếp cơn ho khác. Trong cơn ho người bệnh rã rời, mặt đỏ gay, có lúc tím tái, tĩnh mạch cổ căng phồng... Sau cơn ho người bệnh thường nôn, mệt lã, đờ đẫn.
- Ngoài cơn ho: Trẻ em vẫn ăn và chơi bình thường.

5.4. Thời kỳ phục hồi: Từ 3 – 4 tuần.

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

6.Biến chứng:

Thường là nguyên nhân đưa đến tử vong.

6.1. Hô hấp

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

6.2. Thần kinh

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

6.3. Tiêu hóa

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

6.4. Các cơ quan khác

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

7.Chẩn đoán:

Dựa vào các yếu tố:

7.1. Dịch tễ học

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

7.2. Lâm sàng

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

7.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu 20.000 – 50.000/mm^3 máu, hơn 60% là lympho bào.
- Phân lập *Bordetella pertussis* từ tăm bông quệt họng: Tỷ lệ (+) rất cao (80 – 90%) trong 3 – 4 tuần đầu.

8.Điều trị:

8.1. Dùng kháng sinh

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

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

  + *Ampicillin* 50mg/kg/ngày x 10 – 14 ngày.

  + *Trimethoprim Sulfamethoxazole* dùng 2 lần/ ngày. Liều 8 – 10 mg/kg/ngày.

8.2. Huyết thanh (gamma giobulin)

Cần dùng sớm.

8.3. Giảm triệu chứng: giảm ho

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

8.4. Săn sóc

- Dinh dưỡng đầy đủ, cung cấp nước, điện giải khi nôn nhiều.
- Thở oxy khi cần. Theo dõi hô hấp, hút đờm dãi.
- Tránh các chất kích thích gây ho.

- Điều trị biến chứng: *Ampicillin, Cloxacllin* Hoặc *Cephalosporin.*

9.Dự phòng:

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

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO GÀ

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

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

1.2. Tình trạng tuần hoàn

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

1.3. Theo dõi cơn ho

- Lấy nhiệt độ.
- Co giật.
- Nôn ói.
- Xuất huyết: Chảy máu cam, xuất huyết da niêm mạc.
- Theo dõi vận động, ý thức.
- Xem bệnh án để biết:
    + Chẩn đoán.
    + Chỉ định thuốc.
    + Xét nghiệm.
    + Các yêu cầu theo dõi khác.
    + Dinh dưỡng.

Và có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

1.4. Tình trạng chung

2. Lập kế hoạch chăm sóc

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

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí.

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

3.2. Theo dõi tuần hoàn.

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

3.3. Theo dõi các biến chứng.

3.4. Thực hiện các y lệnh chính xác kịp thời

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

3.5. Chăm sóc các hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần nôn.
- Nhỏ thuốc: mắt, tai để phòng ngừa biến chứng.

- Vệ sinh da sạch sẽ, thay quần áo và ga trải giường sau mỗi lần nôn.
- Nuôi dưỡng:

+Sau cơn ho 15 phút cho trẻ ăn lại: Hướng dẫn bà mẹ cách cho con ăn. Mỗi lần cho ăn ít một và nhiều lần trong ngày để tránh nôn, sặc.

+Chế độ dinh dưỡng đầy đủ (đủ đạm) và thích hợp: Để tránh suy dinh dưỡng.

3.6. Giáo dục sức khỏe

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

3.7. Phòng bệnh

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

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tôt nếu:

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

Câu hỏi lượng giá:

1. **Ho gà là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, bệnh thường gặp ở trẻ em, lây trực tiếp qua đường tiêu hóa.**

   A. Đúng

   B. Sai

2. **Ho gà thường gặp ở trẻ em lứa tuổi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 1 – 3 tuổi

   B. 1 – 4 tuổi

   C. 1 – 5 tuổi

   D. 1 – 6 tuổi

3. **Thời kỳ khởi phát trong bệnh ho gà, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 1 – 5 ngày

   B. 3 – 7 ngày

   C. 4 – 8 ngày

   D. 5 – 10 ngày

4. **Phân lập Bordetella pestussis từ tăm bông quệt họng: tỉ lệ (+) rất cao trong 3 – 4 tuần đầu.**

   A. Đúng

   B. Sai

5. **Triệu chứng lâm sàng của bệnh ho gà, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Ho liên tiếp 5 – 20 lần

   B. Mặt đỏ gay

   C. Tĩnh mạch cổ căng phồng

   D. Tất cả đều đúng.

BÀI 9: BỆNH NHIỄM XOẮN KHUẨN LEPTOSPIRA

I.Mục tiêu bài học

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh *leptospira*.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh *leptospira*.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

2. Mầm bệnh:

Leptospira là một loại xoắn khuẩn nhỏ, 5 – 15 µm x 0,1 – 0,2 µm.

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

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

3. Dịch tễ:

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

4. Bệnh sinh:

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

5. Triệu chứng lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thời gian ủ bệnh thường 7 – 12 ngày.

5.2. Thời kỳ khởi phát

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

5.3. Thời kỳ toàn phát

5.3.1. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39 – 40^0C, kèm theo rét run.
- Người bệnh mệt nhiều, chán ăn, đôi khi mê sảng.

- Đau nhức lan tỏa, nhức đầu, cơ, nhất là các chi.
- Kết mạc mắt sung huyết, phù nề.
- Da ửng đỏ, phát ban.

5.3.2. Hội chứng gan mật

- Da màu vàng cam.
- Gan to, đau.

5.3.3. Hội chứng thận

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

5.3.4. Hội chứng màng não

- Dấu hiệu quan trọng nhất dịch não tủy có nhiều Bạch cầu 50 – 100 bạch cầu/mm^3, đa số là bạch cầu đơn nhân, đạm tăng ít, đường bình thường.

5.3.5. hội chứng xuất huyết

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

5.4. Thời kỳ lui bệnh

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

6. Chẩn đoán:

Dựa vào:

6.1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao, rét run, đau người, đặc biệt ở các chi.
- Hội chứng thận – gan mật.
- Hội chứng màng não.

6.2. Xét nghiệm

- Công thức máu:

  + Bạch cầu 10.000 – 20.000mm^3 máu, đa số là đa nhân trung tính, tăng cao hơn nữa khi có vàng da nặng.

- Nước tiểu:

  + Trong giai đoạn nhiễm trùng huyết, nước tiêu có Albumin, hồng cầu, bạch cầu

- Chức nặng thận:

+ *Creatinin* trong máu tăng.

- Chức năng gan:

+ SGOT, SGPT tăng.

6.3. Xét nghiệm vi sinh học

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

6.4. Huyết thanh chẩn đoán

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

7.Điều trị:

7.1. Kháng sinh

- Cần dùng sớm trong 4 ngày đầu để cắt sốt và hạn chế tổn thương cơ quan nội tạng:

+ *Penicillin* G 50.000 – 100.000đv/kg/ngày trong 5 – 7 ngày.

+ *Doxycyclin* 100mg x 2 lần trong 7 ngày.

+ *Ampicilline, Amoxicillin, Tetracyclin, Erythromycin, Cephalosporine* cũng có tác dụng.

7.2. Điều trị triệu chứng

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

8.Dự phòng:

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

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LEPTOSPIRA

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

- Quan sát da, móng tay, chân.
- Đếm nhịp thở, kiểu thở.

- Nếu người bệnh suy hô hấp cần thông khí và cho thở *oxy*.

1.2. Tình trạng tuần hoàn

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

1.3. Tình trạng xuất huyết

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

1.4. Tình trạng chung

- Đo nhiệt độ.
- Co giật.
- Vàng da: Gan to, đau, đội khi có lách to.
- Nước tiểu: Số lượng, màu sắc.
- Đau nhức dữ dội:

  + Nhức đầu.

  + Đau cơ (bắp chân).
- Viêm màng não: Theo dõi ý thức vận động.
- Xem bệnh án để biết:

  + Chẩn đoán.

  + Chỉ định thuốc.

  + Xét nghiệm.

  + Các yêu cầu theo dõi khác.

  + Yêu cầu dinh dưỡng: có thể cho người bệnh ăn bằng đường miệng không? Nêu người bệnh hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.

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

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí.

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng một bên.
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu ngón tay.
- Nếu co đờm: hút đờm dãi.

3.2. Theo dõi tuần hoàn.

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

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

- Thuốc:

+ Kháng sinh: *PenixilinG, Ampixilin, Amoxicylin, Tetracyclin, Erythromyxin, Streptomyxin, Cephalosporin.*

- Theo dõi tri giác: Lơ mơ hay hôn mê.
- Các xét nghiệm: Lấy bệnh phẩm gửi xét nghiêm theo y lệnh.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Tùy tình trạng người bệnh.

3.4. Chăm sóc hệ thống cơ quan

- Co giật: Giữ an toàn cho người bệnh.
- Có sốt cao: lau mát.
- Vệ sinh răng miệng hằng ngày.
- Vệ sinh da sạch, xoay trở tránh loét.
- Tẩy uế các chất bái tiết.
- Các cơn đau nhức cần đắp ấm để giảm đau.

- Theo dõi vàng da.
- Theo dõi nước tiểu: Số lượng, màu sắc.
- Nuôi dưỡng:
    + Người bệnh suy thận: Cho ăn ít đạm.
    + Thời kỳ hồi phục cho ăn đủ dinh dưỡng nhất là sinh tố để nâng cao thể trạng.
    + Trường hợp nặng cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền tĩnh mạch.

3.5. Giáo dục sức khỏe

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

Câu hỏi lượng giá:

1. **Leptospira là vi khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Gram (-)
   B. Gram (+)
   C. Kỵ khí
   D. Hiếu khí
2. **Xoắn khuẩn Leptospira là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính từ súc vật sang người.**
   A. Đúng
   B. Sai
3. **CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT khi nói về lâm sàng của bệnh Leptospira:**
   A. Hội chứng nhiễm khuẩn
   B. Hội chứng thận – gan mật
   C. Hội chứng màng não
   D. Cả A, B và C.
4. **Trong bệnh Leptospira, Penicilin G được dùng với liều lượng là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 50.000 – 100.000 đv/kg/ngày.
   B. 100.000 – 150.000 đv/kg/ngày.
   C. 150.000 – 200.000 đv/kg/ngày.
   D. 200.000 – 250.000 đv/kg/ngày.
5. **Thời kì ủ bệnh trong bệnh Leptospira là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 3 – 5 ngày.
   B. 5 – 7 ngày.
   C. 6 – 10 ngày.
   D. 7 – 12 ngày.

BÀI 10: BỆNH UỐN VÁN

I.Mục tiêu bài học

1. Trình bày được bệnh học, dịch tễ học, điều trị và phòng bệnh uốn ván.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh uốn ván.

II.Nội dung:

A. BỆNH HỌC:

1. Định nghĩa:

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

2. Mầm bệnh:

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

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

3. Dịch tễ:

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

Trẻ em dưới 5 tuổi và người lớn thường bị bệnh nặng. Tỷ lệ tủ vong cao 30 – 50%.

4. Bệnh sinh:

Sau khi xâm nhập vào vết thương, nha bào phá vỏ chuyển thành dạng hoạt động, sinh sản tại đây và tiết ra ngoại độc tố. Ngoại độc tố có 3 thành phần, nhưng chính *Tenospasmin* tác động lên điểm cuối của thần kinh cơ và sợi cơ gây co cứng. Ngoài ra, độc tố còn tác động lên tủy sống làm tăng hoạt động của các cung phản xạ...

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

5.Lâm sàng:

5.1. Thời kỳ ủ bệnh

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

5.2. Thời kỳ khởi phát

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

5.3. Thời kỳ toàn phát

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

5.3.1. Co cứng đau cơ

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

Sự co cứng liên tục.

5.3.2. Co giật cứng toàn thân

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

5.3.3. Rối loạn chức năng

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

5.3.4. Toàn trạng

- Người bệnh hoàn toàn tỉnh táo.
- Sốt 38 - 39^{0}C.
- Mạch hơi nhanh 90 – 120 lần/ phút.
- Vã mồ hôi sau các cơn giật.
- Khi bệnh diễn biến nặng sẽ có sốt cao trên 39^{0}C, mạch nhanh trên 140 lần/phút, tăng tiết đờm dãi, lơ mơ hoặc hôn mê vì thiếu oxy não.

5.4. Tiến triển

5.4.1 Thuận lợi

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

5.4.2. Xấu

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

6.Chẩn đoán:

Dựa vào dịch tễ và lâm sàng.

7.Điều trị:

7.1. Điều trị đặc hiệu

- Trung hòa độc tố: SAT (*Serum Anti Tetanique)* phải dùng sớm khi độc tố còn lưu hành trong máu, chưa gắn vào tế bào thần kinh.
- Cách dùng: ½ tiêm bắp, ½ tiên\m dưới da, 1 liều duy nhất: 20.000 – 30.000đv (test trước).
- Vacxin phòng uốn ván: 0,5 ml tiêm bắp x 2 mũi, cách nhau 1 tháng. Kháng sinh Penicilin 50.000 – 100.000đv/kg/ngày (vết thương còn viêm).

7.2. Săn sóc quan trọng

- Bảo đảm thông khí đường hô hấp: Thở O_2, hút đờm dãi, mở khí quản.
- Kiểm soát cơn co giật: An thần nhanh kèm giãn cơ.

+ Điều trị nền: 2 – 4 mg/kg/ngày chia 4 lần.

Dùng Diazepam uống hay nhỏ giọt tĩnh mạch.

+ Điều trị cắt cơn: 0,5mg/kg/lần. Tiêm tĩnh mạch chậm.

- Xử lý vết thương: Cắt lọc, làm sạch rửa oxy già, dùng kháng sinh diệt trùng.
- Điều chỉnh rối loạn nước – điện giải.
- Chống tái phát.

8.Dự phòng:

- Xử lý vêt thương có nguy cơ bị uốn ván.
- Rửa sạch vết thương bằng nước oxy già.
- Cắt lọc, lấy dị vật.
- Không băng quá kín, quá chặt.
- Dùng Ampicillin 2g/ngày.
- Tiêm vacxin phòng uốn ván VAT.
    + VAT 0,5ml tiêm bắp 2 lần cách nhau 1 tháng.
    + Vô khuẩn dụng cụ.
- SAT: 1.500đv, tiêm bắp.
- Vệ sinh môi trường.
- Chích VAT cho trẻ em.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

1. Nhận định

1.1. Tình trạng hô hấp

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

1.2. Tình trạng tuần hoàn

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

1.3. Tình trạng thần kinh

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

Người bệnh thường tỉnh và đau nhiều.

1.4. Tình trạng chung

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

+ Chẩn đoán.
+ Chỉ định thuốc.
+ Xét nghiệm.
+ Các yêu cầu theo dõi khác, yêu cầu dinh dưỡng: có thể cho người bệnh ăn bằng đường miệng không? Nếu người bệnh mê sảng phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo thông khí.

- Theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh
- Theo dõi các dâu hiệu sinh tồn.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.
- Hướng dẫn nội quy.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch

3.1. Đảm bảo thông khí.

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

3.2. Theo dõi tuần hoàn.

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

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

- Thuốc:

+ SAT.
+ Kháng sinh.
+ An thần.

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

+ Từ lúc cứng hàm đến co giật dưới 48 giờ là bệnh nặng.
+ Có cơn co giật tím tái hoặc ngừng thở phải hồi sức cấp cứu ngay.

- Giữ an toàn cho người bệnh.
- Lấy nhiệt độ.
- Hạn chế các yếu tố gây co giật. Bảo đảm yên tĩnh, không tiếng động, ánh sáng dịu.
- Săn sóc vết thương (nếu có). Thay băng hàng ngày.
- Gai đoạn phục hồi còn cứng cơ, cứng khớp nên tập luyện và làm vật lý trị liệu.
- Xét nghiệm.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn tùy tình tràng người bệnh.

3.4. Chăm sóc hệ thống cơ quan nuôi dưỡng

- Nhiệt độ cao: Lau mát.
- Vệ sinh răng miệng.
- Vệ sinh mắt, tai, mũi.
- Vệ sinh da, chăm sóc đề phòng loét, giữ cho khăn trải giường khô và thẳng.
- Săn sóc hàng ngày nếu bệnh nhân có mở khí quản và chuẩn bị rút khi người bệnh hết khó thở. Làm loãng đờm để dễ hút.
- Cần tập trung công tác chăm sóc để hạn chế co giật.
- Nuôi dưỡng:

+ Cho ăn lỏng và sệt để tránh sặc.
+ Nặng thì cho ăn qua ống thông dạ dày và truyền dung dịch ưu trương.
+ Dinh dưỡng đầy đủ và thích hợp

3.5. Giáo dục sức khỏe

- Ngay từ khi người bệnh mới vào, phải hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh (nếu tỉnh) và thân nhân của người bệnh.
- Tiêm chủng DPT khi chưa có vết thương cho trẻ em theo lịch tiêm chủng:

+ Mũi 1 (DPT1): khi trẻ em 2 tháng tuổi.
+ Mũi 2 (DPT2): khi trẻ em 3 tháng tuổi.
+ Mũi 3 (DPT3): khi trẻ em 4 tháng tuổi.

- Khi có vết thương phải tiêm SAT 1.500 – 3.000 đv/ tiêm bắp và tiêm vacxin.

Dự phùng uốn ván rốn:

+ Quản lý thai.

+ Đỡ đẻ vô khuẩn.
+ Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ khi mang thai.
+ Sát khuẩn đầu cuống rốn bằng cồn iốt.

4. Đánh giá

Được đánh giá là chăm sóc tốt:

+ Từ ngày thứ 10 trở đi các cơn co giật giảm dần.
+ Mạch nhiệt độ trở lại bình thường.
+ Miệng há to dần.
+ Ngủ được.
+ Thời kỳ lại sức kéo dài hàng tháng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do Bordetella pertussis gây ra.**

   A. Đúng

   B. Sai

2. **Trong bệnh uốn ván, thời gian trung bình từ lúc bắt đầu bị thương đến lúc cứng hàm là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 4 – 8 ngày

   B. 5 – 10 ngày

   C. 6 – 12 ngày

   D. 7 – 14 ngày

3. **Điều trị đặc hiệu trong bệnh uốn ván bằng thuốc trung hòa độc tố, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. DPT

   B. SAT

   C. ALT

   D. APT

4. **Cách điều trị nào dưới đây là đúng nhất khi dùng thuốc trung hòa độc tố trong bệnh uốn ván, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Độc tố còn lưu hành trong máu

   B. Độc tố đã gắn vào tế bào thần kinh

   C. Độc tố chưa gắn vào tế bào thần kinh

   D. Cả A và C.

5. **Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc Clostridium tetani là trực khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Kỵ khí

   B. Hiếu khí

   C. Gram (-)

   D. Gram (+)

BÀI 11: BỆNH DẠI (Rabies)

I.Mục tiêu học tập:

- Trình bày đại cương bệnh dại.
- Mô tả được mầm bệnh, nguồn bệnh, đường lây, trong bệnh dại.
- Trình bày triệu chứng lâm sàng bệnh dại.
- Nêu cách chẩn đoán và phương pháp điều trị bệnh dại.
- Nêu cách dự phòng bệnh dại.

II.Nội dung:

1. Đại cương:

Bệnh dại là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vius dại gây ra, bệnh chủ yếu ở súc vật (chó, mèo…) lây qua người bằng đường da, niêm mạc, hầu hết do súc vật cắn.

2. Mầm bệnh:

Virus gây bệnh dại thuộc nhóm Lyssavirus nằm trong họ Rhabdoviridae. Hiện nay người ta ghi nhận được 11 loại Lyssavirus có cấu tạo kháng nguyên tương tự như nhau và hình thành một nhóm huyết thanh virus dại được tìm thấy ở các loài động vật có vú.

3. Nguồn bệnh

Là các loại dã thú, gia súc bị dại như: Chó, mèo, chồn, cáo…

4. Đường lây:

Qua da, niêm mạc: vius dại có trong nước bọt của súc vật bị dại, không bao giờ qua được da lành nhưng vius dại lây từ động vật này sang động vật khác và sang người qua da, niêm mạc bị tổn thương (dù rất nhỏ) do bị súc vật dại cắn, cào, liếm hoặc khi làm thịt súc vật dại .

5. Sức cảm thụ bệnh và miễn dịch:

Tất cả các lòai động vật máu nóng như người, dã thú, gia súc (đặc biệt động vật ăn thịt) đều có thể bị bệnh dại.

Sau khi phát bệnh ở người tử vong là 100%.

Người chỉ thu được miễn dịch sau khi tiêm vacxin đủ liều.

6. Triệu chứng lâm sàng:

6.1. Thời kỳ ủ bệnh:

Từ 10 ngày đến trên 1 năm, trung bình 20 đến 60 ngày. Nếu số vệt cắn nhiều, sâu và vị trí cắn gần thần kinh trung ương (đầu, mặt, cổ) thì thời kỳ ủ bệnh sẽ ngắn.

Trước khi phát bệnh có thể có tiền triệu: lo lắng, thay đổi tính tình, cảm giác ngứa, đau ở vết cắn.

6.2. Thời kỳ toàn phát: Có 2 thể bệnh sau:

6.2.1. Thể hung dữ hoặc co cứng:

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

- Khi thì ở trạng thái kích thích vận động là chủ yếu biểu hiện: Co cứng, run rẩy tứ chi, co giật, co thắt họng và thanh khí quản gây nên triệu chứng sợ nước. Khát không dám uống, chỉ nhìn thấy hoặc nghe thấy tiếng nước chảy cũng gây tăng co thắt họng và rất đau. Tình trạng co thắt này tăng lên mỗi khi có kích thích dù rất nhỏ vào các giác quan như: luồng gió nhẹ, mùi vị, ánh sáng v.v…nét mặt luôn căng thẳng hốt hỏang, mắt sáng và đỏ, tai thính, có thể có tình trạng kích thích sinh dục. Sốt tăng dần, vã mồ hôi, tăng tiết đàm rãi. Rối loạn tim mạch, hô hấp xuất hiện nhiều ảo giác.

Tất cả các triệu chứng trên xuất hiện thành từng cơn, ngày càng dày hơn, mạnh hơn cuối cùng là bệnh nhân tử vong sau 3 – 5 ngày do ngừng tim, ngừng hô hấp.

6.2.2.Thể liệt:

Ít gặp hơn thể trên, thường gặp ở người bị chó dại cắn đã tiêm vacxin nhưng muộn, thường không có triệu chứng sợ nước, sợ gió.

Lúc đầu có thể thấy đau nhiều vùng cột sống sau đó xuất hiện hội chứng liệt leo (Liệt chi dưới, liệt cơ vòng, liệt chi trên). Khi tổn thương tới hành não thì xuất hiện liệt thần kinh sọ, ngừng hô hấp, ngừng tuần hòan, tử vong sau 4 đến 12 ngày.

7. Chẩn đoán:

7.1. Dựa vào tiền sử bị súc vật cắn (Chó, mèo…).

7.2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh dại.

7.3. Xét nghiệm:

- Xác định virus dại từ bệnh phẩm: Nước mắt, nước bọt, dịch não tủy, mảnh sinh thiết não, da bằng phương pháp miễn dịch hùynh quang (Kết quả sau 2 giờ).

- Phân lập vi rus dại các bệnh phẩm trên bằng phương pháp cấy tế bào kết quả trả lời trong 24 giờ.

Trên thực tế 2 phương pháp trên ít sử dụng và khó thực hiện.

8. Điều trị:

8.1. Điều trị tại chỗ:

Sau khi bị súc vật cắn, cào, phải rửa dội thật kỹ vết thương bằng nước xà bông, sau đó rủa lại bằng nước sạch, lau khô,. Sát trùng vết thương bằng các thuốc: Cồn, cồn iode, ethe…

Tránh khâu vết thương (trừ các vết thương ở mặt), cho các thuốc phòng uốn ván, kháng sinh.

8.2. Vacxin:

HDCV (Human diploid cell vacxin) hoặc Verorab.

Tiêm bắp cơ delta cánh tay mỗi lần 1 ml (chứa 2,5 UI hoạt tính) vào các ngày:

N_0 - N_3 – N_7 – N_{14} – N_{28} hoặc **N_{30}.**

8.3. Huyết thanh khánh dại: *(Rabies Immune Globulin: RIG)*

8.3.1. Chỉ định:

- Vết cắn cào ở đầu, mặt cổ, bộ phận sinh dục.

- Niêm mạc bị súc vật nghi dại liếm.

- Vết cắn sâu hoặc vết thương nhiều chỗ.

- Trẻ em tiếp xúc với siêu vi dại.

8.3.2. Huyết thanh: có 2 loại huyết thanh kháng dại:

+ Huyết thanh kháng dại chủng lấy từ ngựa tiêm miễn dịch 1 lần duy nhất 40 UI/Kg cân nặng tiêm mông có thể kết hợp tiêm quanh vết cắn.

+ Globulin miễn dịch, đồng chủng đặc hiệu kháng dại tiêm 1 liều duy nhất ở mông 20 UI/Kg cân nặng.

9. Dự phòng:

1. Kiểm soát động vật nghi dại.
2. Dự phòng sau khi tiếp xúc với động vật nghi dại.
3. Đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn với virus dại.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Bệnh dại do virus dại gây ra, bệnh chủ yếu ở súc vật bị dại, CHỌN CÂU SAI:**
   A. Chó
   B. Mèo
   C. Chồn
   D. Heo
2. **Thời kỳ ủ bệnh trong bệnh dại trung bình là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 10 – 30 ngày.
   B. 20 – 60 ngày.
   C. 30 – 80 ngày.
   D. 40 – 100 ngày.
3. **CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Virus dại có trong nước bọt của súc vật bị dại.
   B. Lây sang người qua da và niêm mạc bị tổn thương.
   C. Do súc vật dại cắn, cào, liếm.
   D. Tất cả đều đúng.
4. **Thời kỳ toàn phát của bệnh dại có 2 thể: thể hung dữ và thể liệt.**
   A. Đúng
   B. Sai.

BÀI 12: BỆNH GIANG MAI

I..Mục tiêu học tập:

1.Trình bày được đại cương, dịch tễ học bệnh Giang mai.

2. Nêu được triệu chứng lâm sàng bệnh giang mai.

3. Trình bày được các phác đồ điều trị bệnh giang mai.

II.Nội dung:

1. Đại cương:

Giang mai là một bệnh truyền nhiễm lây qua đường sinh dục, do xoắn khuẩn Treponema pallidum gây ra. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiến triển từng giai đọan.

2. Dịch tễ học:

Bệnh xảy ra khắp nơi trên thế giới, nam nhiều hơn nữ, lứa tuổi từ 20 – 35 tuổi, không có sự khác nhau về chủng tộc.

Xoắn khuẩn giang mai chỉ lây bệnh ở người, đường lây quan trọng nhất là quan hệ tình dục với người bị nhiễm.

Phụ nữ mang thai mắc bệnh giang mai nếu không điều trị sẽ truyền bệnh cho con từ trong bào thai.

Ngoài ra bệnh còn lây khi truyền máu bị nhiễm xoắn khuẩn giang mai.

3. Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh giang mai là một bệnh mạn tính tiến triển qua 3 thời kỳ:

3.1.Giang mai thời kỳ I (GM I):

Sau một thời gian ủ bệnh từ 10 ngày đến 100 ngày, xuất hiện tại bộ phận sinh dục một vết trợt, kèm theo chùm hạch bẹn.

3.1.1. Vết trợt (săng):

Rất nhỏ và nông, hình tròn hay bầu dục, bằng phẳng, màu hồng, không đau, không có mủ, không có vẩy trừ khi bị nhiễm khuẩn.

Ở nam giới: săng khu trú ở rãnh quy đầu, miệng sáo, thân dương vật, bìu. Đối với những quan hệ qua hậu môn thì săng có thể xuất hiện ở trực tràng hoặc quanh hậu môn.

Ở nữ giới: săng thường xuất hiện ở cổ tử cung, ở thành âm đạo.

3.1.2. Hạch:

Là triệu chứng quan trọng để hướng chẩn đoán.

Hạch bao giờ cũng có và xuất hiện vài ngày sau khi có săng và có ở vùng tương ứng: hạch cứng, không đau, không đỏ, di động được, trong đó có một hạch to hơn hẳn các hạch khác (hạch trưởng hay hạch chúa).

Săng giang mai thời kỳ I không điều trị cũng tự lành sau 4-8 tuần, dễ làm cho người bệnh tưởng là đã khỏi bệnh. Nhưng thật sự bệnh ẩn vào trong cơ thể.

3.2. Giang mai thời kỳ II (GM II):

25-45 ngày sau khi vết săng lành sẹo, giang mai bước vào thời kỳ II kéo dài từ 1 đến 2 năm. Đây là thời kỳ nhiễm khuẩn toàn thân, xoắn trùng giang mai có thể xâm nhập vào tất cả các cơ quan phủ tạng.

3.2.1. Tổn thương da:

+ *Đào ban:* Đây là triệu chứng đầu tiên của giang mai vào thời kỳ II. Biểu hiện bằng các vết màu hồng, tròn hay bầu dục, thường ở thân mình, số lượng nhiều. Đào ban thường phẳng, đôi khi có hơi nổi cao, nhưng không ngứa.

+ *Sẩn giang mai:* xuất hiện cùng với đào ban hoặc sau đào ban vài tuần. các sẩn to từ 3-6 mm, màu đỏ sẫm và bóng. Vị trí thường gặp rải rác, hay gặp nhất là rìa trán, kẽ mũi, xung quanh miệng, cằm, sau gáy, rìa tóc… sẩn sau khi lặn không để lại sẹo, chỉ để lại vết sẫm màu.

3.2.2. Tổn thương niêm mạc: Đó là mảng niêm mạc, có ở niêm mạc miệng sinh dục: lúc đầu là các vết trợt đỏ sau chuyển thành các vết trắng như sứ, giới hạn rõ, không cộm, không đau, dễ bóc, tổn thương này chứa rất nhiều xoắn trùng giang mai.

3.2.3. Biểu hiện toàn thân:

Hạch: thường có vùng chẩm, vùng khuỷu tay, dưới cằm, sau tai…

` Rụng tóc: rụng tóc kiểu rừng thưa.

Sốt nhẹ, nhức đầu, mệt mỏi, viêm mống mắt.

3.3. Giang mai thời kỳ III (GM III)

Bắt đầu từ năm thứ 2 đến 20-30 năm sau. Đây là thời kỳ xoắn trùng giang mai đã khu trú, cố thủ ở một vài nơi nào đó trên da hoặc trong phủ tạng.

Tổn thương da của GM III thường là:

Củ: là các cục riêng rẻ hoặc từng mảng, ăn sâu vào nội bì, nắn cứng màu hồng sẫm, gồ trên mặt da. Tổn thương có thể loét để lại sẹo lồi.

Gôm: lúc đầu là cục ở sâu, di động được, không đau, không đỏ, nắn chắc sau mềm dần và lớn lên, tiến dần lên bề mặt, kích thước bằng hạt dẻ hoặc trứng chim bồ câu, vỡ chảy ra một chất dịch đặc màu vàng như gôm chảy đầu. Thường có ở các chi hay bất cứ nơi nào, kể cả phủ tạng.

Bạch sản (leucoplasic): đó là các mảng trắng màu sứ gắn chặt với nền dưới, đôi khi hơi xù, ướt như bựa sữa, lâu ngày có thể ung thư hóa. Vị trí: ở niêm mạc, lưỡi, miệng, sinh dục.

3.4. Giang mai bẩm sinh:

Do thai nhi lây từ khi còn ở trong bụng mẹ, nên khi ra đời mang sẵn bệnh giang mai dưới nhiều hình thái khác nhau:

3.4.1. Giang mai bẩm sinh sớm:

Xuất hiện từ khi lọt lòng mẹ đến 2-3 tuổi, biểu hiện: tổn thương da, niêm mạc; phỏng nước ở lòng bàn tay, bàn chân xuất hiện trong những ngày đầu sau khi đẻ. Nứt kẻ mép hình chân chim. Toàn trạng suy yếu, gan, lách to, phân có máu, viêm màng não nặng, bệnh nhi có thể chết sau vài ngày, vài tuần.

3.4.2. giang mai bẩm sinh muộn:

Xuất hiện từ 2-3 tuổi đến 20-30 tuổi, biểu hiện: thường là các loại tổn thương của GM III (củ, gôm, bạch sản), tổn thương xương khớp: xương chày hình lưỡi mác, mũi tẹt kiểu yên ngựa. Tổn thương mắt: viêm giác mạc, lác … tai có thể điếc.

4. Cận lâm sàng:

4.1. Xét nghiệm vi khuẩn học:

Đối với giang mai thời kỳ I và II lấy dịch tiết ở tổn thương, soi trên kính hiển vi nền đen thấy xoắn trùng di động, soi kính hiển vi thường, sau khi sử dụng phương pháp nhuộm thân bạc thấy vi khuẩn.

4.2. Huyết thanh chẩn đoán:

Test huỳnh quang dương tính từ ngày thứ 8 sau khi có săng.

Test TPI dương tính từ ngày 25 (phản ứng bất động xoắn trùng giang mai: treponeme pallidum immobilisation).

Phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA (Treponema Pallidum- Hemaglutination Assay) phản ứng ngưng kết hồng cầu có gắn kháng nguyên xoắn khuẩn giang mai.

5. Điều trị:

5.1. Nguyên tắc:

Trước khi điều trị cần chẩn đoán chắc chắn, chẩn đoán thiếu thận trọng, vội vàng sẽ ảnh hưởng đến tâm tư tình cảm của bệnh nhân, lãng phí thời gian, thuốc men, gây thêm khó khăn cho chẩn đoán và xét nghiệm về sau.

Cần điều trị sớm và triệt để để ngăn chặn nguồn lây, ngăn chặn quá trình tiến triển của bệnh và hạn chế được tái phát cũng như tránh được các di chứng.

5.2. Thuốc điều trị:

Penicillin vẫn là thuốc có hiệu quả đối với bệnh giang mai.

5.2.1. Công thức I: điều trị giang mai sớm (dưới 2 năm)

Benzathine penicillin 2,4 triệu đơn vị, liều duy nhất tiêm bắp, (test) hoặc Benzyl penicillin 1.000.000 đơn vị chia 2 lần/ngày x 15 ngày liên tiếp.

Khi dị ứng với penicillin:

Tetracylin (chlorhydrate) 500mg x 4 lần/ngày x 15 ngày

Hoặc Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 15 ngày.

5.2.2. Công thưc II: điều trị giang mai muộn (trên 2 năm)

Gồm giang mai II muộn, giang mai III, giang mai bẩm sinh muộn, loại này điều trị ít kết quả và đòi hỏi thời gian dài hơn.

Benzyl penicillin procain 1,2 triệu đơn vị/ngày x 20 ngày tiêm bắp.

Benzyl penicillin 1.000.000 đơn vị chia 2 lần/ngày x 30 ngày (test) liên tiếp.

Khi dị ứng với penicillin: tetracylin hoặc erythromycin: 500mg x 4 lần/ngày x 30 ngày

5.2.3. Công thức III: điều trị giang mai bẩm sinh.

+ Giang mai bẩm sinh sớm:

Benzyl penicillin G tinh thể tan trong nước, 50.000 đơn vị/kg/ngày chia 3 lần x 20 ngày.

Benzathin penicillin G: 50.000 đơn vị/kg tiêm 3 lần cách nhau 10 ngày.

+ Giang mai bẩm sinh muộn:

Benzyl penicillin G hợp thể tan trong nước, 50.000 đơn vị/kg/ngày chia 3 lần x 30 ngày.

Benzathin penicillin G: 50.000 đơn vị/kg tiêm 4 lần cách nhau 7 ngày.

Khi dị ứng với penicillin thay thế bằng: Erythromycin tính theo trọng lượng cơ thể (40 mg/kg/ngày x 15-20 ngày).

6. Dự phòng:

Lồng ghép các hoạt động chống các bệnh lây qua đường sinh dục vào mạng lưới y tế (nhà hộ sinh, bệnh viện sản phụ, cơ sở truyền máu, trại giáo dục tệ nạn xã hội…)

Hợp tác nhiều ngành: y tế, an ninh, giáo dục, văn hóa, các đoàn thể…Tuyên truyền giáo dục y tế.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Bệnh giang mai xảy ra khắp nơi trên Thế Giới, nam nhiều hơn nữ lứa tuổi từ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 18 – 35 tuổi.

   B. 20 – 35 tuổi.

   C. 22 – 35 tuổi.

   D. 24 – 35 tuổi.

2. **Thời kỳ ủ bệnh của giang mai là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 10 – 60 ngày.

   B. 10 – 80 ngày.

   C. 10 – 100 ngày.

   D. 10 – 120 ngày.

3. **Triệu chứng nào không có ở giang mai thời kỳ III, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Sẩn giang mai.

   B. Củ giang mai.

   C. Gôm giang mai.

   D. Leucoplastic.

4. **Giang mai thời kỳ II kéo dài từ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 1 – 1,5 năm.

   B. 1 – 2 năm.

   C. 1 – 2,5 năm.

   D. 1 – 3 năm.

5. **Nguyên tắc điều trị trong bệnh giang mai: Cần điều trị sớm và triệt để, để ngăn chặn tái phát.**

   A. Đúng

   B. Sai.

BÀI 13: ĐẠI CƯƠNG VỀ GIUN SÁN

I.Mục tiêu học tập:

Trình bày được tầm quan trọng của bệnh giun sán.

Nêu tóm tắt đặc điểm của giun, sán dải và sán lá.

II.Nội dung:

Giun sán là những động vật đa bào đa số sống tự do. Dựa trên hình dạng và giới tính giun sán ký sinh được phân chia như sau:

* Giun (Nemathelminths): Hình ống, đơn tính.

* Sán: (Platyhelminth): Thân dẹt.

+ Sán dải (Cestoda): Thân dẹt, hình như chiếc lá, có nhiều đốt lưỡng tính.

+ Sán lá (Trematoda): Thân dẹt, hình như chiếc lá.

- Sán lá lưỡng tính: Ký sinh ở ruột, gan, phổi.

- Sán lá đơn tính: Ký sinh ở tĩnh mạch.

Những loại đơn tính cá thể đực có cơ quan sinh dục đực, cá thể cái có cơ quan sinh dục cái. Khi cá thể đực giao phối với cá thể cái tinh trùng sẽ xâm nhập vào tử cung phối với noãn thành trứng. Những loại lưỡng tính thì tự giao phối tinh trùng từ cơ quan sinh dục đực sẽ xâm nhập vào tử cung phối với nõan thành trứng.

Giun có ống tiêu hóa hòan chỉnh, nó hấp thu thức ăn qua miệng đưa xuống thực quản rồi đến ruột. Tại đây có men tiêu hóa ly giải các cơ chất. Giun hấp thu các chất bổ dưỡng, những chất cặn bã sẽ được thải ra ngoài qua hậu môn.

Các loại sán cũng có miệng, thực quản, ruột nhưng không có hậu môn. Nó hấp thu giống như giun những chất cặn bã được đưa ngược lên và thải ra ngoài theo đường miệng (Miệng đồng thời là hậu môn).

Các sán dải không có ống tiêu hóa, vách cơ thể hoạt động như một màng bán thấm chọn lọc, cho phép các chất bổ dưỡng từ môi trường thấm vào cơ thể và những chất cặn bã thải ra ngoài.

Các giun ký sinh đường ruột có chu trình phát triển trực tiếp: Truyền trực tiếp từ ký chủ này sang ký chủ khác. Các loại giun ký sinh mô và hệ bạch huyết có chu trình phát triển gián tiếp: truyền qua một ký sinh trung gian, đa số các sán dải có chu trình gián tiếp, một số ít có chu trình trực tiếp. Tất cả sán lá đều có chu trình gián tiếp, sán lá lưỡng tính qua hai ký chủ trung gian, sán lá đơn tính qua một ký chủ trung gian.

Giun sán xâm nhập qua đường tiêu hóa (giun đũa, giun tóc, giun kim, sán lá gan, sán ruột, sán lá phổi, sán dải heo, sán dải bò, sán dải cá…). Một số khác xâm nhập qua đường da (giun móc, giun lươn) hoặc qua vết đốt côn trùng (giun chỉ). Một số ít giun sán tình cờ lạc vào các ký chủ bất thường, các ký sinh trùng lạc chủ này không phát triển được đến giai đọan trưởng

thành. Đa số các giun sán ký sinh trong ống tiêu hóa nhưng có thể di chuyển đến nơi khác trong cơ thể (Ký sinh lạc chỗ).

Đường ra của giun sán chủ yếu qua đường tiêu hóa, sán máng thải trứng qua đường tiểu.

Ở nước ta nhiễm giun sán rất phổ biến, khí hậu nhiệt đới nóng và ẩm là điều kiện thuận lợi cho giun sán phát triển. Tính phong phú của động vật và thực vật ở môi trường sống cũng tạo điều kiện thích hợp cho giun sán ký sinh nhiều ký chủ.

Một số người dân nhận thức chưa tốt về vệ sinh công cộng, nhiều người còn đi tiêu bừa bãi ở ngoại cảnh, ở nhiều nơi nông dân còn dùng phân người chưa ủ để bón cây hoa màu làm cho các ký sinh trùng này lan tràn rộng rãi.

Tỷ lệ nhiễm giun sán khá cao (Đặc biệt là giun đũa) ở miền Bắc có nơi 86 -98% (trung bình là : 70-85%) ở miền Nam có ít hơn: 18 – 35%.

Vệ sinh ngoại cảnh, chống tái nhiễm, bỏ tập quán ăn thịt bò, heo sống, gỏi cá.v.v… góp phần vào việc phòng chống bệnh giun sán.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Giun sán là những động vật sống nha bào đa số sống tự do.**
   A. Đúng
   B. Sai
2. **Khi mô tả về sán dải (Cestoda), CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Thân dẹt
   B. Hình như chiếc lá
   C. Có nhiều đốt lưỡng tính
   D. Cả A, B và C.
3. **Ở nước ta nhiễm giun sán rất phổ biến do khí hậu ôn đới, gió mùa là điều kiện thuận lợi cho giun sán phát triển.**
   A. Đúng
   B. Sai
4. **Đường ra của giun sán chủ yếu qua đường, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Tiêu hóa
   B. Nước tiểu
   C. Máu
   D. Cả A và B.
5. **Tỷ lệ nhiễm giun sán ở Việt Nam khá cao, 86 – 98% là ở miền nào, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Miền Bắc
   B. Miền Nam.

BÀI 14: BỆNH NHIỄM GIUN ĐŨA

I.Mục tiêu học tập:

Mô tả được hình thể giun trưởng thành và trứng.

Trình bày được đặc điểm sinh thái

Mô tả được triệu chứng lâm sàng nhiễm giun đũa.

Trình bày được phương pháp chẩn đoán.

Nêu được các phương pháp điều trị và dự phòng.

II.Nội dung:

1.Định nghĩa:

Giun đũa là ký sinh trùng (KST) rất phổ biến trên thế giới, đặc biệt ở những nước có khí hậu nhiệt đới, sản xuất nông nghiệp và trình độ lạc hậu như ở nước ta. Tỷ lệ nhiễm giun trung bình ở nước ta 70 – 80% đặc biệt có những nơi ở vùng đồng bằng nhiễm tới 90 – 100%.

2. Hình thể.

2.1. Giun trưởng thành:

Hình ống, 2 đầu thon nhọn màu trắng sữa hoặc hơi hồng, giun cái dài và to hơn giun đực.

- Kích thước: Con cái dài khoang 20-25 cm, con đực dài khoảng: 15–17 cm.

- Đầu nhỏ có 3 môi xếp cân đối: 1 môi lưng, 2 môi bụng.

- Thân: Có những ngấn vòng quanh được bao bọc bởi lớp vỏ kitin.

- Đuôi nhọn, đuôi con đực thường cong có 2 gai sinh dục.

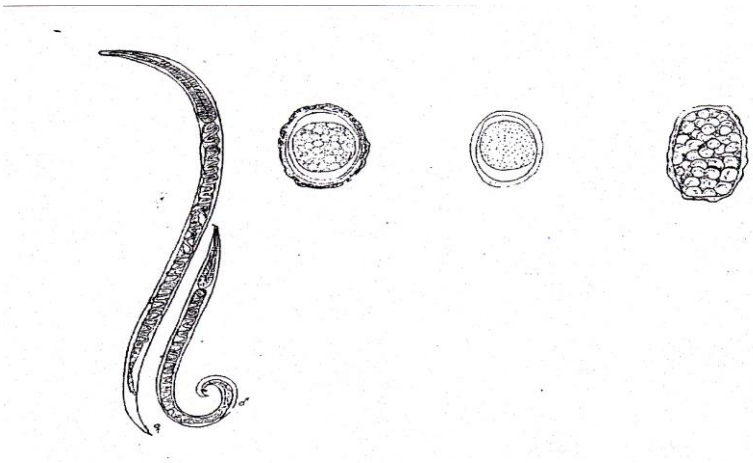
- Hậu môn gần đuôi sát với bụng, con cái đuôi hình nón thẳng, lỗ sinh dục 1/3 trước thân giun phía bụng.

- Các cơ quan bên trong như tuần hòan, tiêu hóa, bài tiết, sinh dục đều phát triển nhưng rất đơn giản.

2.2. Trứng giun đũa:

Trứng thụ tinh: có hình bầu dục hoặc hơi tròn vỏ dày, ngoài là lớp albumin xù xì, bên trong là khối phôi bào màu vàng nâu,

Kích thước trung bình: (45 - 75) x (40 – 60) μm.



***Giun đũa**: (từ trái sang phải)*
- giun đực trưởng thành.
- giun cái trưởng thành.
- trứng đã thụ tinh.
- trứng đã thụ tinh bị mất lớp albumin.
- trứng chưa được thụ tinh.

Trứng chưa thụ tinh: có hình bầu dục xù xì nhưng lép hơn trứng đã thụ tinh.

3. Sinh thái:

3.1. Dinh dưỡng: Giun đũa trưởng thành sống trong ruột non người và hút chất dinh dưỡng trong ruột (thức ăn đã được tiêu hóa).

3.2. Chu trình phát triển:

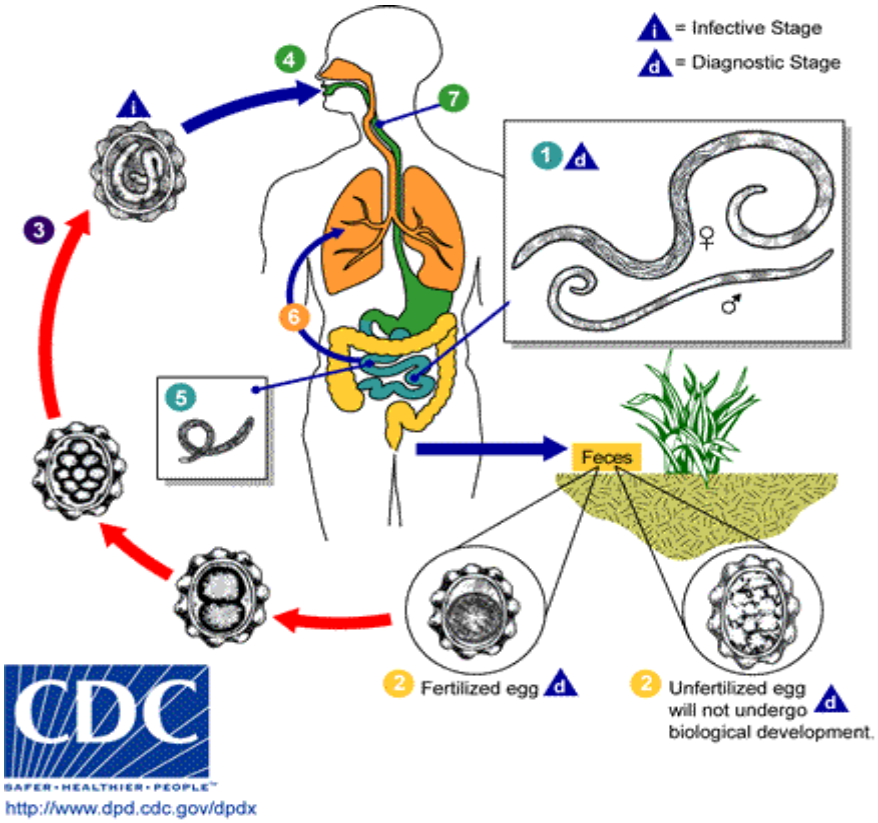
Giun đũa đực và cái trưởng thành giao hợp và đẻ trứng trong lòng ruột: khoảng 200.000 trứng/ngày, trứng theo phân ra ngoại cảnh.

Ở ngoại cảnh nếu gặp điều kiện thuận lợi như: đủ Oxy, nhiệt độ từ 24 – 25^{o}C, độ ẩm trung bình 70 – 80% thì sau 12 – 15 ngày trứng sẽ phát triển đến giai đoạn có ấu trùng, giai đoạn này mới có khả năng nhiễm bệnh cho người, trong điều kiện khô hanh, dưới ánh nắng mặt trời ở nhiệt độ 60^{o}C hoặc lạnh hơn -12^{o}C trứng sẽ bị hỏng.

Khi người nuốt phải trứng có ấu trùng đến dạ dày, nhờ sức co bóp và dịch tiêu hóa trong dạ dày làm ấu trùng thóat ra khỏi vỏ, xuống ruột non, ấu trùng chui qua mao mạch ở ruột để vào hệ thống tuần hòan, về tim, lên phổi. Tại phổi ấu trùng dừng lại phát triển 5 – 10 ngày rồi theo các phế quản lên khí quản, hầu, họng rơi xuống thực quản trở về ruột non ký sinh phát triển thành giun trưởng thành.

Thời gian từ khi nuốt phải trứng có ấu trùng đến khi phát triển thành giun trưởng thành mất khỏang 60 – 70 ngày.

Giun trưởng thành sống khỏang 1 – 1,5 năm thì chết và sẽ bị nhu động đẩy ra ngoài.



4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Rối loạn tiêu hóa:

Thường gây rối loạn tiêu hóa ở dạ dày, ruột. Những rối loạn tiêu hóa này thay đổi phụ thuộc vào mức độ nhiễm giun nhiều hay ít.

Nếu nhiễm trên 10 con bao giờ cũng có rối loạn tiêu hóa bằng cảm giác đầy bụng, ăn không tiêu, đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn.

4.2. Rối loạn gan – mật – tụy:

Giun phát tán di chuyển chui lên ống mật chủ, lên gan tạo nên bệnh cảnh giun chui ống mật. Mang theo vi trùng từ ruột tạo nên viêm nhiễm đường mật từ đó tạo tiền đề cho apces gan.

Khi giun chui vào đường mật đẻ trứng và chết tạo thành sỏi đường mật (Tam chứng Charcot)

Khi giun chui lên ống tụy (Wirsung) tạo phản ứng viêm tụy cấp hoặc mạn.

4.3. Tắc ruột do giun:

Nếu nhiễm giun nhiều có sự thay đổi môi trường pH từ kiềm chuyển sang toan kích thích giun cuộn lại với nhau tạo thành búi gây tắc ruột.

4.4. Thần kinh màng não:

Nhẹ thường bị kích thích, mất ngủ. Trẻ em ngủ hay giật mình, tiêu tiểu không tự chủ.

4.5. Biểu hiện viêm phúc mạc:

Gây viêm phúc mạc khu trú hay lan tỏa không nhiễm trùng: bụng chướng đau, bí tiểu, mạch nhanh yếu.

Các triệu chứng hết nhanh nếu được sổ giun, có thể thủng ruột do giun.

4.6. Biểu hiện ở phổi:

Gây hội chứng loeffer khi ấu trùng qua phổi theo chu kỳ phát triển ở phổi (khoảng 10 ngày lưu lại ở phổi) biểu hiện bằng ho khan, sốt nhẹ, có những nốt thâm nhiễm ở phổi thường bay nhanh trong 10 đến 14 ngày. Giai đoạn này thường có biểu hiện ban ngứa ngòai da.

5. Cận lâm sàng:

5.1. Xét nghiệm công thức máu: Bạch cầu bình thường hoặc có thể tăng nhẹ. Công thức bạch cầu tăng.

5.2. Soi phân: Tìm trứng giun.

5.3. Siêu âm: Tìm giun trong đường mật nếu có bệnh cản giun chui ống mật.

5.4. X Quang: Phổi, ruột có cản quang.

6. Điều trị:

6.1. Mebendazol (Vermox): Người lớn và trẻ em trên 2 tuổi uống 1 liều duy nhất 100 mg (uống) sau 2 – 4 tuần dùng lại liều trên, kết quả điều trị 90 – 100%.

6.2. Albendazol: Người lớn và trẻ em trên 2 tuổi uống 1 liều duy nhất 400 mg uống

7. Dự phòng:

- Tuyên truyền giữ vệ sinh công cộng, xây dựng hố xí hợp vệ sinh, vận động nông dân không dùng phân để bón hoa màu và rau xanh.
- Thực hiện ăn chín, uống chín cần quan tâm đến trẻ giữ gìn vệ sinh
- Tích cực diệt côn trùng.
- Có kế hoạch điều trị hàng loạt trong công đồng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Giun đũa trưởng thành, con cái có kích thước là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 16 – 20 cm.
   B. 18 – 22 cm.
   C. 20 – 25 cm.
   D. 22 – 28 cm.
2. **Đặc điểm nào không có ở giun đũa trưởng thành, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 2 đầu thon nhọn
   B. Màu trắng sữa hoặc hơi hồng
   C. Giun cái dài và to hơn giun đực.
   D. Thân dẹt như hình chiếc lá.
3. **Trứng giun đũa đã thụ tinh có hình tròn.**
   A. Đúng
   B. Sai
4. **Điều kiện thuận lợi để trứng phát triển thành ấu trùng ở nhiệt độ là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 21 – 22 ^{o}C.
   B. 22 – 23 ^{o}C.
   C. 23 – 24 ^{o}C.
   D. 24 – 25 ^{o}C.
5. **Đời sống của giun trưởng thành sống trong lòng ruột là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 06 – 12 tháng.
   B. 08 – 14 tháng.
   C. 10 – 16 tháng.
   D. 12 – 18 tháng.

BÀI 15: BỆNH NHIỄM GIUN MÓC

I.Mục tiêu học tập:

1. Mô tả được đặc điểm hình thể giun của giun móc.
2. Trình bày được đặc điểm sinh thái
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng nhiễm giun móc.
4. Nêu được các phương pháp xét nghiệm chẩn đóan bệnh giun móc.
5. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học bệnh nhiễm giun móc.
6. Trình bày được phương pháp chẩn đoán.
7. Nêu được phương pháp điều trị và dự phòng.

II.Nội dung:

1.Đại cương: Giun móc thuộc họ Ankylostomidae ký sinh ở người, hút máu để sống làm cho bệnh nhân thiếu máu mạn tính, từ nhẹ tới nặng tùy theo số lương giun ký sinh

2. Hình thể:

2.1. Hình dạng – màu sắc:

Giun trưởng thành hình ống, màu trắng sữa hơi hồng hoặc màu đỏ nếu hút máu, có lớp vỏ cứng bên ngoài.

2.2. Kích thước:

Con cái dài 9 – 13 mm x 0,35 – 0,6 mm, con đực dài 5 – 11 mm x 0,3 – 0,45 mm.

Đầu giun to ra và có bao miệng, hơi phình và cong về phía mặt lưng , trong bao miệng có 2 đôi móc ở bờ trên của miệng, sắp xếp 2 bên cân đối. Bời dưới miệng là các bao cứng sắc giúp giun móc ngoạm chặt vào niêm mạc ruột vật chủ thể hút máu. Hai bên bao miệng có tiết ra chất chống đông máu.

Đuôi con cái thon nhọn, đuôi con đực xòe rộng như chân vịt , phần xòe rộng của đuôi có cốt cứng như chân ếch với hình dáng khác nhau.

Bộ phận sinh dục phát triển: con cái có 2 buồng trứng đổ vào ống sinh dục ở 1/3 giữa thân về phía bụng. Con đực có tinh hòan, ống dẫn tinh dẫn tới lỗ sinh dục ở hậu môn, phần cuối của bộ phận sinh dục là đôi gai sinh dục.

2.3. Trứng: Hình trái xoan, màu xám nhạt vỏ mỏng trong suốt, lúc mới sinh có 4 đến 8 múi. Giữa nhân và vỏ có một khoảng sáng. Kích thước dài: 60 μm, rộng 40 μm. Sau 4 – 8 giờ trứng có hình phôi dâu, sau 12 – 48 giờ trứng có hình ấu trùng.

2.4. Ấu trùng:

Đặc điểm ấu trùng	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3
Kích thước	Dài 0,3-0,3mm Ngang 17-20 μm	Dài 0,4-0,5mm Ngang 20 μm	Dài 0,56mm Ngang 24 μm
Thực quản	Hình bầu, có 2 ụ phình	Hình trụ	Hình trụ
Miệng	Miệng mở	Miệng đóng	Miệng đóng
Khả năng truyền bệnh	Không truyền bệnh	Truyền bệnh	Chủ động tìm vật chủ

3. Sinh thái:

3.1. Dinh dưỡng:

Trong cơ thể người, giun móc hút máu để sống , trung bình mỗi con giun móc có thể hút 0,2 – 0,3 ml máu / 24 giờ.

Ở ngoại cảnh, ấu trùng ăn các chất hữu cơ trong đất để sống.

3.2. Chu trình phát triển:

Vị trí và phương thức ký sinh:

3.2.1. Vị trí:

Giun móc sống ký sinh chủ yếu ở tá tràng và phần đầu của ruột non, giun móc ngoạm miệng, cắm sâu răng móc vào niêm mạc ruột để hút máu và để khỏi bị tống ra ngoài cơ thể.

Phương thức sinh sản hữu tính.

3.2.2. Phương thức ký sinh:

Diễn biến chu trình: Sau khi giao hợp con cái đẻ khoảng 10.000 – 20.000 trứng/ngày trứng theo phân ra ngoại cảnh gặp điều kiện thuận lợi (Độ ẩm cao, đủ o xy, nhiệt độ 24 – 30^{o}C, bóng râm mát, pH trung tính). Trứng phát triển thành ấu trùng, ấu trùng phá vỡ vỏ trứng để trở thành ấu trùng giai đoạn I sống tự do ở ngoại cảnh và lớn lên.

Sau 3 ngày ấu trùng giai đoạn I thay vỏ thành ấu trùng giai đoạn II, ấu trùng giai đoạn này ăn các chất hữu cơ trong đất . Sau 5 ngày thay vỏ thành ấu trùng giai đoạn III có khả năng gây nhiễm và chủ động tìm vật chủ với các đặc điểm sau:

Hướng lên cao: Ấu trùng hoạt động tìm đến vị trí cao nhất như: Ngọn cỏ, lá cây.

Hướng tới nơi có độ ẩm cao: Thường tập trung ở các giọt sương trên các lá rau, cỏ vào buổi sáng.

Nhiệt độ thích hợp: 35 – 37^{o}C

Hướng tới vật chủ gần nhất: Khi ấu trùng xuyên qua da không đúng loài vật chủ ấu trùng sẽ chết. Nếu không gặp vật chủ ấu trùng có thể tồn tại khá lâu ở ngoại cảnh (Có thể sống 6 tháng – 18 tháng)

Khi ấu trùng tìm được vật chủ, chui qua đa người hoặc do nuốt phải, ấu trùng theo đường tĩnh mạch về tim, lên phổi, xuống tá tràng. Ở tá tràng ấu trùng phát triển thành ấu trùng giai đoạn IV. Từ lúc ấu trùng chui qua da tới khi thành ấu trùng giai đoạn IV mất khỏang 5 – 6 ngày.

Sau 10 – 13 ngày ấu trùng có bao miệng và móc trở thành ấu trùng giai đoạn V. Sau 3 – 4 tuần phát triển thành giun móc trưởng thành.

Thời gian hòan thành chu trình khỏang 40 -45 ngày, đời sống giun móc trung bình khỏang 7 – 8 năm, có thể sống lâu hơn 10 -15 năm.

Mức độ biểu hiện lâm sàng không thay đổi theo mức độ nhiễm giun mà thay đổi theo thể tạng , giới tính, tuổi, yếu tố mất mát và phục hồi máu của mỗi bệnh nhân.

Giun móc có 4 móc ở miệng, phương thức sống chủ yếu là hút máu. Mặt khác giun móc tiết ra chất độc ngấm vào cơ thể làm giảm sự tạo máu đông. Đồng thời khi hồng cầu tiếp xúc với chất xuất tiết của giun móc sẽ bị vỡ ra.

Giun móc ngọam vào lồng ruột non gây chấn thương thành ruột dẫn đến viêm ruột làm giảm hất thu Protid, sắt và vitamin.

4. Triệu chứng lâm sàng:

4.1. Thời kỳ khởi phát (Giai đọan ấu trùng xâm nhập vào cơ thể):

Ấu trùng xâm nhập qua da biểu hiện bằng các nốt mẩn ngứa, một mảng eczema, hoặc viêm da nổi mọng nước, các nốt này tiến triển 2 – 4 ngày tự hết.

Tổn thương da thường xuất hiện ở kẽ chân, mắt cá, mu bàn chân. Sau đó ấu trùng vào phổi gây triệu chứng tại phổi:

- Khó thở nhẹ, sốt nhẹ.
- Ho khan không có đàm.
- Triệu chứng này xuất hiện ở ngày thứ 7 đến ngày thứ 10.
- X quang phổi: xung huyết phổi nhẹ, hình ảnh rõ nhất ở ngày thứ 9.
- Giai đọan xâm nhập có thể kéo dài 6 tuần sau đó đến giai đọan tòan phát.

4.2. Giai đọan tòan phát:

4.2.1. Rối lọan tiêu hóa:

Biểu hiện bằng cơn đau thượng vị giống như cơn đau của lóet dạ dày, đau tăng lên khi ăn no, chán ăn, ợ hơi, ợ chua, đầy bụng.

Rối loạn tiêu hóa: táo bón hay tiêu chảy, xen kẽ rồi tự hết.

4.2.2. Tuần hoàn:

Chủ yếu là triệu chứng thiếu máu ngày càng tăng.

Thiếu máu mạn, nhược sắc: móng tay dẹt khô lõm, có sọc dễ gãy, mạch nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, chóng mặt hoa mắt, da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, suy tim do thiếu máu lâu ngày.

4.2.3. Toàn thân:

- Giảm thị lực, dễ quên, phản xạ gân xương giảm, phù suy dinh dưỡng tòan thân, có thể xuất hiện báng nhẹ.

- Phụ nữ: Rối loạn kinh nguyệt

- Nam: Bất lực

- Trẻ em chậm lớn, chậm phát triển trí não.

5. Cận lâm sàng:

*** Xét nghiệm máu:**

- Thiếu máu nhẹ hay nặng tùy theo mức độ của bệnh (Số lượng giảm, Hct giảm).

- Bạch cầu ái toan (E) tăng.

- Định lượng sắt huyết thanh giảm.

- Đạm huyết tòan phần giảm.

- Xét nghiệm phân:

- Có hồng cầu trong phân.

- Tìm được trứng giun móc.

6. Điều trị:

6.1. nguyên tắc:

6.1.1. Điều trị bằng thuốc: diệt giun móc, kèm theo thuốc tẩy (sổ) để tống nhanh giun móc ra ngoài, tránh ứ đọng thuốc gây độc.

6.1.2. Kết hợp điều trị triệu chứng: nâng cao thể trạng, nếu thiếu máu nặng có thể truyền máu trước khi điều trị.

6.1.3. Nếu cơ thể có cả giun đũa và giun móc: nên điều trị giun đũa trước (Để tránh hiện tượng di chuyển lạc chỗ)

6.1.4. Sau 6 tháng có thể điều trị tiếp một đợt: nếu xét nghiệm phân vẫn còn trứng giun.

6.2. Thuốc điều trị:

+ Thuốc diệt giun:

- Mebendazol (Vermox) 100 mg x 2 viên x 3 ngày.

- Albendazol (Zentel) 400 mg x 1 viên buổi sáng lúc đói)

Có thể dùng Mebendazol (Vermox) 100 mg x 2 viên x 5 ngày, tiếp theo dùng Albendazol (Zentel) 400 mg x 1 viên buổi sáng lúc đói). Sau 1 đợt điều trị cần xét nghiệm lại phân xem còn trứng giun không.

- Pyrantel pamoat 20 mg/kg x 3 ngày.

Chống thiếu máu, thiếu sắt., nâng cao thể trạng, bổ sung sắt oxalat, vitamin B1, vitamin B12, acid folic.

7. Dự phòng:

7.1.Phát hiện bệnh và điều trị: Tập trung vào những vùng đất nông nghiệp có dịch bệnh, phát hiện và phối hợp điều trị hàng loạt để điều trị giun trưởng thành và hạn chế mức độ tái nhiễm giun móc.

7.2.Quản lý và xử lý nguồn phân: Dùng hố xí hợp vệ sinh và ủ phân đúng thời hạn.trứng giun sẽ bị tiêu diệt. Không dùng phân tươi bón ruộng, không phóng uế bừa bãi.

7.3.Giáo dục nhân dân: Nhận thức về vệ sinh phòng chống giun móc.

+ Diệt ấu trùng ngoại cảnh: Tùy theo điều kiện cho phép có thể dùng hóa chất như: Rắc vôi bột, crezyl, formol, rắc muối hoặc dùng môi trường nước để diệt trứng.

+ Phòng nhiễm ấu trùng qua da: Hạn chế tiếp xúc với đất, trang bị phương tiện bảo hộ lao động, khi tiếp xúc với phân, đất.

7.4.Cải tạo kỹ thuật: canh tác, cơ khí hóa nông nghiệp.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Giun móc ký sinh ở người, hút máu để sống, làm cho bệnh nhân thiếu máu cấp tính.**

    A. Đúng

    B. Sai

2. **Hình dạng và màu sắc nào dưới đây không phải của giun móc, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

    A. Hình dẹt

    B. Màu trắng sữa hoặc hơi hồng

    C. Đầu giun to

    D. Lớp vỏ bên ngoài cứng

3. **Đặc điểm ấu trùng giai đoạn 2 có chiều dài là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

    A. 0,2 – 0,3 mm.

    B. 0,3 – 0,4 mm.

    C. 0,4 – 0,5 mm.

    D. 0,5 – 0,6 mm.

4. **Giun móc sống ký sinh chủ yếu ở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

    A. Dạ dày

    B. Tá tràng

    C. Đại tràng lên

    D. Đại tràng xuống

5. **Ấu trùng giun móc xâm nhập qua da gây tổn thương da, thường xuất hiện ở, NGOẠI TRỪ:**

    A. Kẽ chân

    B. Kẽ tay

    C. Mắt cá chân

    D. Mu bàn chân.

BÀI 16: BỆNH NHIỄM GIUN KIM

I.Mục tiêu học tập:

1. Mô tả được giun kim trưởng thành và trứng
2. Trình bày sinh thái của giun kim.
3. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhiễm giun kim.
4. Mô tả được phương pháp điều trị bệnh nhiễm giun kim
5. Trình bày được biện pháp dự phòng bệnh nhiễm giun kim.

II.Nội dung:

1. Định nghĩa:

Giun kim là loại giun nhỏ. Đối tượng hay mắc là trẻ em ở lứa tuổi 3 – 8 tuổi, mức độ phân bố tùy vào tình hình vệ sinh các nhân. Đời sống giun kim ngắn. Bệnh thường dai dẳng và tái nhiễm.

2. Hình thể:

2.1. Con trưởng thành:

Hình ống màu trắng sữa, miệng giun có 3 môi, dọc theo thân có hình lăng trụ.

Giun đực dài: 2 – 5 mm, đuôi nhọn và cong, có gai sinh dục.

Giun cái dài: 9 – 12 mm, đuôi nhọn thẳng, có hai buồng trứng, có 2 ống dẫn trứng, tiếp nối với ống dẫn trứng chung đổ ra lỗ hậu môn ở nửa trước của thân.

2.2. Trứng giun kim:

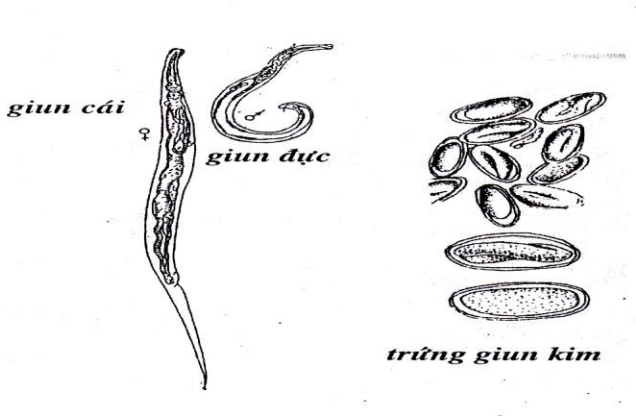
Hình bầu dục không cân đối thường bị lép về một đầu, có 2 lớp vỏ: nhăn, trong suốt và mỏng. Bên trong là khối nhân mịn hoặc hình ấu trùng.

Kích thước: (30 – 32) x (50 – 60) μm.

3. Sinh thái:

* Dinh dưỡng:

Giun kim sống trong ruột và dinh dưỡng bằng những chất có ở trong ruột. Không hút máu và các sinh chất khác, vì thế giun kim thường không gây tác hại lớn đến vật chủ về dinh dưỡng.



4. Chu trình phát triển của giun kim.

Giun sống ở đầu ruột non và cuối ruột già, chủ yếu gặp ở manh tràng chúng sinh sản theo phương thức hữu tính.

Sau khi giao hợp, giun đực chết và bị đào thải theo phân ra ngoài, giun cái phát triển và chứa đầy trứng trong tử cung, sau đó chúng theo đường tiêu hóa xuống trực tràng và chui quang nếp nhăn hậu môn để đẻ trứng (Thường vào ban đêm).

Số lượng trứng thay đổi từ 4.000 – 16.000 trứng.

Sau khi đẻ giun cái sẽ bị teo lại và chết, vỏ ngoài trứng cấu tạo albumin khiến trứng rất dễ dính vào nhau.

Trứng của giun kim có đặc điểm hình thành ấu trùng rất sớm, nếu gặp nhiệt độ 30^{o}C độ ẩm thích hợp thì chỉ sau vài giờ đã trở thành ấu trùng và có khả năng lây nhiễm bệnh.

Nếu người nuốt phải trứng có ấu trùng, vào đường tiêu hóa ấu trùng phá vỡ vỏ thóat ra và ký sinh ở ruột rồi phát triển thành giun trưởng thành. Ấu trùng giun kim không có giai đọan chu du trong cơ thể. Đời sống giun kim rất ngắn khỏang 1 – 2 tháng.

Theo một số tác giả: ấu trùng sau khi phát triển đầy đủ ngay ở rìa hậu môn có khả năng chui ngược lên ống tiêu hóa để gây tái nhiễm. Một số tác giả cho rằng giun kim cái có khả năng đẻ ngay tại ruột để tăng sinh ngay trong ruột.

Ngoài chu trình phát triển trên, ở nữ sau khi ấu trùng thóat vỏ có thể chui ngược vào âm đạo để đẻ trứng gây viêm âm hộ, âm đạo.

5. Triệu chứng

5.1. Rối lọan tiêu hóa:

Ngứa hậu môn về đêm là triệu chứng khó chịu nhất, thời gian này là lúc giun cái đẻ trứng.

Khám: Xung quanh rìa hậu môn xung huyết đỏ phù nề và dễ bắt gặp giun kim ở các nếp hậu môn.

Tổn thương đại tràng lâu ngày do giun gây đau bụng âm ỉ và dễ tiêu chảy.

5.2. Rối lọan thần kinh:

Trẻ bị nhiễm nhiều giun kim có thể bứt rứt, mất ngủ, khóc đêm, đái dầm .v.v… có thể dẫn tới suy nhược thần kinh.

5.3. Một số biến chứng:

Giun kim chui vào ruột thừa gây viêm ruột thừa (14%), chui vào âm đạo gây viêm âm đạo, ngoài ra có thể có nhiễm khuẩn thứ phát do ngứa gãi.

6. Cận lâm sàng:

6.1.Tìm trứng giun: Dùng que tăm bông tẩm nước muối sinh lý hoặc nước sạch rồi chùi xung quanh nếp nhăn hậu môn vào lúc buổi sáng khi chưa đi cầu và chưa làm vệ sinh sau đó khuấy que tăm bông vào nước muối sinh lý, lấy nước quay ly tâm soi cặn lắng trên kính hiển vi tìm trứng giun.

6.2.Phương pháp Graham: Dùng băng keo trong thấm xung quanh nếp nhăn hậu môn để thu gom trứng rồi dán lên lam kính, soi kính hiển vi để tìm trứng giun.

7. Điều trị:

7.1.Nguyên tắc điều trị:

Điều trị hàng loạt kết hợp vệ sinh cá nhân, do tính chất dễ nhiễm và do tính chất của giun cư trú ở manh tràng nên thuốc giun dễ bị phân hủy khi qua ruột non vì vậy điều trị giun kim cần tiến hành trong nhiều ngày liên tiếp (3-7 ngày) mói có kết quả.

7.2.Thuốc:

1. Mebendazol (Vermox): Người lớn và trẻ em trên 2 tuổi uống 1 liều duy nhất 100 mg

2. Albendazol: Người lớn và trẻ em trên 2 tuổi uống 1 liều duy nhất 400 mg uống.

8. Dự phòng:

Bệnh nhiễm giun kim rất dễ tái nhiễm muốn phòng bệnh có hiệu quả cần:

Tiến hành vệ sinh cá nhân và tập thể gia đình, lớp mẫu giáo.

Cụ thể vệ sinh mền, chiếu, lau chùi sàn nhà nên dùng khăn ướt, giáo dục trẻ bỏ thói quen mút ngón tay, ngậm áo quần, rửa tay trước khi ăn, cắt ngắn móng tay, thực hiện ăn chín uống chín.

Không mặc quần xẻ đáy cho trẻ.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Đối tượng hay mắc bệnh giun kim là trẻ em ở lứa tuổi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 1 – 5 tuổi.
   B. 2 – 7 tuổi.
   C. 3 – 8 tuổi.
   D. 4 – 10 tuổi.
2. **Giun kim trưởng thành, con cái có chiều dài là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 5 – 7 mm.
   B. 6 – 9 mm.
   C. 7 – 11 mm.
   D. 9 – 12 mm.
3. **Giun kim sống trong lòng ruột và dinh dưỡng bằng hút máu niêm mạc ruột.**
   A. Đúng
   B. Sai
4. **Giun kim thường đẻ trứng vào, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Buổi sáng
   B. Buổi trưa
   C. Buổi chiều
   D. Ban đêm.
5. **Đời sống giun kim khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 1 - 2 tháng
   B. 2 - 3 tháng
   C. 3 - 4 tháng
   D. 4 - 5 tháng

BÀI 17: BỆNH NHIỄM SÁN DẢI HEO

I.Mục tiêu học tập:

1. Mô tả được hình thể sán dải heo.
2. Trình bày đặc tính sinh thái (Về dinh dưỡng và chu trình phát triển), và dịch tễ học của sán dải heo.
3. Nêu triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm sán dải heo.
4. Nêu phương pháp điều trị bệnh nhiễm sán dải heo.

II.Nội dung:

1.Khái niệm:

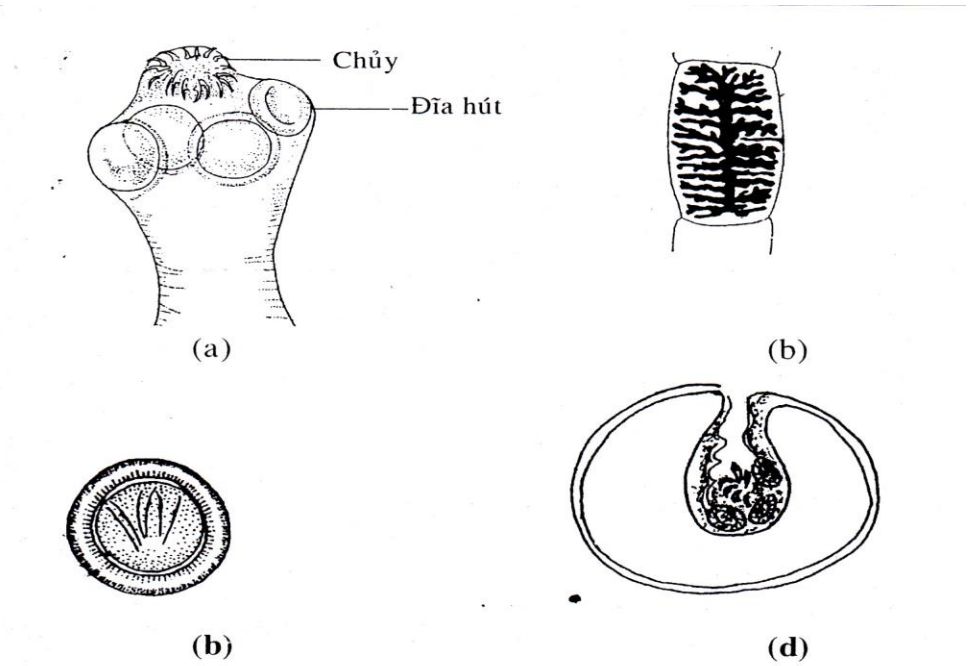
Sán dải heo là loại sán lớn, sán trưởng thành sống trong ruột non của người. Người bị nhiễm do ăn thịt heo không nấu chín.

2. Hình thể:

Sán trưởng thành dài 2 – 4 m, có khoảng 800 – 1.000 đốt, gồm có: Đầu, cổ và đốt sán. Đầu nhỏ hình cầu kích thước khoảng 1 mm, có 4 đĩa hút, trên đầu có chủy với 2 hàng móc. Cổ ngắn dài khỏang 7 mm, mỗi đốt sán có lỗ sinh dục, bên hông xen kẽ khá đều các đốt già có chiều dài gấp rưỡi chiều ngang. Ở các đốt già chỉ còn thấy tử cung có 7 – 12 nhánh bên chứa trứng.

Trứng hình cầu, vỏ dày đường kính khỏang 35 μm, bên trong chứa phôi 6 móc.

Nang ấu trùng còn gọi là gạo heo màu trắng đục, kích thước 10 x 8 mm bên trong chứa dịch và đầu sán.



Hình thể, cấu tạo sán dải heo.
(a): Đầu sán dải heo, (b): Đốt già sán dải heo,
(c): Trứng sán dải heo, (d): Gạo heo

3. Sinh thái

3.1. Dinh dưỡng:

Sán trưởng thành sống trong ruột non, chất dinh dưỡng từ đây ngấm vào cơ thể sán. Trong các chất dinh dưỡng hydratcacbon rất quan trọng đối với sự phát triển của sán.

3.2. Chu trình phát triển:

Sán trưởng thành ký sinh ở ruột non nhờ đĩa hút và móc sán bám vào phần trên hỗng tràng, hằng ngày các chuỗi từ 4-5 đốt sán già rụng đi và vỡ trong ruột già phóng thích trứng. Trứng theo phân ra ngoài hoặc đôi khi đốt sán chui qua hậu môn ra ngoài.

Trứng phát tán trên cỏ, đất và ký chủ trung gian là heo nuốt trứng hay đốt sán vào ruột, phôi được phóng thích, xuyên vách ruột vào máu phát tán khắp cơ thể đặc biệt trong cơ, mô dưới da, lưỡi được gọi là gạo heo. Ký chủ vĩnh viễn là người ăn thịt heo không nấu chín có gạo đến dạ dày, ruột, với tác động của các men tiêu hóa đầu sán được phóng thích lộn đầu ra ngoài bám vào niêm mạc ruột phát triển thành sán trưởng thành trong vòng vài tháng. Sán có thể sống 20-25 năm và thường sán ký sinh chỉ một con sán ở mỗi cá thể.

3.3. Dịch tễ học:

Sán gặp ở khắp nơi trên thế giới, bệnh thường gặp ở Châu Mỹ la tinh, Châu Á, Châu Phi. Tỷ lệ nhiễm sán phụ thuộc vào tập quán ăn uống, điều kiện vệ sinh môi trường, những nơi thích ăn thịt heo sống (nem), quản lý phân chưa hợp vệ sinh, nuôi heo thả rong thường có tỷ lệ nhiễm cao. Tại Việt Nam bệnh sán dải thường gặp ở miền núi.

4. Triệu chứng lâm sàng:

4.1. Triệu chứng của nhiễm sán dải heo sán trưởng thành: đối với người nhiễm khác nhau tùy theo thể trạng của từng người nhiễm.

Tổn thương niêm mạc ruột không đáng kể mà chủ yếu là do sự xâm chiếm thức ăn của sán đối với người.

Thông thường bệnh nhẹ không triệu chứng, một số trường hợp có các triệu chứng:

Đau bụng, mệt mỏi.

Rối loạn tiêu hóa nhẹ: buồn nôn, tiêu chảy từng đợt, sụt cân, có giảm hồng cầu nhẹ, bạch cầu ái toan tăng.

Triệu chứng khó chịu chủ yếu là đốt sán tự rụng qua đường tiêu hóa ra ngoài.

4.2. Triệu chứng nhiễm ấu trùng sán dải:

Chủ yếu biểu hiện bằng viêm và đau tùy theo nơi cư trú của ấu trùng:

- Ấu trùng ở não: Tạo kén sán não gây tụ máu não, chèn ép não cản trở tuần hoàn não gây có thể dẫn tới nhũn não.

- Ở mắt: gây rối loạn thị giác, dễ chảy nước mắt, đau mắt.

- Ở da, cơ: Gây đau và khó chịu.

5. Cận lâm sàng:

- Tìm thấy đốt sán trong phân hoặc ra tự nhiên.

- Trên da sinh thiết kén ở da có thể sờ nắn được

- Xét nghiệm công thức máu: Bạch cầu ái toan tăng nhẹ.

6. Điều trị:

- *Trédémine* (Niclosamid): Sáng sớm bụng đói nhai nhuyễn 2 viên rồi nuốt. 1 giờ sau nhai tiếp 2 viên. Theo dõi kết quả điều trị sau 4 tháng không thấy đốt sán xuất hiện là kết quả tốt.

- *Hạt bí rợ:* 200g hạt tươi đâm nhỏ, có thể pha mật, đường, trẻ em 100 g, 3 giờ sau uống thuốc sổ.

- *Fugitèn* (Cao hạt bí rợ) 30 ml, 3 giờ sau uống thuốc sổ.

- *Praziquantel:* Uống liều duy nhất 10 mg/kg

7. Dự phòng:

- Tránh heo bị nhiễm: Quản lý phân người, giáo dục không đi tiêu bừa bãi, không thả heo rong.

- Chăn nuôi heo hợp vệ sinh.

- Giám sát thịt heo "gạo".

- Không ăn thịt heo chưa nấu chín.

- Điều trị người mắc bệnh nhiễm sán dải heo.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Sán dải heo là loại sán lớn, sán trưởng thành sống trong ruột già của người.**
   A. Đúng
   B. Sai
2. **Hình thể sán dải heo, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Dài 2 – 4 m
   B. Khoảng 800 – 1000 đốt
   C. Cổ ngắn dài khoảng 7 mm
   D. Cả A, B và C.
3. **Nang ấu trùng sán dải heo còn gọi là gạo heo màu trắng đục có kích thước, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 10 x 8 mm
   B. 12 x 10 mm
   C. 14 x 12 mm
   D. 16 x 14 mm.

BÀI 18: BỆNH NHIỄM SÁN DẢI BÒ

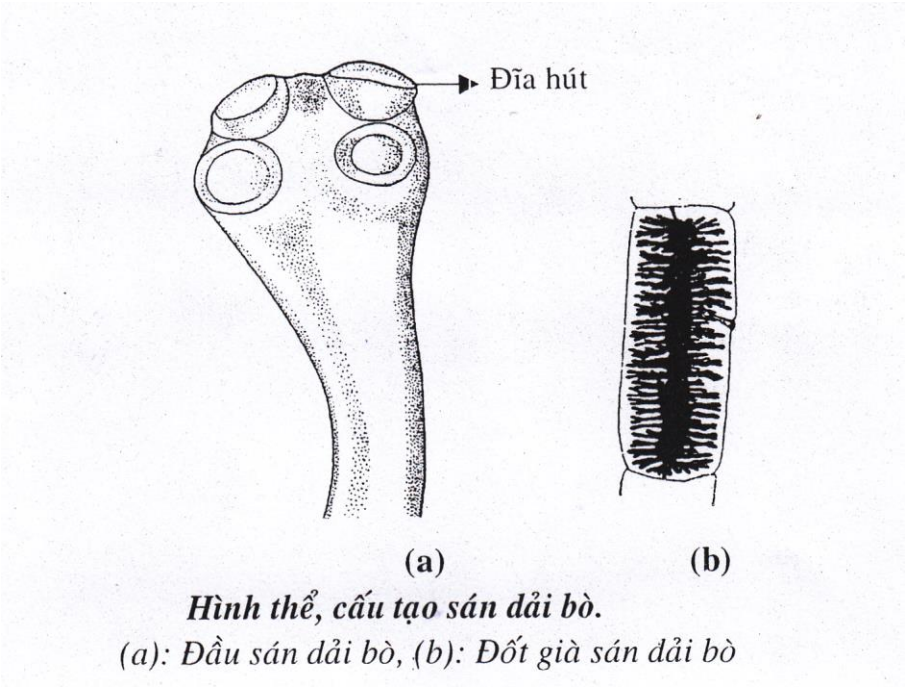
I.Mục tiêu học tập:

- Mô tả được hình thể sán dải bò.
- Trình bày được đặc tính sinh thái (Về dinh dưỡng và chu trình phát triển), và dịch tễ học của sán dải bò.
- Nêu được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm sán dải bò.
- Nêu được phương pháp điều trị bệnh nhiễm sán dải bò.

II. Nội dung:

1. Hình thể:

Sán trưởng dài 4 – 10 m thành đầu hình lê, đường kính 1-2 mm có 4 đĩa hút không có chủy và móc. Lỗ sinh dục của đốt sán ở bên hông đốt sán xen kẽ không đều, đốt già có chiều dài gấp 2,5 – 3 lần chiều ngang trong có tử cung với 15-30 nhánh bên mảnh khảnh chia đôi ở cuối nhánh.



Hình thể, cấu tạo sán dải bò.

(a): Đầu sán dải bò, (b): Đốt già sán dải bò

Các nhánh trước của tử cung đi đến tận bờ trên của đốt dưới nên khi đốt già tách rời khỏi sán thì những đốt này ăn thông với bên ngoài và phóng thích trứng.

2. Trứng: Rất giống trứng sán dải heo, vỏ dày màu nâu sậm đường kính khoảng 35 – 40 µm,

3. Nang ấu trùng: Là một bọc màu hồng 5x15 mm, có trong thịt bò chứa đầy chất lỏng, trong có đầu ấu trùng không có móc, có 4 đĩa hút.

4. Vị trí sống ký sinh:

Sán trưởng thành sống trong ruột non người, sán hấp thu chất dinh dưỡng có sẵn trong ruột non bằng hình thức thẩm thấu. Sán trưởng thành đề kháng được với men tiêu Protein có trong ruột. Trong các chất dinh dưỡng hydratcacbon rất quan trọng đối với sự phát triển của sán.

5. Chu trình phát triển:

Ở người sán dải bò sống ở phần đầu ruột non khoảng 25 năm có tính ký sinh đơn độc, những đốt già tách khỏi sán, bò ra ngoài, phóng thích trứng. ký chủ trung gian là trâu, bò bị nhiễm khi ăn cỏ nhiễm trứng, trứng vào dạ dày, ruột. phôi được phóng thích, chui qua thành ruột vào hệ tuần hoàn đến tim, cơ nhai, mô mỡ bọc bắp đùi, cơ hoành v.v… Trong vòng vài tháng biến thành gạo bò. Khi người ăn thịt bò không nấu chín, trứng vào ruột, ấu trùng được phóng thích nhô đầu ra bám vào thành ruột, ba tháng sau trưởng thành và bắt đầu sản xuất đốt.

6. Dịch tễ học: Tỷ lệ nhiễm từng nơi tùy thuộc vào điều kiện vệ sinh, tập quán ăn uống. Ở Việt Nam bò ít bị nhiễm hơn heo nhưng người nhiễm sán dải bò nhiều hơn sán dải heo vì nhiều người thích ăn thịt bò tái.

6.1. Nguồn bệnh:

- Ký chủ vĩnh viễn là người.

- Ký chủ trung gian là bò, trâu.

6.2. Đường lây và phương thức lây truyền: Bệnh lây qua đường tiêu hóa do ăn thịt bò chưa được nấu chín có chứa ấu trùng sán dải bò.

7. Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng không đặc hiệu như: thỉnh thoảng đau bụng, ăn không ngon, tiêu chảy.

- Những đốt sán già rất di động và có thể bò ra ngoài, rơi ra giường chiếu hay đi tiêu ra đốt sán, vì vậy bệnh nhân tự biết là mình mắc bệnh.

- Người mắc sán bò trưởng thành không bị nang ấu trùng ở các cơ quan.

8. Cận lâm sàng:

- Mang tính chất quyết định chẩn đoán:

- Xem đốt sán trưởng thành trên kính hiển vi.

- Soi phân tìm trứng: có thể nhầm lẫn với sán dải heo.

9. Điều trị:

Niclosamid (Yomesan, tanox, Trédémine) 0,5g: sáng sớm bụng đói nhai nhuyễn 2 viên rồi nuốt. 1 giờ sau nhai tiếp 2 viên, sau 3 giờ ăn uống bình thường.

Paromycine: 30 mg/kg cân nặng x 5 ngày.

Chỉ chắc chắn khỏi bệnh khi thấy đầu sán ra trong phân, nếu không chờ 3 – 4 tháng sau thử phân lại kiểm tra.

10. Dự phòng:

- Quản lý phân tốt, tránh đi tiêu bừa bãi.

- Kiểm soát trâu bò.

- Không ăn thịt bò tái, nấu, nướng không chín.
- Điều trị người mắc bệnh nhiễm sán dải bò.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Đầu sán dải bò hình lê có đường kính, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 1 – 1,5 mm
   B. 1 – 2 mm
   C. 1 – 2,5 mm
   D. 1 – 3 mm
2. **Sán dải bò sống ở phần đầu ruột non có đời sống, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 10 năm
   B. 15 năm
   C. 20 năm
   D. 25 năm
3. **Ký chủ vĩnh viễn trong sán dải bò là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Bò
   B. Người
   C. Trâu
   D. Heo
4. **Sán dải bò lây qua đường hô hấp do ăn thịt bò chưa được nấu chín, có chứa ấu trùng.**
   A. Đúng
   B. Sai
5. **Cận lâm sàng nào mang tính chất quyết định chẩn đoán sán dải bò, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Xem đốt sán trưởng thành trên kính hiển vi
   B. Xét nghệm máu
   C. Soi phân tìm trứng
   D. Cả A và C.

BÀI 19: BỆNH LẬU

I.Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được đại cương bệnh lậu.
2. Nêu được dịch tễ học của bệnh lậu.
3. Nêu được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lậu.
4. Trình bày được phương pháp điều trị và dự phòng.

II.Nội dung:

1. Đại cương:

Bệnh lậu là một trong những bệnh lây truyền qua đường sinh dục, cấp tính hay mãn tính. Bệnh lây lan chủ yếu do tiếp xúc sinh lý giữa nam và nữ.

Cầu khuẩn lậu thường gây tổn thương chủ yếu ở niêm mạc niệu đạo sinh dục, hậu môn mắt. Có thể khu trú dai dẳng trong tuyến sinh dục, duy trì ổ lây truyền nhiều khi kín đáo nhất là phụ nữ. Bệnh có thể gây di chứng ảnh hưởng đến sinh đẻ.

2. Dịch tể học:

2.1. Nguyên nhân gây bệnh:

Song cầu khuẩn lậu, mang tên Neisseria-Gonorrhoeae. Do Albert Neisser tìm ra năm 1879, vi khuẩn hạt cà phê không di động, nhuộn gram bắt màu đỏ (gram âm). Song cầu khuẩn lậu thường ở trong tế bào bạch cầu và tế bào biểu mô niêu đạo. Cầu khuẩn lậu rất yếu chết rất nhanh ở nhiệt độ bình thường, các thuốc sát trùng thông thường như xà phòng, subline đều tiêu diệt được. Nó chỉ phát triển được ở môi trường có độ ẩm, nhiệt độ thích hợp, giàu khí CO_2 và giàu chất dinh dưỡng.

Đời sống khoảng 4 giờ và cứ 15 phút lại phân chia 1 lần.

2.2. Lây truyền:

Lây truyền chủ yếu bằng đường giao hợp với người có bệnh, đôi khi do dùng chung đồ vật có dính mủ lậu. Say rượu, mệt nhọc, thời kỳ tiền kinh nguyệt là điều kiện thuận lợi dễ mắc bệnh.

3. Lâm sàng:

3.1.Lậu nam giới: *Thời kỳ ủ bệnh:* từ 2-6 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 15 ngày.

3.1.1.Giai đoạn cấp tính: Sau thời gian ủ bệnh, bệnh nhân thấy tiểu buốt, nóng rát, đau như xé ở niệu đạo, có cảm giác tiểu ra lưỡi dao cạo. Miệng sáo đỏ, đầu bao hành, thân dương vật có thể bị sưng to. Mủ vàng hoặc xanh chảy dầm dề ra đầu miệng sáo, nhất là buổi sáng trước khi đi tiểu.

Toàn thân có thể sốt, mệt mỏi, hạch bẹn sưng đau.

Để chẩn đoán phân biệt viêm niệu đạo trước hay viêm niệu đạo sau: làm nghiệm pháp 2 cốc (ly), cốc thứ nhất đục có nhiều sợi vẩn trắng lơ lững như sợi bông, cốc thứ hai trong là viêm niệu đạo trước.

Nếu không có điều trị, các triệu chứng cũng sẽ giảm dần, nhưng vi khuẩn còn và đưa đến lậu mãn tính.

3.1.2. Giai đoạn mãn tính: Nếu không được điều trị sau 2-3 tuần bệnh sẽ chuyển sang giai đoạn mãn tính. Các khuẩn lậu cố thủ ở tuyến sinh dục dưới dạng tiềm tàng, thỉnh thoảng gặp điều kiện thuận lợi lại vươn lên. Bệnh nhân có cảm giác đau âm ỉ vùng tầng sinh môn, đi tiểu hơi buốt, nước tiểu không còn đục, thường trong, nhưng sẽ đục khi thức khuya, làm việc nhiều,uống rượu bia. Chủ yếu là sáng dậy có giọt nhầy trong ổ đầu niêu đạo gọi là giọt ban mai. Làm nghiệm pháp 2 cốc (lý thuyết nối đục cả hai cốc, nhưng thực tế không thấy đục).

3.2. Lậu nữ giới:

Thời gian ủ bệnh: khó xác định.

Giai đoạn cấp tính: triệu chứng âm thầm, không rõ như nam giới. Theo thống kê thì 97% không có triệu chứng, còn 3% còn lại có triệu chứng nóng, rất khó chịu, đi tiểu buốt về cuối, lỗ tiểu chỉ hơi đỏ nặn ra giọt mủ, có thể trợt loét đọng nhiều mủ ở Douglas, ấn vào đau nhói ra khí hư nhiều.

3.3. Trẻ sơ sinh:

Trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc mắt do vi khuẩn lậu của người mẹ mắc bệnh mà không biết. Khi sinh cổ tử cung mở lớn đè vào túi mủ, mủ sẽ chảy ra và lây cho trẻ sơ sinh. Từ 2 đến 21 ngày mắt bị sưng phù, đỏ lên có mủ màu vàng đặc biệt.

3.4. Lậu trẻ em gái:

Viêm âm hộ và âm đạo do dùng chung dụng cụ của mẹ mà không biết hay bị hãm hiếp.

Thấy âm hộ có nước màu vàng chảy ra hay quần lót có nước màu vàng, do đó phải hỏi kỹ và điều trị kịp thời.

4. Biến chứng:

4.1.Biến chứng tại chỗ:

4.1.1. Nam giới*:* viêm niêu đạo, viêm bao quy đầu do bao quy đầu hẹp, viêm tiền liệt tuyến, viêm bàng quang, viêm túi tinh dịch, viêm tinh hoàn, ống dẫn tinh, viêm trực tràng.

4.1.2. Nữ giới: viêm tuyến Skenes, viêm cổ tử cung, viêm bàng quang, viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, buồng trứng lâu ngày thành nang, nhọt vùng chậu, viêm phúc mạc vùng chậu, viêm trực tràng.

4.2. Biến chứng toàn thân:

Viêm mắt hay gặp ở trẻ sơ sinh do thai phụ bị lậu.

Nhiễm trùng huyết có thể gây thành túi mủ ở các cơ quan.

Viêm khớp nhất là khớp gối.

Viêm nội tâm mạc.

Hội chứng Reiter: viêm giác mạc, viêm đường niệu, viêm khớp.

5. Chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định:

5.1. Lậu cấp: dựa vào lời khai của bệnh nhân: tiểu buốt, tiểu ra mủ.

Xét nghiệm: tìm thấy song cầu khuẩn Gram (-) ở nội tế bào, làm nghiệm pháp 2 cốc: cốc thứ nhất đục có nhiều sợi vân.

5.2. Lậu mạn tính: đau âm ỉ vùng tầng sinh môn, tiểu gắt, có giọt ban mai.

Xét nghiệm: phải cấy trùng, nhất là bệnh nhân nữ (cấy trùng môi trường đặc biệt, có khí CO_2 ở nhiệt độ 37^0C và PH=7,3)

6. Điều trị:

6.1.Nguyên tắc:

- Song cầu khuẩn lậu cứ 15 phút phân chia 1 lần do đó lan nhanh và cần điều trị sớm, điều trị đủ lâu.

- Điều trị đồng thời những người có liên quan.

- Điều trị cho nữ giới bao giờ cũng dùng thuốc và thời gian gấp đôi liều dùng cho nam giới.

- Trong giai đoạn cấp tính bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, tránh lao động nặng nhọc, chạy, nhảy, đi xe đạp… gây chấn thương bộ phận sinh dục.

6.2. Điều trị cụ thể:

6.2.1 Lậu không biến chứng:

- Kanamycin 2g tiêm bắp lần duy nhất.

- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp 1 lần duy nhất.

- Trẻ em: Ceftriaxone 125mg tiêm bắp liều duy nhất.

(50mg/kg tiêm bắp liều duy nhất)

- Hoặc: Ciprofloxacin 500mg uống liều duy nhất.

(chống chỉ định cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 16 tuổi).

- Hoặc: Spectinomicin 2g tiêm bắp liều duy nhất.

- Hoặc: Peflacin 400mg 2 viên uống liều duy nhất.

- Hoặc: Bactrim (Trimethoprim 80mg + Sulfamethoxazole 400mg):

10 viên/lần/ngày x 3 ngày.

Trong trường hợp cầu khuẩn lậu còn nhạy cảm với thuốc:

- Amoxycillin 3g uống + 1g Probenecid

- Hoặc: Penicillin Procain G 4,8 triệu UI tiêm bắp + 1g Probenecid.

6.2.2. Nhiễm lậu lan tỏa:

- Ceftriaxone 1g/ngày tiêm bắp hoặc tĩnh mạch x 07 ngày.

- Hoặc Spectinomicin 2g tiêm bắp 2lần/ngày x 07 ngày.

7. Phòng bệnh:

An toàn tình dục: Sử dụng bao cao su, Chung thủy một vợ một chồng.

Giáo dục truyền thông về tránh lây nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục trong cộng đồng, giáo dục sức khỏe giới tính học đường.

Tư vấn là vấn đề tế nhị và hết sức quan trọng cho việc điều trị khỏi và phòng lây nhiễm cũng như việc thông báo bạn tình.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Đặc điểm của bệnh lậu cấp tính ở nam giới là, CHỌN CÂU SAI:**
   A. Tiểu buốt
   B. Đau như xé ở niệu đạo
   C. Cảm giác tiểu ra lưỡi dao cạo
   D. Nước tiểu không còn đục
2. **Song cầu khuẩn lậu có hình dạng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Hạt đậu đen di động
   B. Hạt café không di động
   C. Hạt café di động
   D. Hạt đậu đen không di động.
3. **Song cầu khuẩn lậu phát triển ở môi trường có độ ẩm và nhiệt độ thích hợp, có đời sống, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 2 giờ
   B. 4 giờ
   C. 6 giờ
   D. 8 giờ
4. **Biến chứng toàn thân của lậu cấp là, CHỌN CÂU SAI:**
   A. Nhiễm trùng huyết
   B. Viêm khớp
   C. Viêm nội tâm mạc
   D. Ápxe phổi
5. **Chẩn đoán xác định của lậu cấp dựa vào: Song cầu khuẩn Gram (+).**
   A. Đúng
   B. Sai.

BÀI 20: BỆNH PHONG

I.Mục đích yêu cầu:

- Trình bày được đại cương bệnh phong.
- Nêu được dịch tễ bệnh của bệnh phong.
- Nêu được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh phong.
- Trình bày được phương pháp điều trị và dự phòng.

II.Nội dung:

1. Đại cương:

Bệnh phong là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính, do trực khuẩn Mycobacterium Leprae. Gây tổn thương da và thần kinh ngoại biên, nếu để lâu không điều trị có thể gây tàn phế, ảnh hưởng đến khả năng lao động, sinh hoạt, gây tâm lý sợ hãi, thành kiến sai lầm cho những người xung quanh.

Bệnh phong không phải là bệnh di truyền, không phải là bệnh bẩm sinh.

Bệnh có lây truyền, nhưng sự lây truyền tùy thuộc vào:

- Sự nhiễm khuẩn của người bệnh.
- Khả năng dễ nhiễm của người tiếp xúc.
- Có sự tiếp xúc gần gũi, thường xuyên lâu dài với người mắc bệnh.

2. Dịch tễ:

2.1. Mầm bệnh:

Trực khuẩn Mycobacterium Leprae do nhà bác học Hansen người Na Uy tìm ra năm 1873 nên gọi là trực khuẩn Hansen.

Là loại trực khuẩn kháng cồn, kháng acid, có nhiều dạng: Thẳng hay hơi cong, hình que dài khoảng 1,5 µm, rộng 0,2-0,5 µm thường tập trung thành cụm, thành bó nhuộm Ziel neelsen bắt màu đỏ tươi.

Chúng rất dễ bị tiêu diệt bởi các thuốc sát trùng thông thường, sức nóng, xà bông, đun sôi, phơi nắng)

Trực khuẩn Mycobacterium Leprae thường tập trung làm tổn thương da, niêm mạc mũi, nang lông, tuyến bã.

2.2. Nguồn bệnh:

Bệnh nhân mắc bệnh phong.

Trực khuẩn Hansen được bài xuất ra ngoài bằng đường mũi họng của người bệnh đã tổn thương phong trong mũi họng, do người bệnh xì mũi, khạc nhổ. Ngoài ra trực khuẩn Hansen có thể được tiết ra ngoài và làm gây bệnh thông qua dịch tiết của các tổn thương da bị lở loét ở các thể phong nhiều trực khuẩn.

2.3. Đường lây: Lây qua da xây xước, lở loét và niêm mạc mũi họng.

2.4. Điều kiện đường truyền:

- Tiếp xúc thường xuyên, lâu ngày với người bệnh.

- Không chú ý đến vệ sinh khi tiếp xúc.

- Thể lực suy yếu, nhất là trẻ từ 5 đến 15 tuổi dễ bị lây bệnh hơn.

3. Triệu chứng:

3.1. Phân loại:

Việc phân loại phong giúp tiên lượng được bệnh, đánh giá phương pháp điều trị, thống nhất kết quả, nghiên cứu một cách toàn diện.

Sự phân chia của bệnh phong được căn cứ trên tiêu chuẩn lâm sàng, vi khuẩn, miễn dịch học, giải phẫu bệnh. Hội nghị Madrid 1953 chia thành 4 thể.

Phong bất định (Indeterminate - viết tắt là i).

Phong củ (Tuberculoid leprosy - viết tắt là t).

Phong u (Lepromatous leprosy - viết tắt là l).

Phong trung gian.

3.2. Thời kỳ ủ bệnh: 2-3 năm hoặc lâu hơn.

3.3. Thời kỳ khởi phát:

Bệnh thường bắt đầu bằng những biểu hiện kín đáo không rầm rộ. Có thể là một vết màu hồng, một vết màu bạc trên da mà bệnh nhân không nhận thấy hoặc không để ý đến hay một vài rối loạn cảm giác: như giảm cảm giác, tăng hoặc mất cảm giác ở một vùng da.

3.4. Thời kỳ toàn phát:

3.4.1 Phong bất định(i): đây là thể mới phát, nhẹ, ít lây.

3.4.1.1. Tổn thương da: có một dát màu đỏ, hồng hoặc bạc màu, có khi sẫm màu, giới hạn rõ hoặc không rõ, không đối xứng, sờ vào mềm mại, không nhiễm cộm, cảm giác giảm, bệnh nhân thấy tê dại, khô da, không ra mồ hôi, thưa hoặc rụng lông.

3.4.1.2. Tổn thương thần kinh:

Dây thần kinh trụ thường bị teo cứng thành dây cứng, có hạch lổn nhổn dọc theo dây thần kinh gọi là: "hừng trụ".

Bàn tay teo các cơ liên đốt, ô mô cái, ô mô út, ngón 4, ngón 5 co quắp (vuốt trụ).

Liệt dây thần kinh khoeo, teo các cơ phía ngoài cẳng chân.

3.4.1.3. Xét nghiệm:

Tìm bh ở niêm mạc mũi và da ít khi (+)

Sinh thiết da: thượng bì teo đét, có xâm nhiễm tế bào viêm không đặc hiệu rải rác ở trung bì.

3.4.2. Phong củ (t):

Là loại phong lành tính không lây, tiến triển chậm có sức đề kháng cao.

3.4.2.1. Tổn thương da: có một hoặc nhiều đám đỏ, gồ cao hơn mặt da, giới hạn rõ, hình tròn hay vằn vèo, viền của đám có những củ lấm tấm như hạt mè (vừng), hạt đỗ màu đỏ sẫm, bóng mờ. Ở giữa đám da bạc màu hơn, đặc điểm các tổn thương này là mất cảm giác hoặc kém cảm giác, lông bị rụng, không ra mồ hôi.

3.4.2.2. Tổn thương thần kinh*:* cũng giống phong bất định có thể có thường trụ, vuốt trụ,thừng khoeo, bàn chân rủ, rút ngón chân, loét ở lòng bàn chân, tổn

thương ở mặt kèm theo dây thần kinh cổ.

3.4.2.3. Xét nghiệm:

Tìm bh ở da và niêm mạc mũi: ít thấy (+).

Phản ứng mitsuda bao giờ cũng (+).

Sinh thiết da: ngoài hình ảnh teo đét thượng bì, thấy hình ảnh ở tế bào khu trú ở trung bì, có tế bào lympho.

Phản ứng: mitsuda: dùng chất lipromin lấy ở tổn thương phong ác tính nhiều vi khuẩn, tiệt trùng lọc lấy tinh chất. Tiêm 0,1ml trong da phía trong cẳng tay sau 24-28 giờ đọc kết quả: nếu nổi sẩn đỏ gọi là (+) chứng tỏ cơ thể có sức đề kháng đối với độc tố bh.

3.4.3. Phong trung gian:

Rải rác trên da có nhiều mảng đỏ như ở phong củ nhưng có xu hướng lan rộng, bờ gờ cao hơn, màu đỏ mận. Xen kẻ có nhiều đợt vượng bệnh bột phát, biểu hiện bằng: sốt cao, đau dây thần kinh, nổi rải rác các ban đỏ nút (gọi là ban đỏ nút phong).

3.4.4. Phong ác tính (l)

Nặng nhất, hay lây nhất, chứng tỏ sức đề kháng của cơ thể yếu, triệu chứng rất đa dạng, biểu hiện một trạng thái tổn thương toàn diện, nhiễm khuẩn toàn thân.

3.4.4.1. Tổn thương da:

Rải rác tòan thân, nhất là ở mặt có những sẩn cục hoặc đám cộm màu đỏ mận gọi là u phong, làm trán, gò má, mũi, tai gồ ghề, trông mặt bệnh nhân giống mặt "sư tử", lông mày trụi, da tái xệ.

Ngón chân, ngón tay sưng to, u phong có thể lở loét, chảy nước vàng hôi thối, ở mũi làm thủng vách ngăn chảy máu cam.

3.4.4.2. Tổn thương thần kinh: tổn thương các dây thần kinh trụ, khoeo như các thể khác.

3.4.4.3. Các tổn thương khác

Viêm hầu họng tiếng nói khàn.

Viêm loét giác mạc có thể gây mù.

Viêm tinh hoàn, liệt dương.

Sưng hệ thống hạch, sưng lách.

3.4.4.4. Xét nghiệm:

Tìm trực khuẩn bh ở niêm mạc mũi, da (+).

Phản ứng mitsuda (-).

Sinh thiết da: teo đét thượng bì, hình ảnh ở viêm trung bì.

4. Điều trị:

Điều trị bệnh phong là làm cho bệnh nhân hết mọi triệu chứng, sạch hết trực khuẩn và khỏi bệnh, không bị tàn phế, trở lại cuộc sống lao động, sinh hoạt bình thường, bảo vệ xã hội và cộng đồng khỏi nguy cơ lây lan.

4.1.Các phác đồ điều trị:

4.1.1. Thể ít vi khuẩn:

Rifampicin 600mg/tháng có kiểm soát (nếu dưới 35kg cân nặng dùng 450mg/tháng)

DDS (Diamino- Diphenyl- Sulfone) 100mg/ngày tự uống.

Thời gian điều trị là 6-9 tháng.

4.1.2. Thể nhiều vi khuẩn:

Rifampicin 600mg/tháng 1 lần có kiểm soát.

Clofazimine 300mg/tháng 1 lần có kiểm soát.

Clofazimine 50mg/ngày tự uống.

DDS 100mg/ngày tự uống (1-2mg/kg/ngày).

Thời gian điều trị 24 tháng hoặc tới khi bh= 0

4.2. Điều trị triệu chứng:

Đau dây thần kinh: phong bế novocain 0,25%

Vitamin B1 0,025g x 1 ống tiêm bắp thịt.

Vitamin B12 1000 ♈ x 1 ống tiêm bắp thịt.

Bó nến:

Các ổ loét: xử trí bằng phẫu thuật, bó bột, băng mỡ kháng sinh.

Cơn bột phát: giải cảm bằng vitamin C, cho thuốc giảm đau (aspirin, paracetamol) trường hợp nặng: prednisolon 20-40 mg/ngày sau giảm liều dần.

5. Phòng bệnh:

5.1. phòng bệnh cá nhân:

Lý tưởng nhất là có vacxin để chích ngừa. Nhưng vacxin còn trong vòng thử nghiệm vẫn đề phòng bệnh cá nhân, chú ý giữ gìn vệ sinh thân thể và nâng cao sức khỏe là cần thiết.

5.2. Phòng bệnh cộng đồng:

Tổ chức mạng lưới y tế, phát hiện sớm và điều trị kịp thời, điều trị càng sớm bệnh càng chóng khỏi, nguồn lây cũng được dập tắt, người bệnh tránh được tàn phế.

Giáo dục kiến thức cơ bản về bệnh phong cho nhân dân.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Phong là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính gây tổn thương, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Tổn thương da
    B. Thần kinh ngoại biên
    C. Viêm thận
    D. Cả A và B.
2. **Trực khuẩn Hansen là trực khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Kháng cồn
    B. Kháng thuốc tím
    C. Kháng Acid
    D. Cả A và C.
3. **Trực khuẩn Hansen tiết ra ngoài gây bệnh thông qua dịch tiết của các tổn thương da bị lở loét.**
    A. Đúng
    B. Sai
4. **Đặc điểm tổn thương da trong phong bất định là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Một dát màu đỏ
    B. Giới hạn rõ hoặc không rõ
    C. Khô da, không ra mồ hôi
    D. Cả A, B và C.
5. **Đối với bệnh phong, phòng bệnh lý tưởng nhất là có vacxin để chích ngừa.**
    A. Đúng
    B. Sai.

BÀI 21: BỆNH SỐT RÉT

I. Mục tiêu học tập:

1. Nêu được đặc điểm dịch tễ học của bệnh sốt rét.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng bệnh sốt rét thể thông thường, điển hình.
3. Trình bày các xét nghiệm cần làm thường để chẩn đoán bệnh sốt rét.
4. Nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh sốt rét thông thường.
5. Trình bày các phác đồ điều trị bệnh sốt rét thông thường.
6. Biết cách chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sốt rét và nêu các biện pháp dự phòng.

II. Nội dung:

1. Định nghĩa: Sốt rét (SR) là một bệnh truyền nhiễm lây truyền qua đường máu do ký sinh trùng (KST) Plasmodium (P)gây ra. Được truyền từ người bệnh sang người lành bởi muỗi Anopheles, bệnh lưu hành địa phương và có thể phát triển thành dịch. Đặc điểm lâm sàng: Sốt thành cơn có chu kỳ với 3 giai đoạn: Rét, nóng, ra mồ hôi, kèm theo thiếu máu, lách to, gan to.

2. Dịch tễ học: Sốt rét là bệnh xã hội được lưu ý ở rất nhiều quốc gia vùng nhiệt đới như: Châu Phi, Châu Á, và Châu Mỹ. Môi trường thuận lợi về nhiệt độ, độ ẩm, tình trạng nước tù đọng. v.v…

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) và Trung tâm kiểm soát và phòng chống bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), trong năm 2008, ước tính trên thế giới có khoảng 190.000.000-311.000.000 trường hợp mắc bệnh sốt rét làm 708.000 - 1.003.000 người chết, đa số là trẻ em ở châu Phi. Đáng lưu ý là tình trạng ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc xảy ra ở hầu khắp các vùng lãnh thổ trên thế giới làm cho công tác phòng chống sốt rét gặp rất nhiều khó khăn.

Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2010 ghi nhận có 4.481 trường hợp mắc bệnh sốt rét, trong đó có 01 trường hợp tử vong. Tích lũy số mắc và tử vong từ đầu năm 2010 đến nay là 24.682 trường hợp trong đó 07 trường hợp tử vong tại 7 tỉnh. So với cùng kỳ năm 2009 (25.972/07), số mắc giảm 4,97 %, số tử vong không tăng (7 trường hợp); trong đó số mắc sốt rét khu vực miền Trung tăng 18,76%; Tây Nguyên tăng 5,43%; khu vực miền Nam tăng 6,91%. Tuy nhiên, ký sinh trùng sốt rét của cả nước so với cùng kỳ 6 tháng năm 2009 tăng 26,01%., trong đó cả 4 khu vực đều có ký sinh trùng sốt rét tăng: miền Bắc tăng 54,11%; miền Trung tăng 40,2%; Tây Nguyên tăng 30,5% và miền Nam tăng 24,83%.

(TS. Nguyễn Khắc Lực, BS. Đỗ Ngọc Ánh: Bộ môn Ký sinh trùng HVQY)

3. Mầm bệnh:

3.1. Ký sinh trùng sốt rét.

Trên thế giới có 4 loài KSTSR gây bệnh ở người:

P. Falciparum.

P. Vivax.

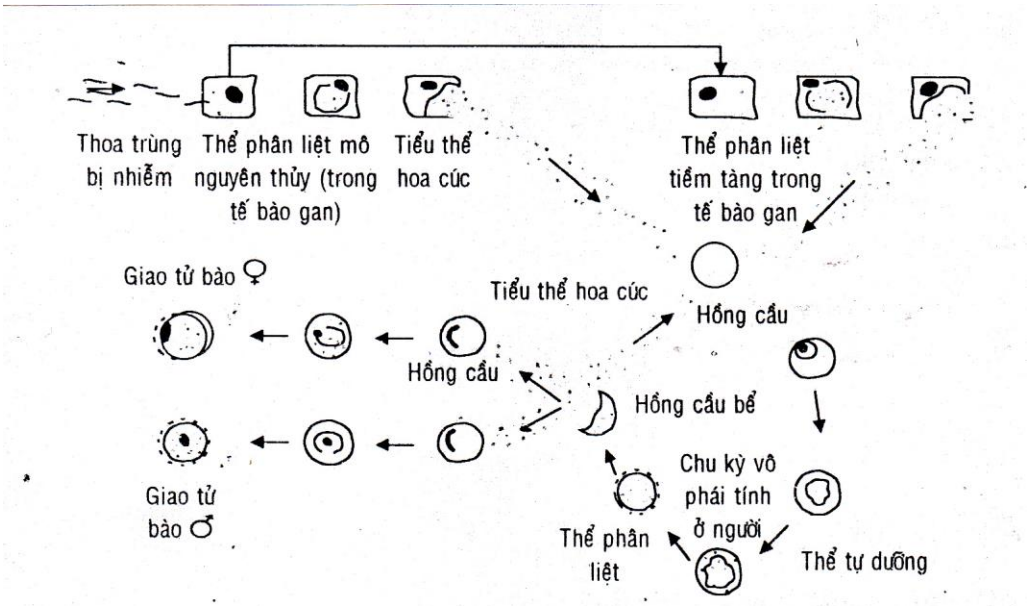
P. Ovale.

P. Malariae.

Trong đó chủ yếu là 2 loài: P. Falciparum, P. Vivax (Chiếm 95%).

3.2. Chu trình phát triển của KSTSR: Qua 2 chu trình:

3.2.1. Chu trình phát triển vô tính ở người: Chu trình này qua 2 giai đọan.



Hình 9.1 : **Chu trình phát triển của ký sinh trùng sốt rét ở người.**

+ *Giai đọan trong gan* (Giai đọan tiền hồng cầu): Khi muỗi chích cơ thể người các thoa trùng ở tuyến nước bọt muỗi sẽ được truyền vào máu và chúng lưu hành trong máu khoảng 30 phút đến 1 giờ rồi xâm nhập vào tế bào gan. Chúng phát triển và phân chia thành các Merozoite gan (Tiểu thể hoa cúc) rồi tiến triển thành thể phân liệt (Schizonts). Thời gian là 5-7 ngày đối với P. Falciparum, 6-8 ngày đối với vivax thể phân liệt sẽ phá vỡ tế bào gan phóng thích các tiết trùng vào máu.

Ở đây chấm dứt giai đọan ngoài hồng cầu đối với P. Falciparum.

Còn đối với P. Vivax và P. Ovale một số thoa trùng ở lại gan dưới dạng thể ngủ (Hypnozoite), và sau 1 – 6 tháng sau hoặc lâu hơn nữa mới phát triển thành Merozoite gan để vào máu.

+ *Giai đọan trong máu* (Giai đọan hồng cầu): Các Merozoite gan xâm nhập vào hồng cầu phát triển qua thể nhẫn, sau thành thể tư dưỡng (non, già), thể phân liệt cuối cùng phá vỡ hồng cầu và các merozoite hồng cầu từ trong thể phân liệt giải phóng ra ngoài, một số xâm nhập vào hồng cầu khác, một số phát triển thành thể hữu tính (Giao bào đực và giao bào cái: Gametocyte)

3.2.2. Chu trình phát triển ở muỗi:

Khi muỗi Anopheles chích một bệnh nhân sốt rét nó sẽ hút vào dạ dày các thể vô tính và hữu tính chỉ có các thể hữu tính mới phát triển được đó là các giao tử đực và cái (gametocytes). Sau khi rời hồng cầu chúng biến thành phôi tử (gametes) phối hợp với nhau thành trứng (zygote) rồi thành noãn (ookinete). Noãn di động bám vào mặt trong dạ dày trở nên bất động, được gọi

là nang (oocyst). Trong vòng 7-14 ngày tùy theo nhiệt độ nang lớn dần trong đó hình thành các thoa trùng (sporozoite). Nang vỡ ra các thoa trùng tập trung vào tuyến nước bọt của muỗi.

4. Nguồn bệnh.

Là những bệnh nhân sốt rét, và người mang ký sinh trùng lạnh. Họ được coi là nguồn bệnh khi trong máu có thể giao bào.

5. Đường lây:

Bệnh sốt rét lây truyền qua muỗi Anopheles, hãn hữu lây qua đường máu.

6. Sức thụ cảm và miễn dịch.

Mọi người đều có thể mắc bệnh sốt rét, song tùy thuộc vào mức độ nhiễm ký sinh trùng và sức đề kháng của từng người khác nhau có người sẽ bị bệnh nặng hoặc nhẹ.

Miễn dịch trong bệnh sốt rét không lâu bền, những người có miễn dịch một phần vẫn có thể bị tái nhiễm sốt rét. Song biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn, mang KST lạnh hoặc ít chuyển sang ác tính.

7. triệu chứng lâm sàng sốt rét thể thông thường điển hình.

7.1. Thời kỳ ủ bệnh: Thay đổi tùy theo từng loại ký sinh trùng

P. Falciparum: trung bình 12 ngày (9 – 14 ngày)

P. Vivax.: Có 2 loại: ngắn 14 ngày (8 – 17 ngày), dài 6-12 tháng.

P. Ovale: Trung bình 28 ngày (16 – 18)

P. Malariae: Trung bình 17 ngày (16 – 18).

7.2. Cơn sốt rét điển hình: Có 3 giai đoạn.

7.2.1. Giai đoạn rét run:

Cơn rét chạy dọc theo sống lưng lan ra tòan thân, cơ thể run bần bật, hàm răng đập vào nhau, dù đắp nhiều mền vẫn rét.

Các triệu chứng kèm theo: nhức đầu, buồn nôn, mệt mỏi , mạch nhanh, cơn rét run kéo dài từ 15 phút đến 1giờ.

7.2.2. Giai đọan nóng:

Hết cơn rét run bệnh nhân nóng bức, mặt đỏ, mắt đỏ, da khô, kèm theo nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn. Thân nhiệt tăng 40-41^{o}C, mạch nhanh, nhịp thở nhanh, gan, lách to và đau, nước tiểu ít và sẫm màu. Giai đoạn này kéo dài từ 2 giờ đến 4 giờ hoặc hơn.

7.2.3. Giai đọan vã mồ hôi:

Sau cơn nóng thân nhiệt hạ, bệnh nhân vã nhiều mồ hôi, mạch chậm, da ấm, bớt nhức đầu, hết buồn nôn. Giai đoạn này kéo dài trên một giờ, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn và cảm giác buồn ngủ.

Sau đó bệnh nhân qua một giai đọan không sốt:

24 giờ đối với P. Falciparum:

48 giờ đối với P. Vivax và P. Ovale

72 giờ đối với P. Malariae.

Hết cơn sốt bệnh nhân làm việc ăn ngủ bình thường cho đến khi quay lại chu kỳ sau.

7.3. Các triệu chứng khác:

7.3.1. Lách to: Mềm, hơi đau, nếu được điều trị tốt lách trở về bình thường. Nhưng nếu tái phát nhiều lần, điều trị không tốt lách trở nên xơ hóa.

7.3.2. Gan to: mềm trong sốt rét nặng, tái phát dai dẳng có thể rối loạn chức năng gan.

7.3.3. Thiếu máu: Hồng cầu giảm rõ rệt và nhanh sau nhưng cơn sốt rét, có thể xuống dưới 3.10^{12}/l.

8. Chẩn đoán xác định dựa vào các yếu tố sau:

8.1. Dịch tễ:

Bệnh nhân sống trong vùng sốt rét hoặc tới lui vùng sốt rét trong vòng 1 tuần – 1 tháng hoặc lâu hơn. Hoặc bệnh nhân đang ở vùng lành có tiền sử sốt rét gần nhất chưa quá 1,5 năm.

8.2. Lâm sàng:

a. Dựa vào cơn sốt: (Có chu kỳ, qua 3 giai đoạn: rét, nóng, vã mồ hôi)

b. Thiếu máu, gan to, lách to.

c. Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm, KST sốt rét (+)

9. Điều trị

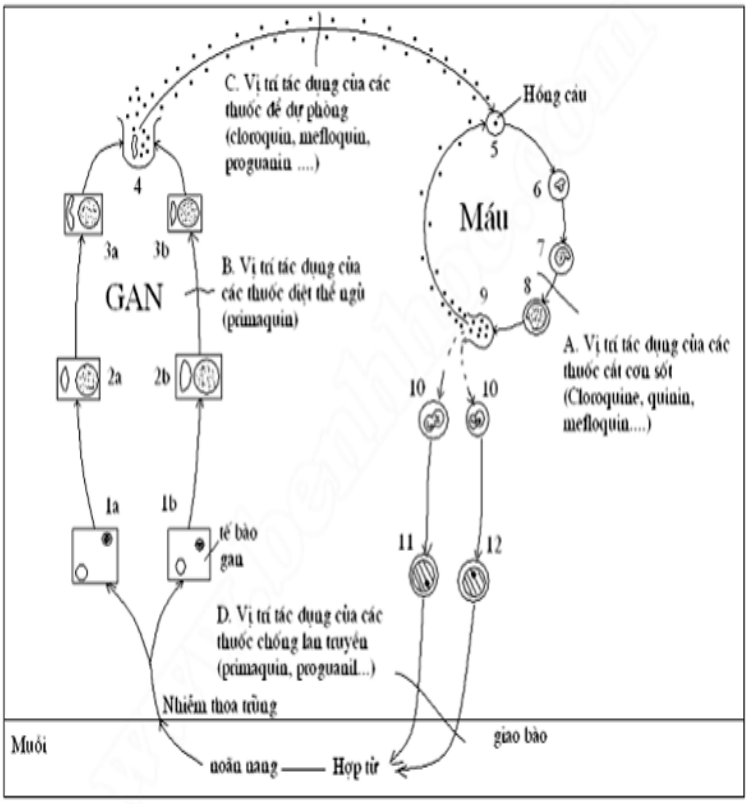
9.1. Nguyên tắc:

+ Phát hiện và điều trị thật sớm, đúng phác đồ, dựa vào KST, trọng lượng, thể trạng bệnh nhân.

+ Lấy máu xét nghiệm KSTSR trước khi điều trị

+ Dựa vào tình trạng KST kháng thuốc tại địa phương để chọn thuốc SR thích hợp.

+ Điều trị tòan diện, coi trọng điều trị đặc hiệu, điều trị triệu chứng và nuôi dưỡng bệnh nhân.



1a: Thoa trùng vào tế bào gan
2a,3a: Thể phân liệt phát triển trong tế bào gan
4: Giải phóng các mảnh trùng
5: Mảnh trùng vào hồng cầu
6: Thể tư dưỡng trong hồng cầu
7,8: Thể phân liệt phát triển trong hồng cầu
9: Phá vỡ hồng cầu và giải phóng các mảnh trùng
10,11,12: Phát triển thành giao bào đực và giao bào cái
1b, 2b, 3b: Phát triển của thể ngủ.

9.2. Điều trị sốt rét thể thông thường do P. Falciparum:

9.2.1. Những thuốc và phác đồ diệt thể vô tính thê đội I:

9.2.1.1.Artemisinin (viên 250mg): 10-20mg/kg/24 giờ.

- Cách dùng: Ngày đầu uống 4 viên như sau:
- Giờ thứ nhất: uống 2 viên cách 8 giờ uống 1 viên cho đến hết.
- Ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 uống mỗi ngày 2 viên.
- Cả đợt 7 ngày: Tổng liều là 4g.

9.2.1.2.Artesunate (viên 50mg): 2-4mg/kg/24 giờ

- Cách dùng: Ngày đầu uống 4 viên như sau:

- Giờ thứ nhất: uống 2 viên cách 8 giờ uống 1 viên cho đến hết.

- Ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 uống mỗi ngày 2 viên.

- Cả đợt 7 ngày: Tổng liều là 800 mg.

9.2.1.3.Quinin sulfate (viên 250mg): 30mg/kg/24giờ (1,5g/ngày x7ngày)

- *phác đồ phối hợp: Q-D:*

Quinin 250 mg: 1,5g/ngày x7ngày.

Doxycyclin: 100 mg/24 giờ x 7 ngày.

- *phác đồ phối hợp: Q-T:*

Quinin 250 mg: 1,5g/ngày x7ngày.

Tetracyclin 250 mg x 4v/24giờ x 7 ngày.

9.2.1.4.Lưu ý:

- *Chống chỉ định:* **Artemisinin, Artesunate:** Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu.

- *Không dùng:* **Doxycyclin, Tetracyclin** cho trẻ em <8 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú, bệnh nhân suy gan thận.

9.2.2. Những thuốc và phác đồ diệt thể vô tính thê đội II:

9.2.2.1.Áp dụng cho các trường hợp:

+ Điều trị thất bại với phác đồ thê đội I, KST kháng thuốc.

+ Dùng thê đội I đến 3-4 ngày mà không cắt sốt, KSTSR không giảm.

+ Ở địa phương có P.Falciparum chiếm ưu thế, đã kháng với (Chloroquin, Fansidar, Quinin) nhưng không có sẵn thuốc Artemisinin và Artesunate viên.

9.2.2.2.Thuốc điều trị:

+ Artesunate (lọ bột 60 mg pha với 0,6 ml Natribicarbonat 5% để tiêm bắp, hòa thêm 5,4 ml Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5% tiêm tĩnh mạch)

Ngày đầu 3 lọ chia đều mỗi 8 giờ.

Sau đó mỗi ngày 2 lọ chia 2 lần cho đủ 5-7 ngày.

Cả đợt 5 - 7 ngày: 660 mg – 900 mg.

+ Artemisinin viên hoặc **Artesunate** viên/lọ liều như trên hoặc chỉ dùng 3 ngày kèm:

Doxycilin 100 mg x 1viên/ 24 giờ x 5 – 7 ngày hoặc:

Tetracyclin 250 mg x 4v/24giờ x 7 ngày.

+ Artemisinin viên hoặc **Artesunate** viên/lọ liều như trên kèm theo:

Mefloquin viên 250 mg x 3 viên 1 lần duy nhất (15mg/kg/lần duy nhất uống ngày thứ 3.

9.3. Điều trị sốt rét thể thông thường do P. Vivax:

Chloroquin viên 250 mg 2 viên/ngày x 4 – 5 ngày.

Primaquin 15 mg: 2 viên/ ngày x 7-10 ngày

(Không dùng Primaquin cho phụ nữ có thai và trẻ em <4 tuổi)

9.4. Điều trị triệu chứng:

9.4.1. Xử trí sốt cao:

Hỗ trợ hạ sốt bằng lau mát, nới rộng quần áo, nằm nơi thóang khí. Chỉ dùng hạ sốt khi đã có chẩn đóan bệnh.

9.4.2. Sử trí thiếu máu:

Bổ sung viên sắt và các yếu tố vi lượng, khi hồng cầu < 2.10^{12}/l có thể có chỉ định truyền máu.

9.4.3. Nuôi dưỡng bổ sung dịch thể:

Cho ăn đủ calo, bổ sung điện giải đường uống hoặc đường truyền.

10. Dự phòng:

10.1. Diệt muỗi:

Phun thuốc diệt muỗi, tẩm mùng bằng permitrin, khuyến khích dân nuôi cá diệt bọ gậy (lăng quăng), khai phá đất hoang, làm sạch môi trường.

10.2. Điều trị dự phòng khi cần thiết:

Người chưa có miễn dịch vào vùng sốt rét dùng thuốc 3 – 6 tháng đầu kể từ khi vào vùng sốt rét.

- Mefloquin viên 250 mg và 50 mg: liều 5mg/kg/tuần (1 viên cho người lớn, dùng không quá 15 tuần)

- Doxycyclin 100 mg: Mỗi ngày 1 viên.

- **Chloroquin** 250 mg x 1 viên/tuần + **Proguanil**: 150 – 200 mg/ngày.

- Vùng lưu hành P. Vivax có thể dùng **Chloroquin** 250 mg – 300 mg mỗi tuần

Câu hỏi lượng giá:

1. **Đặc điểm của bệnh sốt rét là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Lây truyền từ người bệnh sang người lành
   B. Lây truyền qua đường máu
   C. Lây truyền qua đường hô hấp
   D. Cả A và B.
2. **Chẩn đoán quyết định bệnh sốt rét là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Dựa vào dịch tễ
   B. Dựa vào lâm sàng
   C. Siêu âm
   D. Xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng sốt rét.
3. **Cơn sốt rét điển hình là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Nóng – rét – ra mồ hôi
   B. Rét – nóng – ra mồ hôi
   C. Ra mồ hôi – nóng – rét.
   D. Tất cả đều sai.
4. **Chu trình phát triển vô tính của KSTSR ở giai đoạn trong gan đối với P.vivax có thời gian là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 6 – 7 ngày.
   B. 6 – 8 ngày.
   C. 6 – 9 ngày.
   D. 6 – 10 ngày.
5. **Nguyên tắc điều trị sốt rét, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Phát hiện và điều trị sớm, đúng phác đồ.
   B. Lấy máu xét nghiệm KSTSR trước khi điều trị
   C. Điều trị toàn diện
   D. Tất cả đều đúng.

BÀI 22: BỆNH NHIỄM HIV/AIDS

I.Mục tiêu học tập:

1. Mô tả được khái niệm HIV/AIDS.
2. Kể được dịch tễ học của bệnh nhiễm HIV/AIDS.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng HIV/AIDS.
4. Nêu được các phương pháp chẩn đoán sinh học nhiễm HIV/AIDS.
5. Trình bày được nguyên tắc điều trị và dự phòng nhiễm HIV/AIDS.

II.Nội dung:

1. Khái niệm:

HIV: Human Immuno-deficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)

AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HC suy giảm miễn dịch mắc phải).

SIDA: Syndrom D'Immuno Dé ficience Acquise

Khi HIV xâm nhập vào một cơ thể người nào đó thì ta gọi họ là người nhiễm HIV. Trong thời gian khỏang 3 tháng sau nhiễm HIV một số người có dấu hiệu nhiễm khuẩn cấp và không cần thiết điều trị đặc hiệu thì triệu chứng lâm sàng cũng lui dần và chuyển sang thời kỳ nhiễm trùng không triệu chứng . Tiến trình nhiễm khuẩn trong nhiều năm, thông thường 5 – 10 năm sau cho đến khi có triệu chứng bệnh AIDS xuất hiện. Triệu chứng bệnh AIDS xuất hiện mỗi lúc một nặng dần và cuối cùng là tử vong.

có thể kéo dài 15-20 năm (5%).

2. Dịch tễ học:

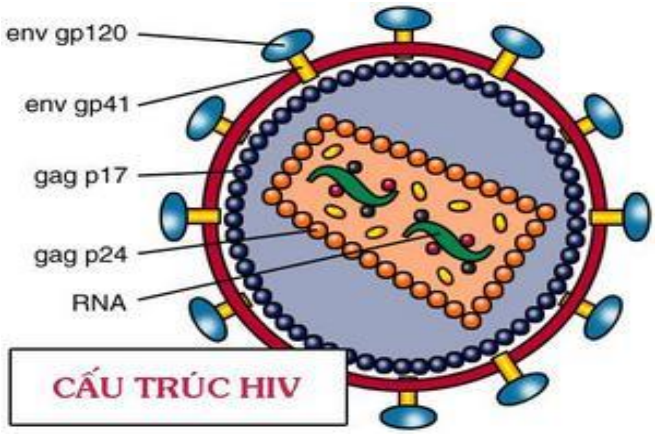
2.1. Mầm bệnh:

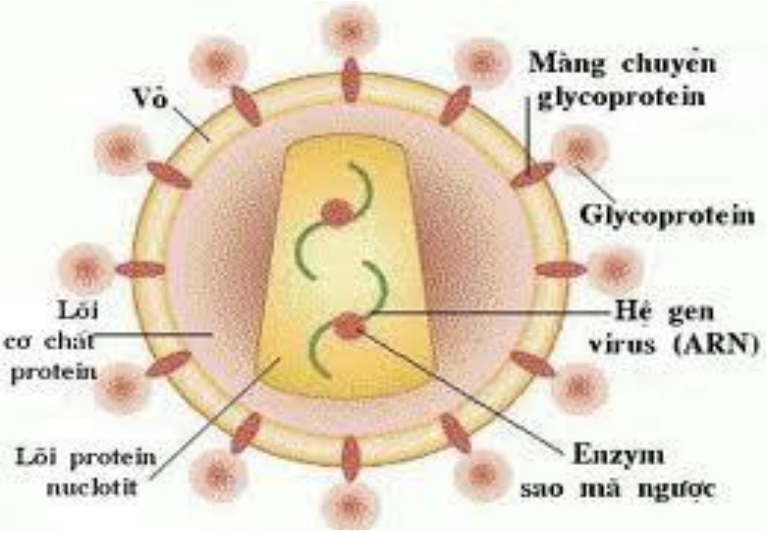
HIV là một Retrovirus họ lentiviridae câu trúc hình cầu đường kính khỏang 110 nm gồm 3 lớp:

Bao ngoài: Là màng lipid kép có nhiều kháng nguyên là những cấu trúc Glycoprotein.

Vỏ: Gồm 2 lớp cấu trúc là Protein.

Lõi (nhân): hình trụ được bọc trong một lớp Protein, gồm 2 loại kháng nguyên là GAG (Group specific Anti Gen) và POL (Polimerase) nhưng bản chất chung là protein.





2.2. Nguồn bệnh:

Người nhiễm HIV, bệnh nhân AIDS.

2.3. Đường lây:

2.3.1. Lây truyền qua đường tình dục:

Tính chung trên thế giới tỷ lệ lây truyền HIV qua đường tình dục khác giới chiếm 71%, qua đường tình dục đồng giới nam chiếm 15%. Nguy cơ nhiễm HIV tăng lên khi có viêm nhiễm, có vết sây sát ở bộ phận sinh dục.

2.3.2. Lây qua đường máu:

Do truyền máu và các sản phẩm của máu, gép tạng không kiểm soát được HIV, do dùng chung bơm kim tiêm, kim châm cứu, kim xăm da.v.v.

2.3.3. Lây truyền mẹ sang con:

Người mẹ nhiễm HIV có thể truyền cho con trong thời kỳ mang thai, trong khi đẻ, sau khi đẻ do bú sữa mẹ.

2.4. Cơ thể cảm thụ:

Mọi người đều có thể bị bệnh, không phân biệt tuổi, giới, điều kiện tự nhiên xã hội. Tuy nhiên do lây truyền qua đường tình dục nên lứa tuổi thanh niên 18-20 tuổi mắc cao hơn.

3. Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng của nhiễm HIV/AIDS rất đa dạng, thay đổi theo tiến trình nhiễm khuẩn. Đầu tiên là hội chứng nhiễm khuẩn cấp (Sơ nhiễm) tiếp theo là nhiễm khuẩn không triệu chứng kéo dài trong nhiều năm . Và chấm dứt là nhiễm trùng vơ hội và các bệnh ác tính.

3.1. Hội chứng nhiễm HIV cấp:

Vào khoảng 3–6 tuần sau khi HIV xâm nhập vào cơ thể, 50-70% người nhiễm HIV có biểu hiện lâm sàng của nhiễm HIV cấp.

Mức độ nặng nhẹ thay đổi, các triệu chứng không đặc hiệu như:

3.1.1. Dấu hiệu tòan thân: Sốt, viêm họng, nổi hạch ngoại biên, nhức đầu, tiêu chảy, đau cơ, đau khớp, uể oải, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân, nôn ói.

3.1.2. Dấu hiệu thần kinh: Viêm não, viêm màng não, viêm tủy, viêm dây thần kinh ngoại biên…

3.1.3. Dấu hiệu ngoài da*:* Phát ban đỏ, lóet da, niêm mạc.

Các triệu chứng trên kéo dài 1-2 tuần thì khỏi, sau đó các đáp ứng miễn dịch bắt đầu xuất hiện..

3.2. Giai đọan nhiễm khuẩn không triệu chứng :

Khoảng một tuần đến ba tháng sau giai đọan nhiễm khuẩn cấp đáp ứng dịch thể và miễn dịch tế bào xuất hiện trong khi đó nồng độ kháng nguyên và virus trong máu giảm có thể do các virus "ẩn náu" trong hạch bạch huyết.

Trong thời gian này bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng họ có thể làm việc, lao động như bao người khác. Và giai đọan này là giai đọan cần được theo dõi, tư vấn, giúp họ sống vui hòa nhập với xã hội góp phần giảp lây cho người khác.

3.3. Giai đọan có triệu chứng sớm:

Thời gian này rất thay đổi, trung bình khoảng 10 năm đối với người khỏe, nhưng những người chích xì ke thì thời gian sẽ ngắn hơn nhiều. Các dấu hiệu lâm sàng ban đầu này thường được gọi là dấu hiệu tiền AIDS.

3.3.1. Hạch to tòan thân và kéo dài.

Đây là dấu hiệu xuất hiện sớm tính từ sau giai đọan nhiễm khuẩn cấp. (Khi hạch > $1Cm^2$, ít nhất 2 vùng khác nhau không kể vùng háng, tồn tại >3 tháng, và bệnh nhân không có nguyên nhân gì rõ rệt để giải thích sự nổi của hạnh.

3.3.2. Tổn thương vùng miệng.

Có 3 loại sang thương vùng miệng thường gặp là:

- *Đẹn miệng:* Do nấm Candida albicans, sang thương là những chấm trắng nhỏ nằm rải rác khắp niêm mạc miệng , nướu răng, nặng hơn có thể lan ra phía sau vòm hầu, thực quản, khí quản.

- *Loạn sản dạng tóc:* thường do Epstein-Barr virus, xuất hiện dưới dạng sang thương mày trắng, có những sợi nhỏ nằm ở mặt lưỡi, đáp ứng khá tốt với Acyclovir.

- *Các vết loét thông thường:* thường không có nguyên nhân, gây đau nhức khi nuốt, thường ở phía sau họng.

3.3.3. Zona:

Do Herpes Zoster virus gây ra gặp trong 10-20% bệnh nhân nhiễm HIV thường xuất hiện khoảng 5 năm sau nhiễm HIV. Zona có khuynh hướng lan rộng ra nhiều dermatomes. Gây đau nhức kéo dài trên 1 tháng và tỷ lệ tái phát cao (20%).

3.3.4. Giảm tiểu cầu:

Tiểu cầu : 150.000/mm^3 đa số các trường hợp giảm tiểu cầu đáp ứng tốt với AZT (Zidovudine) và immunoglobulin.

3.4. Biểu hiện lâm sàng bệnh AIDS:

Biểu hiện lâm sàng của AIDS có nghĩa là nhiễm HIV giai đọan cuối. Thông thường thời gian sống sót của bệnh nhân từ lúc chẩn đóan AIDS đến khi tử vong không quá 24 tháng, thông thường là 18 tháng .

Theo cơ quan kiểm sóat bệnh tật Hoa Kỳ CDC (Center for Disease control) AIDS được xác định như sau:

3.4.1. Một bệnh nhân có một trong các chỉ điểm sau (Không có nguyên nhân nào khác gây suy giảm miễn dịch, và không làm xét nghiệm xác định HIV).

- Nhiễm Candida thực quản, phế quản, khí quản hoặc phổi.

- Nhiễm Cryptococcus ngoài phổi.

- Nhiễm Crytosporidia (Nấm) với tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng.

- Nhiễm cytomegalovirus ở bất kỳ cơ quan nào. Trừ gan, lách, bạch huyết ở bệnh nhân trên 1 tháng tuổi.

- Nhiễm Herpes simplex virus gây lở lóet niêm mạc kéo dài trên 1 tháng. Hoặc viêm phổi, viêm phế quản, viêm thực quản trên 1 tháng, ở bệnh nhân trên 1 tháng tuổi.

- Sarcom kaposi (Ung thư thành mạch) ở người < 60 tuổi.

- Lymphoma ở người < 60 tuổi.

- Viêm phổi dạng mô kẽ dạng lympho sảy ra ở trẻ <13 tuổi.

- Bệnh nhiễm Mycobacterium avium complex (Phổi hoặc đường tiêu hóa)

- Viêm phổi do Pneumocystis carinii.

- Nhiễm Toxoplasma ở não bệnh nhân trên 1 tháng tuổi.

3.4.2. Bệnh nhân có 1 trong các chỉ điểm được chẩn đóan chắc chắn, dù có hay không suy giảm miễn dịch và được làm một xét nghiệm xác định nhiễm HIV:

- Bất kỳ bệnh nào ghi ở phần a.

- Nhiễm trùng tái đi tái lại ở nhiều nơi ở trẻ <13 tuổi.

- Nhiễm nấm Coccidioidomycosis lan tỏa.

- Bệnh lý não do HIV.

- Nhiễm Histoplasma lan tỏa.

- Nhiễm Isospora (đơn bào) kèm theo tiêu chảy trên 1 tháng.

- Sarcom kaposi ở bất kỳ tuổi nào.

- Lymphoma không phải Hodgkin

- Nhiễm Mycobacterium avium lan tỏa không kể nhiễm M. tubeculosis.

- Lao ngòai phổi.

- Nhiễm khuẩn huyết do Salmonella không phải thương hàn.

- Hội chúng suy kiệt do HIV.

3.4.3. Bệnh nhân có một trong các chỉ điểm, nhưng các bệnh này không được chẩn đóan chắc chắn, có kèm theo xét nghiệm xác định nhiễm HIV:

- Nhiễm Candida thực quản.

- Viêm võng mạc do Cytomegalovirus kèm theo mất thị lực.

- Sarcom kaposi

- Nhiễm Mycobacterium avium lan tỏa

- Viêm phổi do Pneumocystis carinii.

- Nhiễm Toxoplasma ở não bệnh nhân trên 1 tháng tuổi

3.4.4. Bệnh nhân có một trong các bệnh chỉ điểm được chẩn đoán chắc chắn, không có nguyên nhân gây suy giảm miễn dịch, và xét nghiệm HIV lại âm tính:

- Viêm phổi do Pneumocystis carinii.

- Bệnh nhân có các bệnh nghi trong phần (a). kèm theo CD4<400/mm^3

3.4.5. Năm 1993 CDC thêm 4 trường hợp nữa:

- Tất cả người nhiễm HIV có CD4 <200/mm^3

- Lao phổi.

- Viêm phổi tái đi tái lại.

- Ung thư xâm lấn cổ tử cung.

Tóm lại: Biểu hiện lâm sàng quan trọng nhất của AIDS là nhiễm trùng cơ hội và /hoặc là bệnh ác tính.

4. Chẩn sinh học nhiễm HIV/AIDS:

Để chẩn đoán một trường hợp nghi ngờ nhiễm HIV chúng ta có thể sử dụng các xét nghiệm ELISA và Wester Blot lần lượt như sau:

Đầu tiên xét nghiệm ELISA nếu (-) vẫn nghi ngờ nhiễm HIV trong giai đọan cấp, làm lại ELISA sau 1 tháng.

Nếu ELISA (+) thì làm lại ELISA lần 2:

nếu lần 2 (-) có nghĩa là BN chỉ có 1 lần (-) có thể do sai sót kỹ thuật. BN coi như không nhiễm HIV.

Nếu ELISA lần 2 (+) cần làm tiếp Wester Blot:

Nếu Wester Blot (+) thì kết luận người đó nhiễm HIV.

Nếu Wester Blot (-) có nghĩa ELISA cho (+) giả không thể chẩn đóan người đó nhiễm HIV.

Nếu Nếu Wester Blot không xác định thì làm lại 1 tháng sau, kèm theo xét nghiệm PCR (Polymeerasease Chain Reaction)

Nếu PCR (-) và Nếu Wester Blot không thay đổi thì chưa thể kết luận bệnh nhân nhiễm HIV.

Nếu PCR (+) và/hoặc là Nếu Wester Blot (+) chúng ta xác nhận bệnh nhân nhiễm HIV.

5. Điều trị:

Nguyên tắc điều trị:

- Dùng thuốc chống siêu vi.
- Dùng thuốc tăng cường miễn dịch của cơ thể.
- Điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội và bệnh ác tính.

6. Dự phòng:

1. Thực hiện an tòan trong truyền máu.
2. An tòan trong quan hệ tình dục.
3. Hạn chế đến mức thấp nhất lây qua đường tiêm chích.
4. Phát hiện nhiễm HIV ở thai phụ, dùng thuốc ức chế virus để giảm lây nhiễm cho con.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Đường lây truyền của bệnh HIV là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Đường tình dục
   B. Đường máu
   C. Mẹ sang con
   D. Tất cả đều đúng.
2. **Số người mắc bệnh HIV cao ở lứa tuổi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 16 – 18 tuổi
   B. 18 – 20 tuổi
   C. 20 – 22 tuổi
   D. 22 – 24 tuổi
3. **Biểu hiện triệu chứng của HIV là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Sốt kéo dài
   B. Nhiễm trùng cơ hội
   C. Nổi hạch ngoại biên
   D. Tất cả đều sai.

4. **Thời gian sống sót của bệnh nhân từ lúc chẩn đoán AIDS đến khi tử vong không quá, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 18 tháng
   B. 20 tháng
   C. 22 tháng
   D. 24 tháng.
5. **Nguyên tắc điều trị HIV, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Dùng thuốc chống siêu vi
   B. Dùng thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể
   C. Điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội
   D. Tất cả đều đúng.

BÀI 23: BỆNH BẠI LIỆT

I. Mục tiêu học tập:

1. Nêu được dịch tễ học của bệnh bại liệt
2. Kể được các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán bệnh bại liệt
3. Nêu được cách phòng bệnh bại liệt

II. Nội dung:

1. Định nghĩa

Bại liệt là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus bại liệt gây ra, bệnh lây theo đường hô hấp và tiêu hóa. Đặc điểm lâm sàng của bệnh là liệt mềm ngoại vi, không có rối loạn cảm giác kèm theo.

2. Dịch tễ

2.1 Nguồn bệnh

Duy nhất là người gồm: người bệnh, người khỏi bệnh mang virus, người lành mang virus.

Virus chỉ có khả năng ra ngoài theo đường hô hấp trong vòng 1 tuần nhưng thải ra phân tới 2 – 3 tuần, virus thải ra mạnh nhất vào tháng đầu tiên kể từ khi bị bệnh.

2.2 Đường lây

Bệnh có khả năng lây truyền theo đường tiêu hóa và hô hấp, nhưng chủ yếu lây qua đường tiêu hóa (phân - miệng) qua nước, thực phẩm, tay và dung cụ nhiễm bẩn … ruồi và vật trung gian truyền bệnh nguy hiểm.

2.3 Khả năng cảm thụ

- Bệnh hay gặp ở trẻ em từ 2 – 8 tuổi, lứa tuổi 2 – 4 tuổi chiếm tới 60% - 80%. Trẻ sơ sinh và người lớn ít gặp hơn.
- Sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững
- Các yếu tố thuận lợi để dịch xảy ra là:

. Nguồn nước bị ô nhiễm

. Trẻ em dưới 5 tuổi

. Trẻ em chưa được dùng vaccine phòng đầy đủ

2.4 Tính chất dịch

Chủ yếu mắc bệnh tản phát, dịch có thể xảy ra trong tập thể nhỏ: nhà trẻ, lớp mẫu giáo. Bệnh hay xảy ra vào mùa xuân – hè. Trong một vụ dịch đa số chỉ có biểu hiện nhẹ với các triệu chứng ở đường hô hấp và tiêu hóa, chỉ khoảng 1% là có biểu hiện liệt.

Việt Nam được công nhận là nước đã thanh toán bệnh bại liệt từ tháng 3 năm 2000.

3. Bệnh sinh

- Giai đoạn 1: virus xâm nhập vào cơ thể và tăng sinh ở đường tiêu hóa
- Giai đoạn 2: virus vào máu lần thứ nhất đi tới các phủ tạng: tim, gan, tụy, thượng thận, hô hấp … và tiếp tục sinh ra biểu hiện của thời kỳ khởi phát.
- Giai đoạn 3: Virus lại vào máu lần 2 để vào hệ thần kinh. Tổn thương hay gặp và khó hồi phục nhất là ở tế bào thần kinh vận động ở sừng trước tủy sống, gây nên tình trạng liệt mềm đặc trưng ở người bệnh.

4. Triệu chứng lâm sàng:

4.1 Thể điển hình: chiếm khoảng 5%

4.1.1 Thời kỳ ủ bệnh: rất dài từ 5 – 35 ngày

Không có biểu hiện triệu chứng gì.

4.1.2 Thời kỳ khởi phát

Khoảng 3 – 7 ngày, có biểu hiện phong phú.

- Hội chứng nhiễm khuẩn:
  - Sốt: đột ngột, sốt nhẹ (một số ít có sốt 39 – 40^0C trong 3 – 4 ngày, giảm khi xuất hiện liệt.
- Hội chứng thần kinh:
  - Đau cơ và cứng các cơ: đây là những dấu hiệu sớm, cơ nào đau sẽ tiến triển thành liệt.
  - Rối loạn thần kinh thực vật: vã mồ hôi, mặt lúc tái lúc hồng, mạch chậm
  - Trạng thái thần kinh: li bì hoặc vật vã kêu khóc
  - Hội chứng màng não: nhức đầu , cứng gáy (+), Kernig (+)
- Triệu chứng khác:
  - Viêm long đường hô hấp trên: ho khan, hắt hơi, chảy nước mắt, chảy nước mũi, khan tiếng.
  - Rối loạn tiêu hóa: buồn nôn, nôn, đi ngoài phân lỏng hay táo bón
- Xét nghiệm dịch não tủy gần như bình thường.

4.1.3 Thời kỳ toàn phát

- Giảm sốt
- Xuất hiện liệt đột ngột, với các đặc điểm:
  - Liệt nhão ngoại vi, không đối xứng
  - Liệt không theo một thứ tự nhất định
  - Liệt xảy ra đột ngột và nhanh: ngày 4 – 7 của bệnh, khi đã hết sốt. Thời gian từ khi liệt xuất hiện đến khi hết tiến triển liệt là 48 – 72 giờ.
  - Các cơ bị liệt thường yếu, trương lực cơ giảm, các phản xạ gân xương và phản xạ da giảm hoặc mất, teo cơ nhanh, không có rối loạn cảm giác kèm theo.
- Vị trí tổn thương thường hay gặp là liệt tủy sống (60% - 70%), liệt hành tủy ít gặp nhưng tỷ lệ tử vong rất cao vì gây rối loạn các chức năng sống quan trọng với các biểu hiện:
  - Rối loạn hô hấp: nấc nhiều, khó thở, rối loạn nhịp thở
  - Rối loạn tuần hoàn: mạch không đều hoặc trụy mạch, rối loạn nhịp tim, huyết áp dao động.

- Rối loạn thần kinh thực vật: sốt cao, vã mồ hôi, da tím tái.

- Dấu hiệu đau cơ: tăng lên khi bắt đầu liệt, kéo dài vài ngày sau đó giảm dần.
- Xét nghiệm:
  - Bạch cầu máu bình thường hoặc có thể tăng trong một vài ngày sau đó trở về bình thường.
  - Dịch não tủy: tế bào tăng ít, hiếm khi tăng trên 1000 bạch cầu/mm^3, protein tăng có thể tới 1 – 2g/lít. Tuy nhiên tế bào và protein tăng khoảng liên quan đến mức độ bệnh. 1/10 số bệnh nhân có dịch não tủy bình thường.

4.1.4 Thời kỳ hồi phục

- Phục hồi sớm: trong 6 tuần của bệnh nhiều khả năng phục hồi hoàn toàn.
- Phục hồi muộn: trong khoảng 6 tuần đến 3 năm, nhưng thường các cơ này phục hồi không hoàn toàn.
- Di chứng: là những tổn thương không hồi phục sau 3 năm.

4.2 Các thể lâm sàng không điển hình

- Thể không liệt: chỉ có các triệu chứng như thời kỳ khởi phát trong thể điển hình, không có dấu hiệu liệt, chiếm khảng 10%
- Thể không triệu chứng: không có triệu chứng lâm sang, chiếm 80% - 85%.

5. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào các yếu tố:

5.1 Lâm sàng

Sốt đột ngột
Đau cơ
Tính chất liệt

5.2 Xét nghiệm

Phân lập virus từ dịch nhầy họng, máu, phân
Phản ứng kết hợp bổ thể và phản ứng trung hòa.

5.3 Dịch tể

Tuổi dễ mắc bệnh, trong một tập thể có nhiều trẻ bị bệnh tương tự
Có nhiều trường hợp liệt với các đặc điểm như trên ở một khu vực nhất định, thì việc chẩn đoán sớm các trường hợp bệnh dựa vào lâm sang và dịch tể học là chủ yếu.

6. Điều trị

6.1 Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn diện
- Đề phòng và điều trị tích cực biến chứng và di chứng

6.2 Điều trị cụ thể

6.2.1 Giai đoạn khởi phát

- Bất động trong vòng 2 tuần đầu

- Điều trị triệu chứng: giảm đau, hạ sốt, an thần, chống phù não.

6.2.2 Giai đoạn liệt

- Để người bệnh ở tư thế cơ năng
- Hồi sức tích cực ở những người có suy hô hấp, suy tuần hoàn
- Vật lý trị liệu và tâm lý liệu pháp sớm: ngay khi hết sốt, không nên trì hoãn đến khi hết đau cơ.

6.2.3 Giai đoạn phục hồi và di chứng

- Nâng cao sức đề kháng, tiếp tục tâm lý liệu pháp và thể dục liệu pháp
- Phẫu thuật chỉnh hình di chứng

7. Dự phòng

- Vệ sinh môi trường: xử trí phân, nước rác.
- Vệ sinh thực phẩm
- Uống vaccine (vaccine giảm độc lực) theo chương trình TCMR

Các biện pháp khi có dịch

- Giáo dục sức khỏe: tuyên truyền, vận động sự tham gia chống dịch của cộng đồng.
- Xử lý phân và chất thải
- Ăn chính uống sôi, vệ sinh dụng cụ ăn uống, bát, đĩa, thìa …
- Diệt ruồi
- Hạn chế di lại, giao lưu hàng hóa.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Nguồn bệnh bệnh bại liệt, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Chó, mèo
   B. Người mang bệnh
   C. Muỗi
   D. Chuột

2. **Bệnh sinh bệnh bại liệt, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Giai đoạn 1: virus xâm nhập vào hạch và tăng sinh
   B. Giai đoạn 1: Virus tấn công vào máu lần 1 gây bệnh cảnh lâm sàng rầm rộ
   C. Giai đoạn 2: virus vào máu lần thứ nhất đi tới các phủ tạng: tim, gan
   D. Giai đoạn 3: Virus lại vào máu lần 2 để vào tấn công cơ tim, gan , thận

3. **Triệu chứng liệt trong bại liệt có đặc điểm sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Liệt nhão ngoại vi, không đối xứng
   B. Liệt cứng, tăng trương lực cơ
   C. Liệt mềm, đối xứng 2 bên
   D. Liệt cứng, đối xứng 2 bên

4. **Điều trị bệnh bại liệt giai đoạn liệt, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Vật lý trị liệu sớm ngay khi hết sốt
   B. Vật lý trị liệu khi hết đau cơ và bệnh ổn định
   C. Không tập vật lý trị liệu trong giai đoạn này
   D. Vật lý trị liệu là biện pháp không hiệu quả.

5. **Phòng bệnh bại liệt, CHỌN CÂU SAI:**
   A. Uống kháng sinh dự phòng khi tiếp xúc với bệnh nhân
   B. Uống ngừa vaccine bai liệt theo chương trình TCMR
   C. Xử lý phân và chất thải khi có dịch
   D. Giáo dục sức khỏe: tuyên truyền khi có dịch

BÀI 24: BỆNH CÚM

I.Mục tiêu học tập :

1. Trình bày được dịch tể học của bệnh cúm
2. Kể được các triệu chứng lâm sàng - cận lâm sàng của bệnh cúm
3. Nêu được các yếu tố giúp chẩn đoán bệnh cúm
4. Trình bày được các bước điều trị và dự phòng bệnh cúm

II. Nội dung:

1. Định nghĩa

Cúm là bệnh truyền nhiễm cấp tính ở đường hô hấp do virus Influenza, dễ phát thành dịch lớn. bệnh thường lành tính, tự giới hạn những vẫn có thể có biến chứng nặng. Nên phân biệt cúm với một tình trạng cảm lạnh thông thường (common cold) do nhiễm lạnh (tắm, đi mưa) và nhiễm một số virus khác.

2. Dịch tể học

2.1 Nguồn bệnh

Người bệnh và người lành mang virus là nguồn bệnh duy nhất. virus có mặt trong các hạt chất tiết đường hô hấp khi người bệnh hắt hơi, ho … Virus có mặt rất sớm, đạt số cao nhất sau 48 giờ, sau giảm mạnh.

2.2 Đường truyền nhiễm

Đường hô hấp, virus bám lên tế bào thượng bì phế quản.

2.3 Dịch cúm

- Xảy ra nhiều vào mùa đông – xuân hoặc giao mùa ở vùng nhiệt đới.

- Virus A gây các dịch nhỏ, dịch lưu hành địa phương hay đại dịch toàn thế giới. trong khi các virus B và C chỉ gây bệnh lẻ tẻ hoặc dịch nhỏ trong trường học hay trại lính...

Thường dịch cúm kéo dài 15 ngày đến 1 tháng.

3. Bệnh sinh

Virus bám lên trên tế bào thượng bì đường hô hấp để tăng trưởng gây hoại tử tế bào. Mức độ nặng nhẹ của bệnh tùy thuộc vào số lượng virus nhiễm.

Miễn dịch với virus xuất hiện nhanh nhưng không bền vững sau 1 – 2 năm

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1 Thời kỳ ủ bệnh: 24 – 48 giờ, có trường hợp 3 ngày.

4.2 Thời kỳ khởi phát

- Sốt cao đột ngột 39 – 40^0C kèm ớn lạnh hoặc lạnh run

- Mệt mỏi, cảm giác kiệt sức

- Nhức đầu, đau mình

- Ho khan

4.3 Thời kỳ toàn phát

a. Hội chứng nhiễm khuẩn

- Sốt 39 – 40^0C liên tục

- Mặt đỏ bùng

- Biếng ăn, lưỡi trắng

- Tiểu ít

- Mệt lả

- Chảy máu cam: nếu có thì là dấu hiệu quan trọng

b. Hội chứng đau

- Nhức đầu dữ dội và liên tục gia tăng khi sốt cao hoặc ho gắng sức, thường đau ở vùng trán, vùng trên hốc mắt.

- Đau cơ toàn thân, nhất là ở ngực, thắt lưng, chi dưới.

- Người bệnh cảm thấy nóng, đau vùng trên xương ức (tổn thương thượng bì khí quản)

c. Hội chứng hô hấp

- Xuất hiện sớm, từ những ngày đầu

- Hắt xì hơi, sổ mũi, đỏ mặt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác khô và rát họng.

- Ho khan, khan tiếng

- Triệu chứng viêm phế quản cấp, viêm phổi: ho, khó thở, khạc đờm

d. Các rối loạn tiêu hóa và thần kinh

- Ít gặp, có thể tiêu chảy, có dấu hiệu màng não, liệt nhẹ

4.4 Thời kỳ lui bệnh

- Sau 2 – 5 ngày sốt giảm

- Ho và đau ngực giảm chậm hơn.

5. Biến chứng

5.1 Bội nhiễm

Gặp ở người già, suy dinh dưỡng

- Viêm xoang trán, tai giữa, thanh quản, xương chũm …

- Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi

- Viêm màng não mủ

- Nhiễm trùng huyết

5.2 Tim mạch

- Viêm cơ tim
- Viêm màng ngoài tim

5.3 Thần kinh

- Viêm não
- Viêm tủy cắt ngang

5.4 Viêm cơ

6. Chẩn đoán

Dựa vào các yếu tố:

6.1 Dịch tể học

6.2 Lâm sàng

. Hội chứng nhiễm khuẩn
. Hội chứng đau
. Hội chứng hô hấp

6.3 Xét nghiệm

. Bạch cầu bình thường hoặc hơi tăng, khi tăng trên 15000 tế bào/mm^3 máu phải đề phòng bội nhiễm.

. Phân lập virus từ dịch phết họng

. Phản ứng huyết thanh (ức chế ngưng kết hồng cầu cố định bổ thể, ELISA): làm 2 lần cách nhau 10 – 14 ngày, hiệu giá kháng thể gấp 4 lần có giá trị chẩn đoán.

. PCR khó thực hiện và đắt tiền, chỉ thực hiện ở các phòng thí nghiệm lớn.

7. Điều trị

- Nghỉ ngơi
- Giảm đau, hạ nhiệt bằng Acetaminophen, Paracetamol
- Kháng histamine
- Giảm ho
- Cung cấp nước và điện giải
- Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm
- Gần đây, có Amantadine là thuộc đặc trị, có hiệu quả với virus Influenza A

8. Dự phòng

- Phát hiện cách lý người bệnh
- Tránh tiếp xúc, tránh tụ tập đông người
- Vệ sinh, đeo khẩu trang

- Tăng cường sức đề kháng
- Chủng ngừa bằng vaccine chế từ virus Influenza A và B
- Uống phòng ngừa bằng Amantadine

Câu hỏi lượng giá:

1. **Bệnh cúm do virus . . . . gây ra, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Paramyoxyvirus
   B. Rotavirus
   C. Dengue
   D. Influenza
2. **Phòng bệnh cúm bằng cách, CHỌN CÂU SAI**:
   A. Ăn đủ chất dinh dưỡng để tăng sức đề kháng
   B. Uống phòng ngừa bằng Amantadine
   C. Uống kháng sinh dự phòng
   D. Vệ sinh, đeo khẩu trang
3. **Thời kỳ toàn phát bệnh cúm có các hội chứng sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Hội chứng nhiễm khuẩn
   B. Hội chứng nhiễm độc
   C. Hội chứng hô hấp
   D. Câu A và C đúng
4. **Dịch cúm thường xảy ra, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Vào lúc giao mùa ở Việt Nam
   B. Thường kéo dài từ 2 tháng đến 3 tháng
   C. Thường xuất hiện vào mùa hè
   D. Xảy ra quanh năm
5. **Thời kỳ ủ bệnh triều chứng cúm kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 1 giờ - 12 giờ
   B. 13 giờ - 23 giờ
   C. 24 giờ - 48 giờ
   D. 36 giờ – 72 giờ

BÀI 25: BỆNH QUAI BỊ

I. Mục tiêu học tập

1. Nêu được định nghĩa, dịch tể học, bệnh sinh của Quai bị
2. Kể được các triệu chứng lâm sàng của Quai bị
3. Trình bày được các yếu tố chẩn đoán và các bước điều trị Quai bị

II. Nội dung:

1. Định nghĩa

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, do virus gây ra, bệnh thường lành tính với tổn thương chính là viêm tuyến nước bọt, đôi khi kèm theo viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác.

2. Tác nhân gây bệnh

Mầm bệnh là một virus RNA thuộc họ Paramyxovirus. Người là ký chủ tự nhiên, virus được thải qua đường hô hấp, chúng dễ dàng được cấy trên tế bào thận khỉ, phôi gà…

3. Dịch tể học

Quai bị xảy ra ở khắp thế giới, nhiều nhất là vào mùa đông. Khoảng 25% mang virus mà không triệu chứng.

3.1 Nguồn bệnh: người là ký chủ duy nhất

3.2 Đường truyền nhiễm

Virus trong tuyến nước bọt, người bệnh ho, hắt hơi sẽ phát tán virus ra ngoài 6 ngày trước khi viêm tuyến mang tai.

3.3. Khối mẫn cảm

- Mùa xuân, tháng 3
- Trẻ em từ 5 – 9 tuổi hay bị nhất, nam > nữ
- Hiếm xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi
- 12% - 18% lớn hơn 15 tuổi
- Sau khi nhiễm, người bệnh có miễn dịch suốt đời. Kháng thể mẹ bảo vệ cho con trong 6 tháng đầu đời.

4. Bệnh sinh

Virus xâm nhập đường hô hấp trên, sau đó theo đường máu đến tuyến nước bọt, tinh hoàn, buồng trứng, tụy tạng và trong một số trường hợp lên cả màng não. Virus cũng có thể từ niêm mạc miệng đi ngược ống Stenon để lên tuyến mang tai.

5. Lâm sàng

5.1 Viêm tuyến mang tai

5.1.1 Thời kỳ ủ bệnh: từ 14 – 24 ngày

5.1.2 Thời kỳ khởi phát: đột ngột

- Suy nhược, khó chịu, chán ăn

- Sốt nhẹ, không kèm lạnh run

- Đau họng và đau góc hàm (triệu chứng thường hay gặp nhất)

- Đau điểm Rillet-Barthez: mõm chũm – khớp thái dương hàm- góc dưới của xương hàm

- Tuyến mang tai to dần và đau nhức

5.1.3 thời kỳ toàn phát

- Tuyến mang tai sưng to lan ra vùng trước tai, mỏm chủm, lan xuống đến xương gò má, đến hàm là mất rãnh dưới hàm

- Đau nhức 1 bên, cao điểm 1 tuần, sau đó nhỏ lại

- Chỉ đau khi nhai hoặc uống thức ăn chua

- Da đỏ nhưng không nóng, ấn vào có cảm giác đàn hồi.

- Triệu chứng kèm theo: sốt 38 – 39^{o}, đau đầu, đau bụng, khó nuốt, khó nói.

- Khám họng: lỗ Stenon viêm đỏ, có khi có giả mạc.

-Vùng hạch trước tai và góc hàm cũng to, đau

5.1.4 Thời kỳ hồi phục: sau 1 tuần, tuyến nhỏ dần và bớt đau, các triệu chứng đau họng, khó nuốt giảm và từ từ khỏi hẳn.

5.2 Tổn thương ngoài tuyến nước bọt

5.2.1 Viêm tinh hoàn

- Thường gặp ở thanh niên, sau tuổi dậy thì (20-30%)

- Xuất hiện vào ngày 7 – 10 sau khi viêm tuyến mang tai, đa số ở một bên

- Triệu chứng báo hiệu: sốt cao, ớn lạnh, đau bụng, nhức đầu, … sau đó đau bìu và sưng to tinh hoàn (nóng, đỏ, sưng, đau).

- Bệnh khỏi sau 8 – 10 ngày, 30 – 40% bị teo tinh hoàn, vô sinh là hậu quả khi xơ teo cả hai tinh hoàn bị viêm.

5.2.2 Viêm màng não: chiếm 10%-35%

- Thường gặp ở trẻ em, xuất hiện vào ngày 3-10 sau khi viêm tuyến mang tai.

- Người bệnh sốt cao, có đủ các triệu chứng của hội chứng màng não, nhưng cũng có khi giống viêm tủy cấp, sốt bại liệt.

- Dịch não tủy: tế bào tăng nhẹ

5.2.3 Các tổn thương khác

- Viêm tụy cấp (3% - 7%)

- Viêm buồng trứng (70% sau dậy thì)

- Viêm cơ tim
- Viêm tuyến giáp

6. Chẩn đoán

Dựa vào các yếu tố sau:

6.1 Dịch tễ học

- Chưa mắc bệnh lần nào
- Có tiếp xúc với người bệnh

6.2 Lâm sàng

- Viêm tuyến mang tai
- Da đỏ không nóng, ấn vào có cảm giác đàn hồi.

6.3 Xét nghiệm: không cần thiết

- Phân lập virus trong nước bọt, dịch não tủy, dịch cổ họng
- Tìm kháng thể bằng các phương pháp huyết thanh học

7. Điều trị

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi, nhất là khi người bệnh ở tuổi dậy thì, đắp ấm vùng tuyến mang tai, hạn chế vận động.
- Thuốc hạ sốt, giảm đau
- Cách ly người bệnh
- Chế độ ăn nhiều đạm, dễ tiêu

Khi có viêm tinh hoàn

- Dùng corticoid
- Mặc quần lót nâng tinh hoàn
- Phẫu thuật giải ép túi tinh khi cần

8. Dự phòng

Cấp 0: Giáo dục, tuyên truyền

Cấp 1: Phát hiện và cách ly người bệnh sớm

Tiêm vaccine phòng bệnh:

- Miễn dịch chủ động

+ Chỉ định: trẻ lớn hơn 1 tuổi, Nhiễm HIV không triệu chứng
+ Bảo vệ 75% - 79%
+ Miễn dịch ít nhất 17 năm
+Chích cùng lúc với vaccine sởi, bại liệt, thủy đậu

- Miễn dịch thụ động: Globuline 3 – 4,5ml tiêm bắp cho người tiếp xúc

Cấp 2: Điều trị bệnh để nâng cao thể trạng , ngăn ngừa biến chứng

Cấp 3: Điều trị biến chứng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Tác nhân gây bệnh quai bị, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Paramyxovirus
   B. Orthomyxovirus
   C. Rotavirus
   D. Flaviviridae
2. **Dịch tễ bệnh quai bị, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Thường xảy ra ở mùa nóng
   B. Người là ký chủ duy nhất
   C. Lây truyền qua chất tiết mũi họng
   D. B và C đúng
3. **Điểm Rillet-Barthez, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Nơi lỗ tuyến nước bọt đổ vào khoang miệng
   B. Mỏm chũm – khớp thái dương hàm – góc dưới xương hàm.
   C. Bớt đau nhức sau 2 tuần
   D. Đau khi ăn thức ăn nóng
4. **Các tổn thương ngoài tuyến nước bọt do bệnh quai bị, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Viêm tinh hoàn
   B. Viêm màng não
   C. Viêm dạ dày
   D. A và B đúng
5. **Chẩn đoán bệnh quai bị, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Dịch tễ có tiếp xúc với bệnh
   B. Lâm sàng da đỏ, nóng
   C. Cần thiết làm xét nghiệm để chẩn đoán bệnh
   D. Phân lập virus trong máu

BÀI 26: BỆNH SỞI

I.Mục tiêu học tập

1.Trình bày được dịch tể học và cơ chế bệnh sinh của bệnh sởi

2.Kể được triệu chứng lâm sàng của bệnh sởi

3. Trình bày được cách điều trị và cách theo dõi chăm sóc bệnh nhân bệnh sởi

II. Nội dung:

1. Đại cương

Bệnh sởi là một bệnh lây qua đường hô hấp và gây thành dịch lớn. Biểu hiện các triệu chứng sốt, viêm long, phát ban, người bệnh mắc bệnh sởi sẽ có miễn dịch bền vững, bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ nhất là ở lứa tuổi 1 – 3 tuổi.

2. Tác nhân gây bệnh

Virus sởi thuộc nhóm RNA paramyxovirus, người là ký chủ tự nhiên, được tìm thấy trong cổ họng và máu người bệnh ở cuối thời kỳ ủ bệnh và 1 thời gian ngắn sau khi phát ban. Nó có thể sống ít nhất 34 giờ trong không khí, không chị được sự khô ráo. Có thể cấy virus lên tế bào thận người và nhau thai người.

3. Dịch tể

3.1 Nguồn bệnh: trẻ bệnh đặc biệt là giai đoạn đầu trước khi phát ban

3.2 Cách lây truyền: lây trực tiếp từ người sang người qua chất tiết đường hô hấp của bệnh nhân khi ho, hắt hơi, sổ mũi, nói chuyện. Hiếm gặp hơn có thể qua đường không khí.

3.3 Tính chất dịch

- Bệnh xảy ra rải rác quanh năm, có khuynh hướng gia tăng vào mùa lạnh.
- Bệnh rất hay lây và dễ phát triển thành dịch theo chu kỳ 2- 3 năm.
- Thời điểm lây lan nhất là trước và sau phát ban 7 ngày.

3.4 Cơ thể cảm thụ

- Lứa tuổi mắc bệnh cao nhất là 2 – 6 tuổi.
- Bé bị sởi thường hiếm khi mắc lại lần 2

4. Cơ chế bệnh sinh

Virus xâm nhập vào tế bào niêm mạc đường hô hấp trên, sinh sản ở đó và đi vào máu (virus huyết lần 1), xâm nhập vào hệ võng nội mô, được phóng thích vào máu (virus huyết lần 2). Mặt khác, virus xâm nhập vào tế bào lymphoT => giảm đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Sau giai đoạn virus huyết lần 2, virus sẽ tấn công vào niêm mạc đường hô hấp và gây bệnh cảnh lâm sàng.

Dấu Koplik ở niêm mạc má gồm xuất tiết huyết thanh và tăng sinh tế bào nội mạch.

Phát ban ngoài da là do sự tăng sinh tế bào đơn nhân quanh mao mạch, tăng sự xuất tiết xảy ra chủ yếu ở da, niêm mạc đường hô hấp và tiêu hóa.

5. Triệu chứng lâm sàng

5.1 Thời kỳ ủ bệnh: từ 1 – 20 ngày. Không có triệu chứng.

5.2 Thời kỳ khởi phát: 4 – 5 ngày, là thời kỳ hay lây nhất, có biểu hiện:

- Sốt: đột ngột kèm theo đau cơ khớp

- Viêm long

- Mắt: chảy nước mắt, xung huyết mắt và sợ ánh sáng.

- Mũi: hắt hơi, sổ mũi, chảy máu cam

- Thanh quản: ho đàm, có thể có khó thở thanh quản.

- Tiêu hóa: tiêu chảy

- Dấu Koplik ngang răng hàm I là những chấm trắng nhỏ nổi trên nền niêm mạc má màu đỏ xung huyết, tồn tại 24 – 48 giờ và mất đi một ngày trước khi phát ban

5.3 Thời kỳ toàn phát: 2 – 4 ngày

- Thời kỳ mọc sởi là thời kỳ giảm sốt dần, đặc tính mọc sởi là thứ tự đầu mặt cổ (N1) => ngực vai (N2) => bụng chi trên (N3) => toàn thân (N4)

- Nốt sởi màu đỏ hồng có khuynh hướng kết cụm và bao giờ cũng chừa những khoảng da lành

5.4 Thời kỳ lui bệnh: thời kỳ sởi bay

- Nốt sởi lặn dần theo thứ tự từ đầu đến chân.

- Thời kỳ sởi lặn kéo dài từ 3 - 4 ngày và sau đó để lại những vết thâm hoặc vẩy phấn làm cho da người bệnh như vết "vằn da hổ".

6. Biến chứng

6.1 Hô hấp: thường gặp viêm phế quản, viêm phổi

6.2 Tai mũi họng: Viêm tai giữa, thanh quản …

6.3 Tiêu hóa

- Viêm niêm mạc miệng thường hoại tử môi và lợi, có khi hoại tử đến cả xương hàm còn gại là bệnh "Cam tẩu mã"

- Viêm ruột: trẻ em bị tiêu chảy phân có đàm máu kéo dài như kiết lỵ

6.4 Biến chứng khác

- Viêm não tủy

- Loét giác mạc

- Suy dinh dưỡng

7. Chẩn đoán

- Dịch tễ học: trẻ em, nguồn lây, yếu tố chủng ngừa

- Lâm sàng: viêm long, đặc điểm phát ban, dấu Koplik

- Cận lâm sàng: tìm kháng thể chuyên biệt bằng ELISA, phân lập virus từ các chất tiết đường họng mũi, máu, nước tiểu, dịch não tủy.

8. Điều trị

- Dinh dưỡng: đầu đủ tránh suy dinh dưỡng nặng về sau

- Phòng thiếu vitamin A

- Kháng sinh dự phòng chống bội nhiễm

- Hạ sốt

- Điều trị biến chứng

9. Theo dõi chăm sóc

9.1 Theo dõi: mạch, nhiệt độ, hô hấp

9.2 Chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi, nằm phòng cách ly thoáng mát, tránh gió lùa, vệ sinh sạch sẽ cá nhân

- Chế độ dinh dưỡng: ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng dễ tiêu

- Giáo dục sức khỏe:

- Cho trẻ ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng

- Giữ ấm cổ ngực cho trẻ.

- Vệ sinh răng miệng cho trẻ sạch sẽ bằng ngậm nước muối sinh lý

Câu hỏi lượng giá:

1. Virus sởi thuộc nhóm nào? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. RNA paramyxovirus

B. RNA influenzavirus

C. DNA paramyxovirus

D. DNA influenzavirus

2. Lứa tuổi mắc bệnh sởi cao nhất là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1 – 2 tuổi

B. 2 – 6 tuổi

C. 6 – 8 tuổi

D. 8 – 12 tuổi.

3. Thời kỳ khởi phát của bệnh Sởi kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Từ 1 – 2 ngày và là thời ít lây bệnh nhất

B. Từ 2 – 3 ngày và là thời ít lây bệnh nhất

C. Từ 4 – 5 ngày, và là thời kỳ hay lây nhất

D. Từ 6 – 8 ngày, và là thời kỳ hay lây nhất

4. Biến chứng nặng nề của Sởi tại đường tiêu hóa là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Viêm đại tràng

B. Viêm dạ dày

C. Xuất huyết tiêu hóa trên

D. Cam tẩu mã

5. Tính chất của dấu Koplik, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Có vị trí ngang răng hàm I

B. Là những chấm trắng nhỏ nổi trên nền niêm mạc má màu đỏ xung huyết

C. mất đi một ngày trước khi phát ban

D. Tất cả các câu trên đều đúng.

BÀI 27: BỆNH THỦY ĐẬU

I. Mục tiêu học tập

1.Trình bày được định nghĩa và mầm bệnh gây bệnh thủy đậu

2. Kể được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh thủy đậu

3. Nêu được chẩn đoán và điều trị bệnh thủy đậu

II. Nội dung:

1. Định Nghĩa

- Thủy đậu là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus thủy đậu gây nên. Bệnh rất hay lây, có khả năng gây thành dịch, do một loại siêu vi trùng gây ra. Bệnh đặc trưng bằng sốt, nổi phát ban kiểu bóng nước ở da và niêm mạc.

- Đa số bệnh diễn tiến lành tính nhưng đôi khi có thể gây tử vong do những biến chứng trầm trọng như viêm não hậu thủy đậu, hội chứng Reye …

- Trẻ em là đối tượng thường mắc bệnh.

- Cần phát hiện sớm.

2. Mầm bệnh

- Virus thủy đậu Herpes varicellae hay Varicella – Zostervirus, gây 2 bệnh cảnh thủy đậu và zona, có sức đề kháng và chết nhanh ở bên ngoài cơ thể, có ái tính với da và niêm mạc. Virus thủy đậu xâm nhập vào cơ thể bằng đường hô hấp trên, chúng sinh sản ở đó và gây bệnh.

3. Đường lây

- Bệnh lây theo đường hô hấp và không khí

- 90% tiếp xúc trực tiếp có khả năng lây bệnh.

- Tiếp xúc trực tiếp với bóng nước 24 giờ trước khi phát ban, nốt đậu đóng mài (7-8 ngày).

4. Dịch tể học

- Virus thủy đậu xâm nhập vào cơ thể ở đường hô hấp, sinh sản ở đó rồi vào máu. Virus theo dòng máu đến cư trú ở da và niêm mạc làm phát sinh những nốt mọng nước nhỏ như hạt đậu. Có trường hợp virus làm tổn thương màng não tủy gây viêm não, viêm tủy.

- Nguồn truyền nhiễm duy nhất là người.

- Thời gian lây ngắn, người bệnh chỉ lây cho người xung quanh trong khoảng 1 tuần.

- Tất cả mọi người đều có thễ bị nhiễm bệnh, nam cũng như nữ.

- Thủy đậu thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi (90%).

- Dịch Zona có thể làm dịch thủy đậu xuất hiện.

5. Triệu chứng lâm sàng

5.1 Thời kỳ ủ bệnh:

- Thời gian từ 1 – 2 tuần, trung bình 13 – 17 ngày, không có biểu hiện lâm sàng

5.2 Thời kỳ khởi phát: 24 – 48 giờ

- Người bệnh sốt nhẹ, chán ăn, mệt mỏi, nhức đầu.

- Phát ban tạm thời là những nốt hồng ban kích thước vài mm nổi trên nền da bình thường. Đây là tiền thân của những nốt đậu, chúng xuất hiện khoảng 24 giờ trước khi trở thành bóng nước.

5.3 Thời kỳ toàn phát

- Người bệnh sốt 38 – 39^0C, các nốt thủy đậu mọc lần lượt ở mình, mặt, tứ chi, niêm mạc miệng, đường tiêu hóa.

- Lúc đầu là nốt đỏ về sau chuyển thành nốt mọng nước, dịch trong sau 24 giờ sẽ đục, 3 – 4 ngày sau các nốt se dần và bong vảy. Cứ 2 – 3 ngày lại có một đợt các nốt mới mọc, vì mọc thành nhiều đợt liên tiếp nên trên cùng 1 vùng da có nhiều lứa tuổi khác nhau, rất hiếm những trường hợp mụn mủ, xuất huyết.

- Gây ngứa

5.4 Thời kỳ lui bệnh

- Các nốt thủy đậu bong vảy dần và khỏi. khi khỏi thường không để lại sẹo

- Trường hợp thủy đậu bội nhiễm có thể để lại sẹo mỏng.

6. Biến chứng

- Các biến chứng do bội nhiễm: viêm da mủ, viêm tai giữa, viêm miệng, viêm phế quản, viêm phổi (Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogene)

- Viêm não sau thủy đậu

- Các biến chứng do vị trí của nốt thủy đậu: ở giác mạc gây giảm thị lực, ở thanh quản gây ho, viêm thanh quản, khó thở thanh quản.

- Dị tật bẩm sinh thai nhi

7. Cận lâm sàng

7.1 Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ. Nếu bạch cầu tăng cao nên nghĩ đến bội nhiễm vi trùng.

7.2 Phát hiện tế bào đa nhân khổng lồ: bằng phết Tzank trên sang thương giúp chẩn đoán nhanh thủy đậu.

7.3 Huyết thanh chẩn đoán

- Test bổ thể tìm kháng thể kháng virus thủy đậu được phát hiện vào tuần thứ 3 – 4 sau khi khởi phát. Nồng độ kháng thể dương tính khi đạt 1:32.

- Test ELISA tìm kháng thể kháng màng là test nhạy nhất.

7.4 Phân lập virus: trên sang thương: để chẩn đoán xác định bệnh

7.5 Kỹ thuật PCR: được đánh giá như một phương tiện chẩn đoán bệnh.

8. Chẩn đoán và điều trị

8.1 Chẩn đoán: dựa vào

- Các biểu hiện lâm sàng

+ Sốt: người bệnh sốt nhẹ 38 – 39^0C

+ Các nốt thủy đậu mọc ở mình, mặt, tứ chi, niêm mạc miệng, đường tiêu hóa. Lúc đầu là nốt đỏ về sau chuyển thành nốt mọng nước. Vì mọc thành nhiều đợt liên tiếp nên trên cùng một vùng da các nốt thủy đậu không cùng một lứa tuổi.

- Dịch tễ: có tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu.

8.2 Điều trị

- Điều trị triệu chứng:

+ Chống ngứa

+ Giảm đau, hạ sốt (không dùng aspirin)

- Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm: vệ sinh da hằng ngày bằng tắm xà phòng và thoa xanh methylen, kháng sinh

- Điều trị thuốc kháng virus: Acyclovir

- Điều trị biến chứng

- Corticoid

9. Phòng bệnh

- Cấp 0: Giáo dục, tuyên truyền

- Cấp 1: Cách ly người bệnh sớm. Tiêm phòng vaccine

- Cấp 2: Điều trị bệnh để nâng cao thể trạng, ngăn ngừa biến chứng

- Cấp 3: Điều trị biến chứng

Câu hỏi lượng giá:

1. Đường lây của bệnh thủy đậu là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đường tiêu hóa

B. Đường hô hấp

C. Đường máu

D. Đường sinh dục

2. Điều trị hạ sốt trong bệnh thủy đậu KHÔNG nên dùng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Paracetamol

B. Aspirine

C. Corticoid

D. Lau mát

3. Tỷ lệ thủy đậu gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 10%

B. 30%

C. 60%

D. 90%

4. Virus thủy đậy là virus, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Influenzavirus

B. Herpes varicellae

C. Paramyxovirus

D. Zona

5. Tính chất của nốt thủy đậu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhiều lứa tuổi, chỉ mọc ở mặt người bệnh

B. Cùng một lứa tuổi, chỉ mọc thân người bệnh

C. Nhiều lứa tuổi, khi khỏi thường không để lại sẹo

D. Cùng một lứa tuổi, xuất huyết bên trong.

BÀI 28: NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN

I. Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được dịch tễ học và tác nhân gây bệnh.
2. Kể được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn.
3. Nêu được cách điều trị và phòng bệnh nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn.

II. Nội dung:

1. Đại cương

Nhiễm trùng – nhiễm độc thức ăn là những bệnh mà người bệnh ăn phải những thức ăn đã bị ô nhiễm bởi vi khuẩn hoặc độc tố vi khuẩn. Bệnh cảnh lâm sàng thay đổi tùy theo tác nhân gây bệnh, đề kháng của ký chủ và số lượng vi khuẩn bị nhiễm.

2. Dịch tễ học

2.1 Loại thực phẩm và nguồn vi sinh vật

- Thực phẩm sử dụng nguyên liệu bị nhiễm: Thịt nhiễm E. coli trong các lò mổ; Gạo, mì sợi, nui có nha bào Bacillus cereus trong quá trình phơi sấy; Trứng nhiễm Salmonella; Sò ốc chứa Vibrio parahemolyticus hat Vibrio cholera; Rau trái cây được bón bằng phân hữu cơ cũng là nguồn bệnh

- Thực phẩm qua quá trình chế biến, phân phối hay tồn trữ: dụng cụ bị nhiễm bẩn, tay người có thể lây qua thức ăn trong qua trình chế biến; nhiệt độ lưu trữ không thích hợp sẽ làm vi khuẩn sinh sản và tạo độc tố; thức ăn không được là, nóng trước khi sử dụng là nguồn bệnh nguy hiểm; một số vi khuẩn có thể phát triển trong nhiệt độ của tủ lạnh (Listeria monocytogenes và Yersinia enterocolitica)

2.2 Đối tượng mắc bệnh

2.2.1 Tuổi

- Trẻ bú mẹ ít bị bệnh do kháng thể trong sữa mẹ. Tỷ lệ bệnh tăng dần từ tuổi ăn dặm đến 5 tuổi (trung bình 2 – 5 tuổi) do chưa có kháng thể bảo vệ, bắt đầu có nguy cơ nhiễm qua thức ăn, chưa có thói quen vệ sinh. Bệnh giảm dần sau 5 tuổi do miễn dịch mắc phải ngày càng đủ bảo vệ.

- Ở các nước phát triển, virus là tác nhân thường gặp, đứng đầu là Rotavirus

2.2.2 Cơ địa

- Người bệnh mãn tính, giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải, người già, người giảm acid dịch dạ dày, phụ nữ có thai dễ mắc bệnh, dễ tái phát và kéo dài.

2.2.3 Yếu tố nguy cơ

- Thiếu kiến thức vệ sinh: dân tộc ít người, trẻ chậm phát triển, người mắc bệnh tâm thần, người sống trong viện dưỡng lão.

- Tình trạng vệ sinh kém

- Nơi ở chật hẹp, đông đúc, nguồn nước nhiễm bẩn, hệ thống chất thải không phù hợp.

- Điều kiện kinh tế thấp

- Không có thói quen vệ sinh (rửa tay bằng xà phòng),

- Cầu tiêu ao cá,

- Dùng thức ăn sống

3. Tác nhân gây bệnh

3.1 Virus

Thường gặp là Rotavirus (< 5 tuổi), Norovirus (>2 tuổi), Adenovirus týp 40, 41. Các nhóm khác Calicivirus, Astrovirus, Coronavirus.

Vi rus lây qua đường phân miệng. tác động chủ yếu lên tế bào nhung mao hấp thu của niêm mạc ruột non gây giảm hấp thu nước và điện giải.

3.2 Vi trùng

3.2.1 Vi trùng không xâm lấn

- Gây bệnh bằng cách tiết ra nội độc tố trong quá trình tăng trưởng trong thức ăn ở nhiệt độ thích hợp (Staphylococcus, bacillus cereus gây ngộ độc thức ăn) hoặc tiết ra độc tố trong ruột (Choleratoxin của tả, ST va LT của ETEC) gây tăng xuất tiết của ruột non. Một số độc tố vi khuẩn tác dụng lên hệ thần kinh của ruột gây nôn, đau bụng do co thắt cơ ống tiêu hóa.

3.2.2 Vi trùng xâm lấn

- Xâm nhập tế bào ruột già gây phản ứng viêm cấp. Phản ứng viêm có sự tham gia của bạch cầu, gây xuất tiết các cytokine viêm dẫn đến tổ thương tế bào tạo thành ổ loét nông nhưng lan khắp niêm mạc ruột già.

- Một số vi khuẩn như Salmonella typhi, Yersinia enterocolitica, Campylobacter không gây phản ứng viêm nhiều nhưng có thể xâm nhập qua tế bào vào máu gây nhiễm trùng huyết.

3.3 Ký sinh trùng

3.3.1 Ký sinh trùng không xâm lấn

- Gây rối loạn chức năng hấp thu của ruột nhưng không gây tổn thương niêm mạc như giun lươn, Giardia, Trichomonas … Tình trạng viêm mạn bởi KST làm niêm mạc ruột non, tá tràng bị viêm teo hay xơ hóa làm giảm hấp thu nước và các chất dinh dưỡng. bệnh hay kéo dài gây suy dinh dưỡng.

3.3.2 Ký sinh trùng xâm lấn

- Gây viêm lớp niêm mạc và tạo thành ổ loét. Entamoeba histolytica gây tổn thương loét sâu vào lớp niêm mạc, xâm lấn đến mạch máu gây xuất huyết. Soi phân thấy có hồng cầu, bạch cầu ít và có dưỡng bào hoạt động ăn hồng cầu.

4. Lâm sàng

- Tùy vào đoạn ống tiêu hóa bị ảnh hưởng, cơ chế bệnh sinh do xâm lấn hay do độc tố mà triệu chứng lâm sàng có biểu hiện khác nhau.

4.1 Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình 1 – 3 ngày, có khi rất ngắn do độ tố có sẵn trong thức ăn (2 – 6 giờ). Trong trường hợp lượng vi khuẩn ít thời kỳ này có thể kéo dài 5 – 7 ngày.

4.2 Thời kỳ có triệu chứng

Biểu hiện đa dạng với một trong những bệnh cảnh sau

- Viêm dạ dày – ruột: biểu hiện nôn ói nhiều, thường do siêu vi hay độc tố vi khuẩn.
- Tiêu chảy phân nước cấp: dẫn đến mất nước, ruối loạn điện giải, thường do độc tố tiết trong ruột non.
- Hội chứng lỵ: tiêu phân đàm máu, mót rặn, đau bụng. Thường do vi khuẩn xâm lấn và phá hủy niêm mạc ruột già hay đoạn cuối ruột non.
- Xâm nhập qua niêm mạc để vào máu: gây nhiễm trùng huyết, thường do Salmonella, Yersinia hay Campylobacter.
- Tiêu chảy kéo dài và tái phát: do xơ teo niêm mạc ruột, thường do ký sinh trùng.

Dấu hiệu lâm sàng

- Dấu hiệu mất nước: tri giác, mắt trũng, khát nước, uống nước háo hức, véo da mất chậm, tụt huyết áp, mạch nhanh, tiểu ít.
- Dấu hiệu nhiễm trùng – nhiễm độc: sốt cao, lừ đừ, môi khô, lưỡi bẩn. Nếu triệu chứng nhiễm trùng kéo dài hơn 24 giờ cần nghĩ đến khả năng có nhiễm trùng huyết, do vi trùng xâm lấn qua niêm mạc ruột.
- Đau bụng: gợi ý tác nhân gây bệnh, Đau âm ỉ hay quặn từng cơn ở thượng vị hay quanh rốn do vi trùng không xâm lấn ở ruột non. Đau hạ vị hay đau khi ấn hố chậu trái, giảm khi đi tiêu do nhiễm trùng xâm lấn ở đại tràng.
- Mót rặn là dấu hiệu chỉ điểm tổn thương xâm lấn đã lan rộng đến trực tràng.
- Nôn ói
- Phần có nhầy hay có máu gợi ý tác nhân xâm lấn thường do vi trùng xâm lấn như EIEC. Nếu phân nhầy máu và diễn tiến bán cấp hay tái phát nhiều đợt có thể do ký sinh trùng amip.

5. Cận lâm sàng

5.1 Soi phân

- Tìm hồng cầu, bạch cầu, dưỡng bào hay ký sinh trùng. Bạch cầu trong phân được phát hiện bằng phương pháp phết phân tươi nhuộm Xanh methylen hay phân được trữ lạnh có thể làm xét nghiệm định lượng lactoferrin. Kết quả nếu không hoặc ít bạch cầu thường do tác nhân virus hay vi khuẩn không xâm lấn sinh độc tố hoặc ký sinh trùng không xâm lấn trong trường hợp này cần tìm thêm dưỡng bào, ấu trùng. Nếu bạch cầu nhiều có thể do vi khuẩn xâm lấn thường kèm theo có hồng cầu ít. Trong nhiễm amib bạch cầu trong phân ít, có nốt phình, có dưỡng bào ăn hồng cầu, nếu ổ loét thủng mạch máu có thể thấy nhiều hồng cầu.

5.2 Cấy tìm vi trùng

- Ít thực hiện do kết quả dương tính thấp, thường chỉ thực hiện khi có sốt cao, tiêu phân máu, có nhiều bạch cầu nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

5.3 Xét nghiệm khác

- Iôn đồ: đánh giá rối loạn điện giải.

- Ure, creatinine máu: đánh gái chức năng thận, đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Cấy máu khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết

- Soi đại tràng hay trực tràng.

6. Biến chứng

6.1 Do mất nước và điện giải

- Sốc giảm thể tích

- Rối loạn nước điện giải (tăng / giảm natri, tăng kali máu)

- Suy thận trước thận, hoại tử ống thận

6.2 Tổn thương niêm mạc ruột

- Xuất huyết tiêu hóa

- Hội chứng kém hấp thu

- Suy dinh dưỡng

- Bất dung nạp lactose

- Lồng ruột

6.3 Biến chứng ngoài ruột

- Nhiễm trùng huyết

- Viêm màng não, viêm nội tâm mạc, viêm khớp nhiễm trùng

- Phản ứng miễn dịch: hội chứng thán huyết ure huyết, hội chứng Guillain Barré (sau nhiễm Campylobacter), viêm khớp . . .

7. Điều trị

7.1 Bù nước, điện giải

- Dung dịch bù nước: Nước biển khô (dung dịch oresol – ORS) loại chuẩn (sử dụng trước đây) và loại áp lực thẩm thấu thấp, nước dừa, nước suối, nước chín để nguội, nước cháo muối, dung dịch Natri Clorua 9‰, Lactat Ringer, . . .

Thành phần	ORS chuẩn	ORS áp lực thẩm thấu thấp
Glucose	111	75
Sodium	90	75
Chlor	80	65
Potassium	20	20
Bicarbonate	30	30
Áp lực thẩm thấu	331	265

Đường bù dịch

- Đường uống: chỉ định khi bệnh nhân có mất nước nhưng còn uống được, không nôn nhiều, tốc độ đào thải phân thấp.
- Truyền dịch: mất nước nặng, sốc, không uống được, không dung nạp glucose, nôn ói nhiều, liệt ruột, tốc độ đào tảhi phân cao (>10ml/kg/giờ), bệnh nhân không hợp tác . . .

7.2 Dinh dưỡng

- Tiếp tục cho trẻ bú trong quá trình điều trị. Duy trì ăn thức ăn mềm dễ tiêu. Tránh các thức ăn có nhiều đường vì có thể gây tăng áp lực thẩm thấu tăng tiêu chảy

7.3 Kháng sinh

- Đa số tiêu chảy là do virus nên không cần sử dụng kháng sinh

- Kháng sinh dùng trong tiêu chảy khi: nghi do tả, tiêu phân có nhầy máu, phân có nhiều bạch cầu, nhiễm trùng huyết, bệnh phối hợp phải dùng kháng sinh (như Viêm phổi, viêm họng do vi khuẩn), cơ địa suy giảm miễn dịch.

7.4 Điều trị triệu chứng

- Thuốc khuyến cáo: kẽm (Zinc) có thể làm giảm tiêu chảy hay làm giảm số lần tái phát.

Các thuốc có thể sử dụng: diosmectine, probiotic.

- Các thuốc không nên sử dụng: thuốc cầm tiêu chảy, thuốc chống nhu động ruột . . .

8. Phòng bệnh

- Giáo dục cho người dân kiến thức về vệ sinh môi trường, phân, nước, rác, biết cách nuôi dạy chăm sóc con.

- Nuôi con bằng sữa mẹ

- Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống: dụng cụ trữ nước sạch.

- Rửa tay : Phải rửa tay sạch trước khi ăn, trước khi chuẩn bị thức ăn, sau đi ngoài hoặc tay dơ.

- Sử dụng hố xí, xử lý an toàn phân.

- Tiêm phòng sởi, Rotavirus

BÀI 29: NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN DO SALMONELLA

I. Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được định nghĩa và nguồn bệnh của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella.
2. Kể được triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella.
3. Nêu được cách điều trị của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella.

II. Nội dung:

1. Đại cương

- Salmonella là trực khuẩn gram (-), có lông. Thường tồn tại và phát triển trong thịt, trứng sữa . . . không làm thay đổi màu sắc, mùi vị thức ăn. Salmonella có thể sống được từ vài tuần – vài tháng trong đất nước, phân và thực phẩm đông lạnh. Ở nhiệt độ 100^0C phải đến 5 phút mới diệt được vi khuẩn.

2. Nguồn bệnh

- Nguồn bệnh chủ yếu là gia súc, gia cầm: gà vịt, heo, các động vật gậm nhấm, vật nuôi (chó, mèo, chim). Salmonella tồn tại trong cơ thể động vật ở dạng mang trùng và được thải ra phân và nước tiểu. Người bệnh giai đoạn cấp, bệnh nhân trong giai đoạn hồi phục là nguồn lây quan trọng.

3. Đường lây

- Lây qua đường tiêu hóa do ăn phải thức ăn như thịt, sữa bị nhiễm salmonella hoặc trái cây, rau sống bị nhiễm bởi phân ngươi bệnh hay động vật mang khuẩn hay do ruồi . . .

4. Lâm sàng

4.1 Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 12 – 36 giờ (có thể kéo dài 72 giờ).

4.2 Khởi phát: bệnh thường khởi phát đột ngột.

- Biểu hiện bệnh cảnh viêm dạ dày ruột
- Sốt và rét run,
- Đau bụng, buồn nôn
- Tiêu phân lỏng vài lần / ngày
- Thể nặng có thể gây mất nước, sốt cao, toàn thân mệt mỏi, vẻ mặt hốc hác, mắt trũng, môi khô, lưỡi bẩn.

5. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu bình thường hoặc tăng nhẹ. Cấy máu thường âm tính. Cấy phân trước khi sử dụng kháng sinh có thể (+).

6. Điều trị

6.1 Bù nước

6.2 Kháng sinh

- Ofloxacine 200 mg x 2 / ngày x 5 – 7 ngày
- Pefloxacine 400 mg x 2 / ngày x 5 – 7 ngày

6.3 Triệu chứng

- Hạ sốt
- Dinh dưỡng

Câu hỏi lượng giá:

1. Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do Salmonella, Salmonella là trực khuẩn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Kỵ khí

B. Hiếu khí

C. Gram (-)

D. Gram (+)

2. Salmonella có thể sống được từ vài tuần – vài tháng trong đất, nước, phân và thực phẩm đông lạnh.

A. Đúng

B. Sai

3. Thời kỳ ủ bệnh trung bình từ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 6 – 12 giờ

B. 8 – 24 giờ

C. 10 – 30 giờ

D. 12 – 36 giờ

4. Triệu chứng nào không có ở bệnh nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sốt, rét run

B. Đau bụng, buồn nôn

C. Tiêu phân lỏng

D. Viêm phổi

5. Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do Salmonella lây qua đường tiêu hóa và hô hấp.

A. Đúng

B. Sai

BÀI 30: NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN DO TỤ CẦU

I. Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được dịch tễ học của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do tụ cầu.
2. Kể được triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do tụ cầu.
3. Nêu được cách điều trị và phòng bệnh của nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do tụ cầu.

II. Nội dung:

1. Đại cương

- Tụ cầu vàng sinh độc tố ruột và chính độc tố là nguyên nhân gây bệnh

- Nguồn bệnh Gia súc như bò, dê bị viêm vú do tụ cầu và làm ô nhiễm sữa khi vắt sữa

- Người bị bệnh nhiễm trùng da ở tay chân lây nhiễm trong quá trình lấy sữa

- Đường lây: qua đường tiêu hóa, do ăn phải thức ăn bị nhiễm tụ cầu và có độc tố như thịt, cá, bánh ngọt, đồ hộp . . . Thức ăn bị nhiễm độc tố tụ cầu không bị ảnh hưởng đến màu sắc, hương, vị. Độc tố tụ cầu không bị phân hủy bởi nhiệt.

2. Lâm sàng

- Bệnh xuất hiện nhanh ngay sau ăn phải thức ăn bị nhiễm độc tố khoảng 30 phút đến 4 giờ, trung bình từ 2 – 4 giờ.

- Bệnh nhân đau bụng đột ngột, dữ dội, đau quặn từng cơn ở vùng thượng vị và quanh rốn.

- Buồn nôn và nôn ói dữ dội nhiều lần.

- Tiêu phân lỏng thường xuất hiện sau ói. Khoảng 50% trường hợp có thể không tiêu lỏng.

- Sốt nhẹ hoặc không sốt. Nhức đầu, mệt mỏi.

- Trong trường hợp nặng có thể do nhiễm lượng độc tố lớn và do mất nước điện giải gây trụy tim mạch.

- Người già và trẻ em có thể tử vong do mất nước, kiệt sức.

- Bệnh cảnh tuy rầm rộ nhưng hồi phục nhanh

3. Cân lâm sàng:

- Xét nghiệm tìm thấy độc tố ruột của tụ cầu

- Phân lập được tụ cầu trong thức ăn bị ô nhiễm. Hoặc nhuộm gram có thể thấy tụ cầu đã chết sau khi đun nấu.

4. Điều trị

- Bù nước và điện giải. Tùy theo mức dộ mất nước cần bù đủ nước bằng đường uống hay truyền tĩnh mạch.

- Dinh dưỡng hợp lý

5. Phòng bệnh

- Bảo quản tốt thức ăn.
- Có qui trình lấy và chế biến thức ăn.
- Những người bệnh viêm da hay mụn mủ không được chuẩn bị thức ăn.

Câu hỏi lượng giá:

1. Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do tụ cầu bệnh xuất hiện nhanh ngay sau ăn phải thức ăn bị nhiễm độc tố.

A. Đúng

B. Sai

2. Triệu chứng xuất hiện bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do tụ cầu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đau bụng đột ngột, dữ dội

B. Buồn nôn và nôn nhiều lần

C. Tiêu phân lỏng

D. Tất cả đều đúng.

BÀI 31: NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN DO CLOSTRIDIUM PERFRINGENS

- Mầm bệnh Clostridium perfringens là trực khuẩn gram (+). Ngoại độc tố của C. Perfringiens gây tổn thương niêm mạc và làm rối loạn hấp thu của ruột, tổn thương thành mạch các phủ tạng và có thể gây viêm ruột hoại tử.

- C. perfringens thường ở đất, phân của người và động vật, sống cộng sinh trong ruột. bệnh lân theo đường tiêu hóa, khi thực hẩm bị ô nhiễm như thịt cá dính đất, phân rồi nấu nước không kỹ, đóng hộp không bảo đảm vô khuẩn sẽ gây bệnh cho người khi ăn dưới hai dạng

* Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn giống như bệnh cảnh của tụ cầu.

* Viêm tiểu tràng xuất huyết hoại tử, với biểu hiện đau bụng dữ dội, bụng chướng, tiêu chảy nhiều lần, phân toàn máu, tình trạng nhiễm độc nặng toàn thân, đôi khi diễn tiến nặng, tử vong khoảng 30%.

+ Điều trị triệu chứng cũng giống như trong nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do tụ cầu. Trong trường hợp nhiễm trùng nên sử dụng kháng sinh.

+ Dự phòng: cần kiểm tra kỹ các lò mổ, giết gia súc, quản lý chế biến thực phẩm, không nên để ruồi nhặn đậu vào hoặc dính đất. cần đu nấu kỹ, hạn chế để thịt cá qua ngày nếu không bảo quản tốt.

BÀI 32: BỆNH DỊCH HẠCH

I. Mục tiêu học tập

1. Nắm được đại cương bệnh dịch hạch
2. Kể được các triệu chứng và các thể lâm sàng bệnh dịch hạch
3. Nêu được cách điều trị bệnh dịch hạch

II. Nội dung:

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Dịch hạch là bệnh truyền nhiễm cấp tính do trực khuẩn Yersinia pestis gây ra, lây truyền chủ yếu bằng đường máu (do bọ chét đốt). bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng, tổn thương hạch đặc hiệu, phổi và một số cơ quan khác.

Bệnh dịch hạch được xếp vào bệnh 'tối nguy hiểm" và có ổ bệnh thiên nhiên

1.2. Dịch tễ học

1.2.1 Mầm bệnh

- Trực khuẩn Yersinia pestis (trước đây được gọi là Pasteurella pestis, Bacterium pestis) là trực khuẩn ngắn, hình cầu – trực khuẩn (tù 2 đầu và có hình ovan), kích thước 1,5-2 x 0,5-0,7 micromet, bắt màu gram âm, không sinh nha bào, không di động, mọc chậm ở các môi trường nuôi cấy (ưa khí và kỵ khí) – Kháng nguyên của trực khuẩn dịch hạch rất phức tạp: có 16 – 28 kháng nguyên, đa số chưa được nghiên cứu đầy đủ, biết rõ hơn là 3 loại kháng nguyên:

+ Kháng nguyên vỏ (f1) mang tính độc lực, bảo vệ vi khuẩn sinh trưởng chống lại thực bào.

+ Kháng nguyên than: là một phần của nội độc tố.

+ Kháng nguyên v và w là yếu tố độc lực liên quan đến khả năng chống lại hiện tượng thực bào.

- Yersinia pestis tạo ra cả nội độc tố và ngoại độc tố, các độc tố dịch hạch có tác động tan hồng cầu, tan sợi tơ huyết làm đông huyết tương, yếu tố giúp vi khuẩn xâm nhập và có yếu tố diệt bạch cầu.

1.2.2 Nguồn bệnh: là bệnh từ động vật lây sang người, có ổ bệnh thiên nhiên.

- Nguồn bệnh là loại gậm nhấm hoang dã (khoảng 7200 loài) chủ yếu là các loài chuột (chuột cống, chuột đồng, chuộc nhắt . . .)

- Người đang mắc bệnh dịch hạch hoặc vừa khỏi có thể là nguồn bệnh (đặc biệt dịch hạch thể phổi)

1.2.3 Đường lây

Có 4 đường lây - trong đó chủ yếu lây qua đường máu.

- Đường máu: lây qua vết đốt của côn trùng, chủ yếu là do bọ chét xenopsylla cheopis, thứ yếu là chấy rận. Bọ chét hút máu làm lan truyền bệnh trong các giống chuột và từ chuột qua người.

- Đường tiêu hóa: thực phẩm, nước ô nhiễm do chuột trực tiếp gieo rắc mầm bệnh vào, đường lây này trên thực tế ít nguy hiểm vì trực khuẩn dịch hạch dễ bị chết khi đun sôi, nấu chin.

- Đường hô hấp: từ bệnh nhân dịch hạch thể phổi có thể lây trực tiếp cho người xung quanh qua các giọt đờm, nước bọt bắn ra khi bệnh nhân ho, hắt hơi, nói chuyện.

- Đường da, niêm mạc: qua tiếp xúc trực tiếp với vùng da tổn thương (hiếm gặp)

1.2.4 Cơ thể cảm thụ và miễn dịch

- Sức cảm thụ với bệnh cao, do đó thường mắc ngay từ tuổi nhỏ, nhiều nhất khoảng 5 – 16 tuổi.

- Miễn dịch: sau mắc bệnh có đáp ứng miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể, miễn dịch bảo vệ thường lâu bền.

2. Cơ chế sinh bệnh

- Trực khuẩn dịch hạch xâm nhập vào cơ thể qua da (chủ yếu do vết đốt của bọ chét) và niêm mạc (niêm mạc hầu họng, ống tiêu hóa, đường hô hấp. Vi khuẩn theo đường bạch huyết đến khu vực sinh sản và phát triển mạnh, vượt qua được hạch khu vực, vi khuẩn lại theo đường bạch huyết đến các hạch toàn thân và vào máu, vi khuẩn chỉ tồn tại ở máu 1 thời gian ngắn do tác dụng của đại thực bào của gan, lách và các tổ chức. Quá trình bệnh lý dừng ở đây và gây ra dịch hạch thể hạch tiên phát, ngược lại, nếu đại thực bào gan, lách không ngăn cản được thì trực khuẩn dịch hạch sinh sản và phát triển gây nhiễm khuẩn huyết tiên phát, từ máu, vi khuẩn đi đến các cơ quan như hạch, phổi, ruột, màng não … gây nên các thể bệnh: thể hạch, thể phổi, thể tiêu hóa, thể màng não thứ phát, từ các ổ nhiễm trùng thứ phát này, vi khuẩn lại có thể xâm nhập vào máu làm bệnh nặng them. Từ các thể tiên phát (thể da, thể hạch, thể phổi) vi khuẩn phát triển, khi sức đề kháng chống đỡ của cơ thể giảm vi khuẩn lan tràn vào máu và gây dịch hạch thể nhiễm khuẩn huyết thứ phát.

3. Lâm sàng

3.1 Thể thông thường điển hình (thể hạch tiên phát): là thể phổ biến nhất.

3.1.1 Nung bệnh: trung bình 2 – 5 ngày, ngắn nhất vài giờ, dài nhất 8 – 10 ngày.

Không có biểu hiện lâm sàng.

3.1.2 Khởi phát: bệnh khởi phát đột ngột ở người đang khỏe mạnh tự nhiên cảm thấy mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu, chóng mặt, đau khắp người, buồn nôn, sốt cao, thường có gai rét, hoặc rét run, có bệnh nhân đau nhiều ở vùng sắp sưng hạch. Sau vài giờ bệnh hoặc vài ngày (1 – 2 ngày) bệnh chuyển sang giai đoạn toàn phát.

3.1.3 Thời kỳ toàn phát:

- Viêm hạch: Viêm hạch liên quan đến nơi bọ chét đốt, hầu hết vết bọ chét đốt đã lành, một số còn gặp nốt phồng nước mủ chứa đầy trực khuẩn dịch hạch.

+ Vị trí hạch viêm phổ biến nhất là vùng đùi bẹn, vùng tam giác scarpa (60%-80%) rồi đến nách (14%-20%), ở cổ, dưới hàm, dọc cơ ức đòn chũm (15%-18%).

+ Đặc điểm: hạch sưng to, rất đau cả khi đi lại lẫn khi nằm nghỉ làm cho bệnh nhân luôn ở tư thế chống đỡ lại (co chân, co tay, nghẹo cổ …)

+ Hạch lúc đầu chắc, nóng, to nhanh, có thể cả một cụm hạch sưng tạo nên một khối lớn 5 – 8 cm. Do phủ trên hạch bị căng và xung huyết, tổ chức dưới da quanh hạch bị viêm phù nề do đó không sờ rõ bờ hạch. Khối hạch sưng to trong 6-9 ngày và tiến triển theo 3 hướng:

* Hạch viêm sẽ hóa mũ, tự vỡ, chảy dịch mủ và máu, chất hoại tử. Lỗ dò lâu liền, thành sẹo co rúm.

* Hạch trở thành xơ hóa thành 1 cục rắn chắc.

* Nếu được điều trị sớm, đúng phát đồ hạch sẽ thu nhỏ lại.

- Triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc:

+ Sốt cao liên tục hoặc dao động

+ Nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, buồn nôn, nặng hơn: li bì hốt hoảng, mê sảng, nước tiểu ít, sẫm màu, phân có thể lỏng …

+ Da niêm mạc xung huyết, mặt đỏ, mắt đỏ, môi khô, lưỡi bẩn, trắng – nặng : có xuất huyết dưới da, niêm mạc.

3.2 Các thể lâm sàng khác:

3.2.1 Thể nhiễm trùng huyết: chiếm 1% - 2%

3.2.1.1 Thể nhiễm trùng huyết tiên phát: bệnh khởi phát đột ngột, rất cáp tính ngay trong lúc hạch ngoại vi chưa sưng: tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc rất nặng: sốt cao 40 – 41^0C, nhiều cơn rét run, bệnh nhân kích động, cuồng sảng hoặc li bì, nôn nhiều, tiêu lỏng, bụng chướng, có rối loạn về tim mạch và hô hấp, xuất huyết da, niêm mạc, phủ tạng – còn gọi là "dịch hạch đen".

Xét nghiệm: Bạch cầu tăng rất cao 20000 – 40000 BC/mm^3, bạch cầu đa nhân chiếm 80 – 90%, tuy vậy có vài trường hợp bạch cầu giảm < 1000BC/mm^3,, dự trữ kiềm giảm, có hiện tượng đông máu nội mạch rải rác. Tỷ lệ tử vong cao, chết nhanh trong 1 – 2 ngày đầu. thể này được gọi là "dịch hạch tối cấp".

3.2.1.2 Thể nhiễm trùng huyết thứ phát: thường xuất hiện sau thể hạch, thể phổi tiên phát không được điều trị, khi bệnh nhân đã giảm sức đề kháng, bệnh thường nặng, diễn tiến cấp tính nhưng ít rầm rộ hơn so với thể tiên phát.

3.2.2 Thể phổi

3.2.2.1 Thể phổi tiên phát: thời kỳ nung bệnh rất ngắn, chỉ vài giờ. Khởi phát rất đột ngột, sốt cao 40 – 41^0C kèm rét run, mạch nhanh, huyết áp giảm, bệnh nhân thấy mệt mỏi, nhức đầu, khó chịu ngày càng tăng, chưa có triệu chứng về hô hấp, chỉ sau vài giờ đến 1 ngày vào giai đoạn toàn phát với các triệu chứng toàn thân nhiễm trùng nhiễm độc nặng lên.

Các triệu chứng về hô hấp rõ: tức ngực, khó thở, thở nhanh nông, ho có đờm lúc đầu trong về sau ho nhiều ra máu màu hồng so có nhiều vi khuẩn, triệu chứng thực thể ngược lại rất nghèo

nàn, ít khi nghe được ran bệnh lý, XQuang: hình ảnh viêm phổi hoặc nhiều bóng mờ rải rác, nếu không được điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh chóng thành phù phổi cấp, khó thở tăng, rối loạn tim mạch nặng nề, tử vong nhanh trong 1 – 2 ngày.

3.2.2.2 Thể phổi thứ phát: thường gặp hơn thể phổi tiên phát, xuất hiện sau các thể khác (thể hạch, thể nhiễm trùng huyết) không được phát hiện và điều trị kịp thời. Tiên lượng thường nặng.

3.2.3 Thể da: tại vùng vi khuẩn xâm nhập, phát triển thành nốt dát, sau thành mụn nước rồi mụn mủ lẫn máu (đôi khi màu đen), ấn vào rất đau, xung quanh mụn mủ là tổ chức da xung huyết, thâm nhiễm nổi gờ cao lên khỏi nền da lành, sau đó mụn mủ vỡ thành vết loét, đáy vết loét là nên thâm nhiễm màu vàng, mặt vết loét phủ vẩy đen (giống bệnh than). Vết loét lâu liền và lâu thành sẹo.

3.2.4 Thể khác: hiếm gặp

- Thể viêm màng não.

- Thể tiêu hóa

- Thể niêm mạc

4. Chẩn đoán

4.1 Chẩn đoán xác định: dựa vào 3 yếu tố

- Lâm sàng: hội chứng nhiễm trùng – nhiễm độc toàn thân nặng.

+ Đặc điểm tùy theo từng thể

- Xét nghiệm: công thức máu: bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân trung tính trên 80%; hồng cầu và tiểu cầu giảm trong thể nặng.

+ Phân lập Yersinia pestis tùy theo từng thể: từ mụn mủ ở da, hạch, máu, đờm, dịch não tủy … có thể soi trực tiếp, nuôi cấy trong môi trường thạch có thêm chất kích thích tăng trưởng, tiêm truyền cho động vật thí nghiệm: các loại chuột.

+ Phát hiện kháng nguyên f1 trong các bệnh phẩm

+ Chẩn đoán huyết thanh: phản ứng kết hợp bổ thể, phản ứng ngưng kết, ngăn ngưng kết hồng cầu, làm 2 lần cách nhau 10 ngày, hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần lần 1 là dương tính.

- Phương pháp chẩn đoán nhanh bằng phản ứng miễn dịch huỳnh quang có thể phát hiện trực khuẩn dịch hạch trong bệnh phẩm sau 1 - 2 giờ.

4.2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch cấp thông thường: có biểu hiện ổ nhiễm trùng ở vùng kế cận, viêm hạch kèm viêm bạch mạch, hội chứng nhiễm trùng thường không nặng nề.

- Viêm phổi: triệu chứng cơ năng không rầm rộ như dich hạch thể phổi nhưng triệu chứng thực thể và X quang thì điển hình.

- Các thể dịch hạch tiên phát (thể phổi, thể nhiễm trùng huyết) khó chẩn đoán phân biệt với nhiễm trùng huyết, viêm phổi do nguyên nhân khác, chẩn đoán chủ yếu dựa vào dịch tễ học, vùng đang có dịch và xét nghiệm vi khuẩn, chẩn đoán huyết thanh.

5. Điều trị

Tất cả bệnh nhân phải được vào viện điều trị, cách ly tại chổ theo chế độ bệnh "tối nguy hiểm" (quarantine).

5.1 Điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh

- Streptomycine là kháng sinh điều trị có hiệu quả. Liều 3g/ngày, tiêm 0,5g/lần cách 4 giờ (tổng liều 3g/ngày)x 2 ngày, sau đó 0,5g/lần cách 6 giờ 9to63ng liều 2g/ngày) 7 – 10 ngày (thể hạch thong thường).

Nếu vi khuẩn kháng với Streptomycine thì thay bằng Kanamycine 1g/ngày, tetraxycline liều 50mg/kg/ngày x 2 – 3 ngày, khi nhiệt độ giảm thì giảm liều còn 2g/ngày trong 7 – 10 ngày.

Chloramphenicol 50mg/kg/ngày x 7 – 10 ngày, Bactrim 0,48g x 6 – 8 ngày

Kháng sinh mới hiện này có tác dụng tốt với dịch hạch, nhóm Cephalosporin thế hệ III: Ceftriaxon TTM 2 – 3g/ngày.

Với dịch hạch nặng (thể nhiễm trùng huyết, thể phổi) nên dùng phối hợp với kháng sinh Streptomycine 2g/ngày + Tetraxyline 2g/ngày hoặc Streptomycin 2g/ngày + Tetraxyline 2g/ngày + Chloramphenicol 2g/ngày.

5.2 Điều trị triệu chứng

- Truyền dịch, bù nước, điện giải, chống toan huyết

- Trợ tim mạch

- Giảm đau, hạ sốt.

- An thần

- Hồi sức tích cực tùy theo triệu chứng của bệnh nhân: chống toan, suy hô hấp, suy tuần hoàn, xuất huyết …

- Nâng sức đề kháng: sinh tố, dinh dưỡng, chế độ ăn

6. Dự phòng

- Diệt chuột, bọ chét (chú ý bọ chét trước, diệt chuột sau).

- Phòng bọ chét đốt.

- Khi có bệnh nhân dịch hạch cần tuân theo chế độ bệnh tối nguy hiểm.

- Tiêm chủng: vaccine ev (vaccine sống) chủng hoặc tiêm trong da. Hiệu lực bảo vệ không cao. Chỉ định cho người ở trong ổ dịch nhưng chưa có miễn dịch hoặc người phải đi công tác vào vùng có dịch.

- Với người tiếp xúc, cho điều trị dự phòng khẩn cấp streptomycine 1g/ngày x 5 ngày hoặc Tetraxyline 1g/ngày x 5 ngày, phải theo dõi chặc chẽ, khi có triệu chứng thì điều trị.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Trong bệnh dịch hạch đường lây nào là chủ yếu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Đường máu
   B. Đường tiêu hóa
   C. Đường hô hấp
   D. Đường da và niêm mạc
2. **Đâu không phải là kháng nguyên trong bệnh dịch hạch, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Kháng nguyên vỏ (fl)
   B. Kháng nguyên H
   C. Kháng nguyên Than
   D. Kháng nguyên V và W.
3. **Thời kỳ nung bệnh của bệnh dịch hạch trung bình là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 2 – 3 ngày
   B. 2 – 4 ngày
   C. 2 – 5 ngày
   D. 2 – 6 ngày
4. **Triệu chứng của thời kỳ toàn phát, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Viêm hạch
   B. Viêm họng
   C. Nhiễm trùng nhiễm độc
   D. Cả A và C.
5. **Thuốc điều trị đặc hiệu trong bệnh dịch hạch là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Hạ sốt
   B. Giảm đau
   C. Kháng sinh
   D. An thần.

BÀI 33: SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

I. Mục tiêu học tập:

1. Nêu được các đặc điểm dịch tể học của bệnh SXH-D.

2. Trình bày được lâm sàng, chẩn đoán và phân độ SXH-D theo tiêu chuẩn của WHO 2009.

3 .Trình bày được các nguyên tắc điều trị bệnh nhân bị SXH-D không shock.

4. Nêu được cách hướng dẫn phòng bệnh SXH-D.

II. Nội dung:

1. Định nghĩa

Sốt xuất huyết-Dengue (SXH-D) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi *Dengue* gây ra đặc điểm nổi bật là sốt, xuất huyết, trụy tim mạch, nếu không điều trị thích hợp, kịp thời sẽ dẫn đến tử vong. Vi rút Dengue có 4 týp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Trung gian truyền bệnh là muỗi Aedes Aegypti.

2. Dịch tễ học

- Lịch sử đã ghi nhận nhiều vụ sốt xuất huyết Dengue ở nhiều vùng trên thế giới, nhưng hiện nay bệnh sốt xuất huyết đã khu trú ở dân cưu vùng Đông Nam Á.

- Hiện nay SXH-D là một trong những nguyên nhân hàng đầu của các trường hợp nhập viện và tử vong ở Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Đã chính thức báo cáo 500.000 ca với những vụ dịch lớn ở CHND Trung Hoa, Việt Nam, lndonesia, Thái Lan, Cuba. Ở Châu Á, SXH-D là một bệnh của trẻ em.

- Ở phía nam Việt Nam (VN) kể cả ở Trung Bộ, bệnh tản mát, gây bệnh quanh năm và cao điểm vào tháng 7, 8, 9.

- Ở phía bắc VN thường có dịch vào tháng 6, 7 và rải rác cho đến tháng 11. Đối tượng cảm thụ chủ yếu là trẻ em từ 3 tuổi - 9 tuổi (Giáo Sư Phạm Song).

2.1 Nguồn truyền nhiễm

Người bện là nguồn truyền bệnh duy nhất ở các khu vục dân cư đông đúc. Virus có ở trong máu người bệnh 1 – 2 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên và còn kéo dài 4 – 5 ngày sau đó. Mọi người đều có thể mắc bệnh, nam nữ có khả năng mắc bệnh giống nhau, đa số người bệnh là trẻ em.

2.2 Trung gian truyền bệnh

Muỗi vằn Aedes Aegypti là trung gian truyền bệnh chủ yếu. Loại muỗi này sống quanh và trong nhà, thường đậu ở nơi ít ánh sáng và có hơi ẩm (quần áo sậm màu treo trên mắc áo …)

Muỗi cái đẻ trứng vào tất cả những nơi có nước trong như dụng cụ chứa nước, vỏ đồ hộp, chai lọ … Mùa mưa muỗi Aedes Aegypti phát triển rất mạnh, đây cũng chính là mùa của bệnh. Nước đọng sau những cơn mưa cùng độ ẩm và nhiệt độ cao là những điều kiện tốt nhất trong năm cho muỗi Aedes Aegypti cái đẻ trứng, sau 5 - 10 ngày trứng phái triển thành muỗi trưởng thành. Chúng có thể bay xa 100 m – 150 m xung quanh nơi để trứng để đốt người.

Aedes Aegypti thích đốt người, có khả năng đánh hơi người rất thính, bay không có tiếng kêu. Chúng đốt người vào ban ngày, cao điểm là sáng sớm và chiều tối. Gặp độ ẩm và nhiệt độ thích hợp, sau 3 – 7 ngày nhiễm virus dengue từ máu người bệnh, muỗi Aedes Aegypti đã có khả năng truyền lại bệnh cho người khác qua vết đốt muỗi hút máu.

3. Bệnh sinh

Virus Dengue xâm nhập vào cơ thể người từ vết đốt muỗi hút máu của muỗi. Từ đây, virus phát triển và tấn công vào các tế bào phủ tạng, cơ, da, thần kinh trung ương … gây ra các tổn thương không đặc hiệu.

4. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục. Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

4.1. Giai đoạn sốt

4.1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

4.1.2. Cận lâm sàng.

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên 100.000/mm^3).
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

4.2. Giai đoạn nguy hiểm: Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

4.2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ):

+ Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt, gan to, có thể đau.

+ Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.

- Xuất huyết:

+ Xuất huyết dưới da:

+ Xuất huyết ở niêm mạc:

+ Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.

c) Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc.

4.2.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.

- Số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/mm^3 (<100 G/L).

- Enzym AST, ALT thường tăng.

- Trong trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.

- Siêu âm hoặc xquang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

4.3. Giai đoạn hồi phục

4.3.1. Lâm sàng

Sau 24-48 giờ của giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần dịch từ mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài 48-72 giờ.

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.

- Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ.

- Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch quá mức có thể gây ra phù phổi hoặc suy tim.

4.3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.

- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.

- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

5. Chẩn đoán

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- Sốt xuất huyết Dengue.

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

Các mức độ sốt xuất huyết Dengue.

5.1. Sốt xuất huyết Dengue

5.1.1. Lâm sàng

Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

- Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.

- Da xung huyết, phát ban.

- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

5.1.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.

- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.

- Số lượng bạch cầu thường giảm.

5.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.

- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.

- Gan to > 2 cm.

- Nôn - nhiều.

- Xuất huyết niêm mạc.

- Tiểu ít.

- Xét nghiệm máu:

+ Hematocrit tăng cao.

+ Tiểu cầu giảm nhanh chóng.

Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu, làm xét nghiệm hematocrit, tiểu cầu và có chỉ định truyền dịch kịp thời.

5.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (Sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều.

- Xuất huyết nặng.

- Suy tạng.

5.3.1. Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã; bứt rứt hoặc li bì; lạnh đầu chi, da lạnh ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.

- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch:

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

5.3.2. Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.

- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày, tá tràng, viêm gan mạn.

5.3.3. Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT ≥ 1000 U/L.

- Suy thận cấp.

- Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể não).

- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

6. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

6.1. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh:

+ Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.

+ Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.

- Xét nghiệm ELISA:

+ Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ năm của bệnh.

+ Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).

6.2. Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: Lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

6.3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virus

- Sốt mò.

- Sốt rét.

- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, …

- Sốc nhiễm khuẩn.

- Các bệnh máu.

- Bệnh lý ổ bụng cấp, …

7. Điều trị

7.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

7.1.1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 39^0$C, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

- *Chú ý:*

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h.

+ Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

7.1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, …) hoặc nước cháo loãng với muối.

7.2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

- Chỉ định truyền dịch:

+ Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

+ Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.

7.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng

Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu

7.3.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau

+ Ringer lactat.

+ Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%)

+ Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)).

7.3.2 Điều trị xuất huyết nặng

* Truyền máu và các chế phẩm máu

- Khi người bệnh có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.

- Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần:

+ Sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).

+ Xuất huyết nặng

* Truyền tiểu cầu

- Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới 50.000/mm^3 kèm theo xuất huyết nặng.

- Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm^3 mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

* Truyền plasma tươi, tủa lạnh: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

8. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

Câu hỏi lượng giá:

1. **Vi rút Dengue có bao nhiêu týp huyết thanh? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. 2 tuýp
    B. 3 tuýp
    C. 4 tuýp
    D. 5 tuýp
2. **Muỗi vằn Aedes Aegypti có những đặc tính sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Muỗi cái đẻ trứng vào tất cả những nơi có nước đục.
    B. Muỗi cái đẻ trứng vào tất cả những nơi có nước trong.
    C. Muỗi này sống ngoài nhà, thường đậu ở nơi ít ánh sáng
    D. Muỗi này sống ngoài nhà, thường đậu ở nơi nhiều ánh sang
3. **Diễn biến lâm sàng sốt xuất huyết Dengue thường diễn ra bao nhiêu giai đoạn? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. 2 giai đoạn
    B. 3 giai đoạn
    C. 4 giai đoạn
    D. 5 giai đoạn
4. **Triệu chứng suy tuần hoàn cấp thường xảy ra vào ngày thứ mấy của bệnh? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Ngày thứ 1-2 của bệnh
    B. Ngày thứ 3-7 của bệnh
    C. Ngày thứ 7-10 của bệnh
    D. Ngày thứ 10-14 của bệnh
5. **Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue dung dịch thường được chọn đầu tiên là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
    A. Glucose 5%
    B. Amino plasma
    C. Lactat Ringer
    D. Glucose 10%

BÀI 34: VIÊM GAN VIRUS

I. Mục tiêu học tập

1.Nêu được dịch tể học của viêm gan virus

2.Liệt kê được các triệu chứng lâm sàng và cân lâm sàng của viêm gan virus

3.Kể được các biến pháp điều trị và phòng ngừa bệnh viêm gan virus

II. Nội dung:

1. Định Nghĩa

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

2. Dịch tể học

2.1 Viêm gan A

Đường lây quan trọng là đường tiêu hóa, Virus A theo phân người bệnh ra ngoài nhiễm vào nước, thức ăn. Bệnh phát triển ở những nơi có điều kiện sống thấp kém, thiếu vệ sinh, nước bị ô nhiễm phân.

2.2 Viêm gan B

Nguồn bệnh là người bệnh và mang virus B, HbsAg được tìm thấy trong máu và các dịch sinh học (nước bọt, nước mắt, tinh dịch, sữa mẹ, nước tiểu …). Bệnh lây truyền qua các con đường:

-Máu: truyền máu, dùng bơm kim tiêm không vô khuẩn, các thủ thuật y khoa không đảm bảo vô khuẩn (châm cứu, nhổ răng, tiêm …)

-Sinh dục

-Rau thai

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

2.3 Viêm gan C

Gặp ở người được truyền máu, tiêm chích ma túy

Thường chuyển thành viêm gan mãn tính gây hậu quả xơ gan, ung thư gan.

2.4 Viêm gan D

Siêu vi D gặp ở những người chích xì ke, ma túy, truyền máu nhiều lần.

2.5 Viêm gan E

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

3. Bệnh sinh

Đây là vấn đề người ta còn tìm hiểu. có lẽ virus tăng sinh ở ruột và chuyển đến gan theo đường máu. Virus có xâm nhập tế bào gan, nhưng cơ chế gây tổn thương thì chưa rõ. Hình ảnh viêm gan do các loại virus đều giống nhau. IgM xuất hiện sớm, 1 – 3 tuần sau đó có IgG và kháng thể này bảo vệ người bệnh suốt đời.

4. Triệu chứng lâm sàng

Viêm gan siêu vi cấp điển hình:

4.1Thời kỳ ủ bệnh:

Loại	**Trung Bình**	**Thay đổi**
A	21 ngày	15 – 45 ngày
B	70 ngày	30 – 180 ngày
C	50 ngày	15 – 150 ngày
D	Chưa xác định	
E	40 ngày	15– 60 ngày

4.2 Thời kỳ khởi phát:

-Uể oải, mệt mõi chiếm 95% trường hợp

-Chán ăn, nôn ói, đau nhẹ và lâm râm ở hạ sườn phải

-Tiểu ít, nước tiểu sậm màu

4.3 Thời kỳ toàn phát:

-Vàng da, vàng mắt (Nồng độ Bilirubine huyết thanh < 10mg% khó phát hiện vàng da, vàng mắt)

-Phân nhạt màu (Không có mật xuống ruột non)

-Ngứa ngoài da 40%

Khám :

-Nhịp tim chậm khi nồng độ Bilirubine huyết thanh quá cao.

-Gan hơn to và đau nhẹ.

-Lách to (5 – 25 cas).

-Hạch to (không nổi bật) ít

-Dấu hiệu sao mạch (hiếm)

Tối cấp :

-Xuất hiện bất kỳ thời điểm nào có thể sớm hay muộn

-Xuất hiện 8 tuần khi có vàng da

-Xuất hiện 8 – 12 tuần sau vàng da trường hợp suy gan cấp nặng.

·Rối loạn tri giác.

·Rung cơ.

·Cử động bất bất thường, rối loạn tri giác ngày một nhiều.

4.4.Thời kỳ hồi phục:

- Thường kéo dài 2 – 8 tuần
- Bệnh nhân cảm thấy khoẻ hơn.
- Xét nghiệm chức năng gan vẫn còn bất thường, vài tuần sau mới trở về bình thường.

5. Cận lâm sàng

- Hệ thống men Aminotransferase / ALT Alanine Aminotransferase :
- Bilirubine (trực tiếp, gián tiếp)
- Thời gian prothrombine bình thường ---> kéo dài tiên lượng nặng
- Bạch cầu bình thường hay giảm ---> 1 số cas tăng lymphocytes
- Tiểu cầu bình thường trừ DIC, thể tối cấp

◊ Chẩn đoán (+) VGSV : Sinh thiết bằng kim qua da

6. Chẩn đoán viêm gan siêu vi B cấp :

6.1.Lâm sàng: Thể điển hình

-Uể oải, mệt nhọc.

-Sốt vừa $37^0$5 – 39^0c có thể kèm theo lạnh run

-Chán ăn không thích những món ăn mà mình thích.

-Nôn ói.

-Đau HSP

-Nước tiểu vàng sậm, số lượng giảm.

-Vàng da, vàng mắt (rõ khi Bilirubine toàn phần > 2 – 2.5 mg%)

-Khi vàng da vàng mắt ngày một tăng thì sốt thường giảm hoạc biến mất, thời gian khoảng 2 – 8 tuần.

-Khám:

➓Gan to

➓Lách to 10 – 15%

➓Hạch ngoại vi to (một số ít trường hợp)

6.2.Xét nghiệm:

Dựa vào huyết thanh học:

6.2.1.HBsAg:

-Hiện diện trong huyết thanh ở giai đoạn cấp.

-Xuất hiện 2 – 7 tuần khi có triệu chứng lâm sàng.

-Biến mất trong giai đoạn hồi phục.

6.2.2.Anti HBs:

-Xuất hiện vào thời kỳ hồi phục.

-Có khi bệnh nhân không sản xuất được kháng thể nầy

6.2.3.Anti HBc

-Xuất hiện giai đoạn mới có triệu chứng.

6.2.4.IgM anti HBc

-Xuất hiện giai đoạn có triệu chứng lâm sàng.

-Tồn tại không quá 6 tháng.

-Dương tính giả hoặc âm tính giả hiếm khi xảy ra.

6.2.5.HBeAg

-Xuất hiện cùng lúc hoặc trong vài ngày sau khi HBsAg xuất hiện

-Giảm dần khoảng 10 tuần sau khi khởi phát các triệu chứng lâm sàng

-Biến mất trước khi HBsAg (-)

6.2.6.Anti HBe

-Xuất hiện khi HBsAg biến mất

-Tồn tại 1 – 2 năm sau nhiễm trùng

7.Điều trị

7.1.Điều trị hỗ trợ :

-Giảm dần các tác hại cho gan.

-Theo dõi, phát hiện, điều trị kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

7.2.Nhập viện :

-Thời gian Prothrombine kéo dài.

-Bilirubine > 15 – 20%

-Có bất kỳ dấu hiệu suy gan nào

7.3.Nghỉ ngơi :

-Tại gường có chỉ định đối với bệnh nhân VGSV cấp đang có triệu chứng (làm vài công việc nhẹ, đi lại trong phòng).

-Bệnh nhân làm việc bình thường khi các xét nghiệm chức năng gan không còn thay đổi.

-Có dấu hiệu tái phát cần yêu cầu họ tiếp tục nghỉ ngơi.

7.4.Chế độ dinh dưỡng :

-Khẩu phần giàu năng lượng.

-Kiêng rượu trong thời kỳ cấp tính

7.5.Thuốc :

-Nên tránh các loại thuốc không cần thiết, dặc biệt thuốc an thần.

-Acetaminophen thường được sử dụng hơn thuốc aspirine

-Các loại sinh tố không có lợi cho điều trị VGSV cấp trừ vitamine K 1 – 5 mg TB/ ngày, sử dụng cho bệnh nhân tắc mật kéo dài

-**Corticoide:**

·Bệnh kéo dài

·Dễ tái phát

·Gia tăng tỉ lệ rơi vào mãn tính

Chỉ định dùng Corticoide :

·Bệnh VGSV tắc mật: Giảm Bilurubine trong huyết thanh

·Giảm bớt mệt mỏi, ngứa

·Viêm gan thể tối cấp

-**Interferon**

·Giải quyết viêm gan mạn tính do HBV và HCV

·Chưa chỉ định sử dụng trong VGSV cấp

7.6.Theo dõi :

7.6.1.Lâm sàng :

-Dấu hiệu sinh tồn 2 lần/ngày

-Rối loạn tri giác

-Chiều cao gan

-Vàng da

7.6.2.Cận lâm sàng :

-ALT, AST

-Thời gian Prothrombine 1 – 2 lần trong tuần

-HBsAg lần đầu, 1 tháng cho đến khi HBsAg biến mất

-HBsAg kéo dài > 6 tháng cần nghĩ đến mạn tính

-Sinh thiết gan qua da không cần thiết trong VGSV cấp

8.Phòng ngừa

Cấp 0

Tuyên truyền giáo dục mọi người ý thức tầm quan trọng của bệnh, các con đường lây của VGSV

Cấp 1

Đối với người bệnh ở gia đình chúng ta khuyên

-Nên dùng nhà vệ sinh riêng

-Rửa tay cẩn thận

-Tránh bị rách da và trầy xước

·**Loại A**: Đối với người tiếp xúc dùng ngay ISG (Immune serum globulin) 0,02 – 0,06 ml/kg TB càng sớm càng tốt sau khi tiếp xúc. ISG có thể thực hiện được 4 tuần sau khi tiếp xúc, tốt nhất được sử dụng 7 – 14 ngày sau khi tiếp xúc.

·**Loại B**: Cần đặt ra đối với những người có tiếp xúc tình dục thường xuyên, đối với bệnh nhân tạo miễm dịch chủ động.

HBIG: Hepatitis B immune globulin chứa nồng độ kháng thể anti HBs cao nên dùng càng sớm càng tốt. Liều dùng 0,06 ml/kg TB. Lịch tiêm 0, 1, 6

Cấp 2

Chẩn đoán sớm để cách ly, điều trị sớm bằng cách nâng cao thể trạng.

Cấp 3

Điều trị biến chứng

Câu hỏi lượng giá:

1. Virus viêm gan B lây qua đường nào sau đây, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đường phân, miệng

B. Đường hô hấp

C. Qua da

D. Đường sinh dục

2. Thời kỳ ủ bệnh của viêm gan B trung bình là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 30 ngày

B. 50 ngày

C. 70 ngày

D. 90 ngày

3. Thời kỳ toàn phát trong viêm gan virus, triệu chứng KHÔNG gặp là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Vàng da

B. Phân nhạt màu

C. Lách to

D. Sốt cao

4. Trong viêm gan virus B HbsAg xuất hiện vào thời điểm, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Xuất hiện sớm trong tuần đầu của bệnh

B. Xuất hiện 2 – 7 tuần khi có triệu chứng lâm sàng.

C. Tồn tại suốt đời

D. Tồn tại đến hết giai đoạn hồi phục.

5. Theo dõi bệnh nhân viêm gan virus, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Dấu hiệu sinh tồn 1 ngày / lần

B. Siêu âm kiểm tra mỗi ngày

C. Khám đo chiều cao gan

D. Xét nghiệm Billirubin mỗi ngày

BÀI 35: VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I. Mục tiêu học tập:

- Nêu được tác nhân gây bệnh viêm màng não mủ
- Liệt kê được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm màng não mũ
- Trình bày được nguyên tắc điều trị và các điều trị cụ thể viêm màng não mủ.

II. Nội dung:

1. Đại cương

Viêm màng não mủ, hay viêm màng não nhiễm khuẩn, là hiện tượng viêm của các màng bao bọc quanh hệ thần kinh trung ương (não và tủy sống) do sự hiện diện của các vi khuẩn gây bệnh trong khoang dịch não tủy. Sự viêm nhiễm này sẽ gây nên tình trạng sinh mủ bên trong hệ thống thần kinh trung ương. Viêm màng não mủ là cấp cứu nội khoa cần thiết phải điều trị sớm và tích cực để hạn chế tử vong và các biến chứng hay di chứng.

2. Tác nhân gây bệnh

Có nhiều loại vi khuẩn có thể gây viêm màng não mủ. Các vi khuẩn thường gặp trong viêm màng não mủ là Haemophilus influenzae (H.influenzae), Streptococcus pneumoniae (S.pneumoniae), Neisseria meningitis (N.meningitis), Eschericiae coli (E.coli).... Tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh của từng vi khuẩn phụ thuộc vào tuổi và một số yếu tố khác của cơ thể.

Bảng 1: Căn nguyên vi khuẩn phổ biến gây viêm màng não

Yếu tố	Vi khuẩn phổ biến
Tuổi:	
0 - 4 tuần	Streptococcus agalactiae, E.coli, Listeria monocytogenes, Klebsiella pneumoniae, Enterococcus spp, Salmonella spp
4 - 12 tuần	S. agalactiae, E.coli, L.monocytogenes, H. influenzae, S.pneumoniae, N. Meningitis
3 tháng đến 18 tuổi	H.influenzae, N.meningitis, S.pneumoniae
18 - 50 tuổi	S.pneumoniae, N.meningitis
> 50 tuổi	S.pneumoniae, N.meningitis, L.monocytogenes, trực khuẩn gram âm hiếu khí.
Các yếu tố khác:	
Tổn thương miễn dịch	S.pneumoniae, N.meningitis, L.monocytogenes, trực khuẩn gram âm hiếu khí (bao gồm cả Pseudomonas aeruginosa)
Vỡ nền sọ	S.pneumoniae, H.influenzae, liên cầu tan máu nhóm A, B
Chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh	Staphylococcus aureus , Staphylococcus epidermidis, trực khuẩn gram âm hiếu khí (bao gồm cả Pseudomonas aeruginosa)
Thông dịch não tủy	S.epidermidis, S.aureus, trực khuẩn gram âm hiếu khí (bao gồm cả Pseudomonas aeruginosa)
Giảm bạch cầu	Trực khuẩn Gram âm hiếu khí (bao gồm cả P.aeruginosa), S.aureus

3. Sinh bệnh học

3.1 Giai đoạn xuyên qua niêm mạc đường hô hấp

Vi khuẩn thường bám vào các thụ thể (receptor) của các tế bào biểu bì niêm mạc đường hô hấp bằng một cấu trúc lông bám dính gọi là pili. Sau khi bám vào tế bào, vi khuẩn phá vỡ các tế bào và vượt qua hàng rào bảo vệ để đi vào tuần hoàn.

3.2 Giai đoạn nhiễm khuẩn huyết

Sự tồn tại của vi khuẩn trong dòng máu mà không bị tiêu diệt bởi các tế bào miễn dịch của cơ thể là nhờ chúng có một lớp vỏ dày có tác dụng chống lại sự thực bào nhờ opsonin hóa.

3.3. Giai đoạn xâm nhập màng não và tồn tại trong khoang màng nhện

Vi khuẩn đi vào khoang dịch não tủy qua (1) đám rối mạch mạc ở não thất bên hoặc (2) xuyên qua màng não. Từ đó chúng lại theo dịch não tủy để đến tủy sống và khoang dưới nhện.

Viêm màng não mủ đôi khi có thể là do sự xâm nhập của vi khuẩn từ các ổ nhiễm trùng lân cận như viêm xoang mũi, viêm tai giữa, viêm xương chủm, viêm mô tế bào hốc mắt hoặc viêm xương - tủy xương các xương sọ não hoặc xương cột sống. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập trực tiếp vào khoang dịch não tủy trong trường hợp chấn thương sọ não hở, thoát vị màng não tủy. Hiếm hơn, viêm màng não mủ còn có thể gặp trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm tắc tĩnh mạch, trong bỏng nặng, đặt catheter lâu ngày, truyền dịch bị nhiễm bẩn.

4. Lâm sàng

4.1 Dấu hiệu nhiễm trùng

Biểu hiện lâm sàng viêm màng não mủ rất đa dạng tùy thuộc vào lứa tuổi, thời gian trước khi nhập viện và phản ứng của từng bệnh nhân đối với tình trạng nhiễm khuẩn (cơ địa).

Bệnh khởi đầu nhiều ngày trước bằng các dấu hiệu nhiễm trùng đường hô hấp trên và trong những bệnh cảnh diễn tiến từ từ này rất khó xác định thời điểm thật sự bị viêm màng não. Biểu hiện khác là khởi phát cấp tính ồ ạt với triệu chứng nặng của nhiễm trùng huyết và nhanh chóng dẫn đến viêm màng não trong vài giờ. Bệnh nhân sốt cao, thường > 38^0C, kèm đau nhức, lạnh run, vã mồ hôi.

4.2 Hội chứng màng não gồm:

- Nhức đầu dữ dội, kéo dài, không giảm khi uống thuốc giảm đau, sợ ánh sáng
- Buồn nôn, ói mửa, kiểu ói vọt.
- Tình trạng táo bón và tăng kích thích da.

Khám thực thể

Dấu hiệu màng não: cổ cứng (do co cứng và đau vùng cổ), dấu hiệu Kernig, dấu Brudzinski. Bệnh nhân thường nằm theo tư thế "cò súng"

Dấu vạch màng não (do rối loạn vận mạch) hoặc tăng phản xạ gân xương (dấu hiệu kích thích bó tháp).

Cần chú ý

Trẻ sơ sinh, trẻ nhủ nhi: dấu hiệu màng não đôi khi không rỏ ràng. Dấu hiệu thường gặp: ói, tiêu chảy, khóc thét, thóp phồng, bỏ bú, giảm trương lực cơ, co giật, hạ thân nhiệt ...

Bệnh nhân lớn tuổi: thường có biểu hiện lừ đừ, thay đổi tính tình, lơ mơ, lú lẫn, có thể không sốt.

4.3 Biểu hiện khác

- Biểu hiện ngoài da: các tử ban điểm, những đốm hoặc mảng xuất huyết xảy ra trong bệnh cảnh nhiễm não mô cầu (Neisseria meningitidis hay Streptococcus suis. Hồng ban gặp trong nhiễm S. pneumoniae, H. influenzae. Nhọt da, viêm tai giữa gợi ý viêm màng não do tụ cầu.

- Dấu hiệu thần kinh định vị: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt mặt, mù, lé . . .

- Biểu hiện co giật: Co giật có thể xuất hiện trong những ngày đầu và nếu co giật toàn thân thì không có tiên lượng nặng. Ngược lại, nếu co giật xảy ra muộn hoặc co giật khu trú gợi ý biến chứng thần kinh. Co giật có thể do bài tiết ADH bất thường dẫn đến hạ natri máu

- Biểu hiện bệnh nặng: sốc, rối loạn đông máu, hôn mê, co giật muộn, rối loạn thần kinh thực vật (rối loạn nhịp thở, huyết áp dao động . . .). Rối loạn thần kinh thực vật là yếu tố tiên lượng xấu.

5. Cận lâm sàng

5.1 Dịch não tủy

Chống chỉ định chọc dò tủy sống:

+ Suy tim, suy hô hấp

+ Tăng áp lực nội sọ, co giật

+ Nhiễm trùng da nơi tiêm

Kết quả dịch não tủy:

- Áp lực tăng nhẹ từ 15 – 20 cmH_2O, tăng cao trong trường hợp phù não hay áp xe.

- Màu sắc: dịch não tủy đục, lợn cợn như nước vo gạo.

- Tế bào: tế bào dịch não tủy cần được khảo sát ngay sau lấy vì sau 90 phút các bạch cầu của dịch não tủy bắt đầu thoái hóa. Số lượng tế bào 100 – 1000 tế bào/ mm^3, bạch cầu đa nhân trung tính chiếm đa số 80%. Trong trường hợp lượng tế bào trên 50.000tb/mm^3 có thể do áp xe vở vào não thất. nếu đã dùng kháng sinh tế bào đơn nhân có thể cao hơn đa nhân.

- Đường: nồng độ đường giảm dưới 40mg%, đơi khi có vết. Tỷ lệ đường dịch não tủy/ đường huyết cùng lúc nhỏ hơn ½.

- Đạm: tăng cao khoảng 100mg%, Khi đạm tăng cao trên 1000mg% phải nghĩ đến tắc nghẽn khoang dưới nhện thứ phát.

- Lactat: là sản phẩm chuyển hóa kỵ khí của glucose, Trong viêm màng não lactat tăng cao 4mmol/lit.

- Soi tươi để tìm vi trùng – cấy làm kháng sinh đồ.

- Các xét nghiệm khác: huyết thanh chẩn đoán, PCR

5.2 Các xét nghiệm khác

- Bạch cầu máu tăng cao, đa phần là bạch cầu đa nhân trung tính

- Cấy máu thường làm cùng lúc với cấy dịch não tủy.

- Đường huyết làm cùng lúc với đường dịch não tủy

- Xét nghiệm chức năng thận, ion đồ

- Chụp CT scan, MRI để chẩn đoán những trường hợp khó hay cần chẩn đoán phân biệt.

6. Chẩn đoán

6.1 Chẩn đoán xác định

Hội chứng nhiễm trùng – Hội chứng màng não + khảo sát dịch não tủy: bạch cầu tăng, đạm tăng, đường giảm, soi cấy dương tính.

6.2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não do vi trùng không sinh mủ: leptospira, lao, giang mai, bệnh lyme
- Viêm màng não do siêu vi: Enterovirus, arbovirus . . .
- Viêm màng não do nấm: Candida albicans, Cryptocossus neoformans.
- Phản ứng màng não: ổ nhiễm trùng cạnh màng não.
- Bệnh ác tính: Hodgkin, bạch cầu cấp, u não . . .

7. Điều trị

7.1 Nguyên tắc lựa chọn kháng sinh

- Sớm và càng sớm càng tốt. Sử dụng kháng sinh ngay khi có chẩn đoán.
- Hợp lý: Dự đoán vi khuẩn để lựa chọn kháng sinh có hiệu quả.
- Kháng sinh phải qua được hàng rào máu não
- Kháng sinh diệt khuẩn đạt được nồng độ diệt khuẩn bởi vậy luôn phải dùng đường tĩnh mạch.

- Vấn đề lựa chọn kháng sinh ban đầu (khi chưa có kết quả phân lập vi khuẩn) thường phải dựa vào kinh nghiệm, dựa vào lứa tuổi, yếu tố thuận lợi... để định hướng vi khuẩn gây bệnh và sử dụng kháng sinh phổ rộng. Khi phân lập được vi khuẩn và có kết quả kháng sinh đồ, chúng ta phải tham khảo kỹ lưỡng trước khi lựa chọn kháng sinh đặc hiệu

7.2 Điều trị cụ thể

7.2.1.Điều trị theo kinh nghiệm:

Yếu tố	Kháng sinh
Tuổi:	
0 - 4 tuần	Ampicillin + Cefotaxim hoặc Ampicillin + aminoglycoside
4 - 12 tuần	Ampicillin + Ceftriazon
3 tháng đến 18 tuổi	Cephalosporin 3 / Ampicillin
18 - 50 tuổi	Cephalosporin 3 (+ Ampicillin nếu nghi ngờ VMN do L.monocytogens)
> 50 tuổi	Ampicillin và/ hoặc Cephalosporin 3
Tổn thương miễn dịch	Vancomycin + ceftazidime
Vỡ nền sọ	Cephalosporin 3
Chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh	Vancomycin + ceftazidime
Thông dịch não tủy	Vancomycin + ceftazidime
Giảm Hạ bạch cầu	Vancomycin + ceftazidime hoặc cefepim

7.2.2.Điều trị theo nguyên nhân

- Haemophilus influenzae: cephotaxime, cefepim, fluoroquinolone
- Não mô cầu: Penicilline, cephotaxime, cefepim
- Streptococcus pneumoniae: Cephotaxim/ ceftriazon, vancomycin
- Staphylococcus aureus: Vancomycine
- Pseudomonas: Ceftazidime, imipenem

7.3 Thời gian điều trị kháng sinh.

- Thời gian điều trị kháng sinh tùy theo đáp ứng lâm sàng và biến đổi dịch não tủy. Thời gian điều trị trung bình 10 - 14 ngày. Ngừng kháng sinh khi protein dịch não tuỷ < 0.5g/l
- Tiêu chuẩn khỏi bệnh: Khỏi hoàn toàn khi protein dịch não tuỷ < 0.4g/l và tế bào dịch não tuỷ chỉ còn 10 - 20 tế bào/ml

7.4. Điều trị hỗ trợ

- Đặt sonde dạ dày để đảm bảo dinh dưỡng và hạn chế nôn.
- Truyền dịch đầy đủ, điều chỉnh điện giải và thăng bằng kiềm toan
- Chống co giật bằng Diazepam (0.3 mg/kg/lần)

- Những trường hợp nặng có thể dùng dexamethasone làm giảm nhanh các triệu chứng cơ năng và thực thể hạn chế di chứng.

Liều sử dụng: 0.4mg/kg/24h chia 4 lần và chỉ dùng trong 4 ngày, dùng sớm trước sử dụng kháng sinh.

8. Phòng bệnh:

- Chú ý theo dõi các biến chứng do viêm màng não gây ra: Dày dính màng não, áp xe não, tràn mủ màng cứng... để sớm giải quyết.
- Theo dõi và xử trí suy hô hấp, nhiễm trùng huyết
- Vệ sinh chống loét.

Câu hỏi lượng giá:

1. Vi khuẩn thường gặp gây viêm màng não mủ là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Neisseria meningitids

B. Listeria monocytogenes

C. Pseudomonas aeruginosa

D. Salmonella

2. Ở trẻ sơ sinh dấu hiệu màng não thường gặp, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Kernig (+)

B. Brudzinski (+)

C. Cổ cứng

D. Thóp phồng

3. Tam chứng màng não KHÔNG có dấu hiệu nào sau đây, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhức đầu

B. Nôn ói

C. Co giật

D. Táo bón

4. Tử ban điểm là dấu hiệu gợi ý tác nhân gây bệnh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Pseudomonas aeruginosa

B. Salmonella

C. Neisseria meningitids

D. E. Coli

5. Nồng độ đường trong DNT của bệnh nhân VMNM thường, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. > 120 mg%

B. < 40 mg%

C. Cao hơn đường trong máu

D. Bằng với đường trong máu

BÀI 36: VIÊM NÃO NHẬT BẢN

I.Mục tiêu học tập:

- Nêu được dịch tể học của bệnh viêm não Nhật Bản
- Kể được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán bệnh viêm não Nhật Bản
- Nêu được các bước điều trị và phòng bệnh viêm não Nhật Bản

II. Nội dung:

1. Đại cương

Viêm não Nhật Bản là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính gây ra bởi virus thuộc nhóm Arbovirus. Arbovirus có ái tính mạnh với tế bào thần kinh. Bệnh có thể xảy ra rải rác hay thành dịch.

Tùy theo mức độ và vị trí bị tổn thương tại hệ thần kinh trung ương (HTKTW), lâm sàng sẽ có biểu hiện triệu chứng của nơi bị xâm phạm như: viêm não, viêm màng não, viêm sừng trước tủy sống hoặc bệnh cảnh phối hợp: viêm não màng não, viêm não màng não tủy sống.

2. Dịch tễ học

Bệnh viêm não Nhật Bản được nói tới ở Nhật từ năm 1871, nhưng đến năm 1924 mới biết rõ về lâm sàng khi có vụ dịch lớn xảy ra với hơn 6.000 trường hợp bị mắc.

Virus VNNB thuộc họ Togaviridae trong nhóm B của các Flavivirus.

Virus VNNB có ba loại protein kháng nguyên: protein màng M, protein lõi C, protein vỏ E. Kháng nguyên vỏ E đóng vai trò quan trọng nhất trong bước đầu tiên của phản ứng virút với tế bào ký chủ và tạo ra kháng thể miễn dịch bảo vệ cơ thể.

2.1 Trung gian truyền bệnh

Virus VNNBB chủ yếu gây bệnh cho súc vật, người chỉ bị lây nhiễm tình cờ chứ không phải là vật chủ quan trọng. Hầu hết các trường hợp lây truyền bệnh là do muỗi hoặc côn trùng đốt các loài chim; chim là ký chủ mang mầm bệnh, nhưng bản thân chim thường không biểu hiện bệnh. Ngoài ra còn có các vật chủ khác mang mầm bệnh như loài động vật có vú, nhất là heo.

Ở Việt Nam có hai nhóm chim có khả năng truyền bệnh:

- Nhóm chim sống trong làng mạc , lủy tre , ở các loài cây ăn quả như: chim bông lau, chim rẻ quạt, chim sẻ nhà, chim liếu điếu, chim chích chòe.

- Nhóm chim ăn ngoài đồng: cò, sáo, quạ, cu gáy, chim chèo bẻo.

Có một số loài súc vật khác bị nhiễm trùng tiềm tàng như gà, dê, bò, ngựa, heo và loài bò sát (rắn, rùa).

Các loài muỗi Culex truyền bệnh chủ yếu là :

- Culex tritaeniorhyncus : là muỗi thường gặp ở châu Á .
- Culex gelidus : thường gặp ở Malaysia và Singapore .

- Culex vishnui : ở Ấn Độ .

- Culex pseudovishnui : ở Ấn Độ .

- Culex annulirostris : ở Guam .

- Culex pipiens : ở phía đông Liên Xô cũ .

Muỗi cái có thể truyền bệnh từ đời mẹ sang đời con, muỗi Culex tritaeniorhyncus sinh sản phát triển nhiều nhất ở đồng ruộng; nó đốt chim, gia súc, và người. Ở nước ta loài muỗi nầy có nhiều ở miền Bắc vào các tháng nóng. Ban ngày sống trong các bụi cây ngoài vườn, ban đêm bay vào nhà cắn hút máu gia súc và người; chúng thích đẻ trứng trong ruộng lúa và mương máng. Chim rất dễ bị nhiễm trùng máu với nồng độ cao và dài ngày nhưng không mắc bệnh. Heo tham gia dây truyền bệnh thường ở dưới dạng nhiễm trùng thể ẩn. Muỗi thích hoạt động trong và quanh nhà; chúng hút máu về đêm từ 18 giờ đến 22 giờ , giảm dần và ngừng hoạt động lúc 8 giờ sáng .

2.2 Phân bố theo mùa

Khí hậu với những yếu tố nhiệt độ và mưa cũng có ảnh hưởng đến tình hình bệnh. Vào mùa mưa, ruộng lúa đầy nước tạo điều kiện tốt cho muỗi sinh sản và phát triển mạnh trong thiên nhiên, trùng hợp với thời điểm bệnh xảy ra nhiều. Vào mùa hè thời tiết nóng, ở nhiệt độ từ 27^0C - 30^0C, virus thường phát triển tốt trong cơ thể muỗi. Nếu dưới 20^0C thì sự phát triển của virus dừng lại.

Đó là lý do tại sao mô hình dịch tễ học lại khác nhau giữa hai miền Nam, Bắc Việt Nam.

Tại Miền Bắc bệnh giảm nhiều vào những tháng lạnh, tăng vào những tháng hè và đỉnh cao vào tháng 5 - 6 - 7. Tại miền Nam, thời tiết nóng bệnh rải rác quanh năm.

2.3 Phân bố theo tuổi và giới tính:

Tất cả mọi lứa tuổi chưa có miễn dịch đều có thể mắc bệnh. Ở những vùng có bệnh VNNB lưu hành, trẻ em sớm tiếp xúc với tác nhân gây bệnh nên tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ cao thường từ 2 - 10 tuổi, phần đông ở thể không triệu chứng lâm sàng, số lượng trẻ có kháng thể đặc hiệu tăng theo tuổi nên tỷ lệ mắc bệnh giảm ở trẻ lớn và người lớn. Người nước ngoài không phân biệt tuổi tác nếu chưa có miễn dịch đặc biệu đều có thể mắc bệnh khi đến vùng có VNNB lưu hành. Bệnh không liên quan tới giới tính tuy nhiên trong thực tế số bệnh nam thường nhiều hơn nữ.

3. Sinh bệnh học

- Vi rut Nhật Bản B xâm nhập vào cơ thể tiến triển thành 2 giai đoạn :

- Nhiễm virus huyết: virus xâm nhập vào cơ thể qua nhiều đường khác nhau nhưng đều đến hệ bạch huyết và máu, từ đó chúng bắt đầu tăng sinh và tiến đến một số cơ quan. Ở giai đoạn nầy chỉ có sốt nhưng không có triệu chứng thần kinh đặc hiệu vì đang ở giai đoạn ngoài hệ thần kinh. Nên rất khó chẩn đoán. Một số bệnh nhân dừng lại ở giai đoạn nầy, vì vậy về phương diện dịch tễ học rất quan trọng trong việc lây truyền bệnh .

- Xâm nhiễm hệ thần kinh: Khi virus xâm lấn vào hệ thần kinh với một số lượng lớn và thể hiện nhiều dấu hiệu thần kinh rất phong phú. Ở giai đoạn nầy cần phân biệt với các hội chứng viêm não do những nguyên nhân khác.

4. Lâm sàng

4.1. Ủ bệnh

Thông thường từ 5 - 15 ngày .

4.2. Khởi phát

Trung bình 1 - 4 ngày , gồm các hội chứng sau :

- Hội chứng nhiễm trùng : Bệnh khởi phát như cảm cúm , sốt 38 - 390C .

- Hội chứng tinh thần kinh : Mất ngủ , quấy khóc , hoặc ngủ gà ngủ gật , thay đổi tính tình.Trẻ đau đầu , nôn mửa .

4.3. Toàn phát : 2 - 4 ngày .

- Triệu chứng xuất hiện đột ngột bằng những cơn co giật liên tục. Tăng trương lực cơ, sau đó trẻ đi vào hôn mê hoặc lơ mơ li bì.Thần kinh thực vật bị rối loạn, rối loạn chuyển hóa nước và điện giải thể hiện Na giảm, Kali giảm, Ca bình thường, dự trử kiềm thấp. Biến đổi dịch não tủy như sau: Nước trong , bạch cầu 100 – 200 / ml, thông thường tế bào lympho ưu thế, protein tăng nhẹ, đường và muối trong giới hạn bình thường .

- Trẻ sốt cao liên tục trong tuần đầu, có thể kèm theo nôn hoặc ỉa chảy. Tăng tiết ứ đọng đờm giải và phổi rất dễ bị bội nhiễm .

Đặc điểm của thời kỳ toàn phát là các triệu chứng tinh thần kinh thay đổi hàng giờ hàng ngày , rất đa dạng và tăng giảm từng lúc từng thì.

4.4. Diễn tiến

4.4.1. Tối cấp:

Giai đoạn nhiễm trùng ngắn khoảng 1 - 2 ngày, sốt rất cao, co giật, hôn mê. Bệnh nhi sẽ tử vong do suy hô hấp hoặc trụy tim mạch.

4.4.2. Thể cấp: Bệnh diễn tiến theo 3 khả năng :

-Tử vong: Sốt cao liên tục, rối loạn chức năng sinh tồn. Tử vong trong tuần lễ đầu.

-Khỏi: Bệnh nhi được hồi phục gần như hoàn toàn. Nhưng cần phải theo dõi nhiều năm mới kết luận được hậu quả của bệnh.

-Di chứng: Sau một thời gian điều trị, bệnh nhi giảm sốt từ tuần thứ 2, ra khỏi cơn hôn mê nhưng còn ngơ ngác, co giật nhẹ, mất ngôn ngữ, thay đổi về tác phong. Liệt các chi, tăng động, tăng trương lực cơ, có cơn vặn uốn người. Lâm sàng biểu hiện của tổn thương ngoại tháp và tháp.

5. Cận lâm sàng

5.1. Công thức máu: Thông thường bạch cầu bình thường hay giảm nhẹ, trong đó bạch cầu lympho chiếm ưu thế.

5.2. Xét nghiệm huyết thanh: Phản ứng kết hợp bổ thể (+) sau một tuần, kéo dài trong vòng 6 - 9 tháng .

Kháng thể trung hòa IgM phát hiện từ ngày thứ 4 - 8 là rất đặc hiệu. Ức chế ngưng kết hồng cầu xuất hiện sớm vào khoảng ngày thứ 2 - 3 của bệnh và tồn tại 5 - 10 năm. Sau đó các kháng thể trung hòa hầu như suốt đời.

5.3. Dịch não tủy:

- Dịch trong .

- Bạch cầu từ 100 - 1.000/ml . Giai đoạn sớm thì bạch cầu hạt ưu thế, sau đó nhanh chóng chuyển sang bạch cầu đơn nhân. Protein tăng nhẹ.

5.4. Điện não đồ:

Biểu hiện tổn thương lan tỏa. Sau khi khỏi bệnh về mặt lâm sàng, điện não đồ còn bị rối loạn nhiều tháng hoặc nhiều năm.

6. Chẩn đoán – chẩn đoán phân biệt

6.1. Chẩn đoán (theo tiêu chuẩn TCYTTG 1988)

Lâm sàng: Sốt > 38^0C. Rối loạn tri giác.

Dịch não tủy: đường bình thường, đạm bình thường hay tăng nhẹ. Tế bào 5 - 1000/mm^3 đa số đơn nhân, MAC ELISA dịch não tủy (+).

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt rét thể não, rối loạn chuyển hóa
- Viêm màng não mũ, viêm màng não lao
- Viêm não do siêu vi khác
- Viêm não hậu nhiễm trùng Sởi, thủy đậu, quai bị, rubella, cúm, á cúm
- Viêm não do phản ứng tiêm ngừa: dại, sởi

7. Điều trị

Hiện nay không có thuốc điều trị đặc hiệu. Điều trị chủ yếu là hồi sức cấp cứu và điều trị triệu chứng trong giai đoạn cấp.

7.1 Chống sốt cao:

Dùng thuốc hạ sốt, lau bằng nước ấm.

7.2 Chống phù não:

Hạn chế lượng nước đưa vào khoảng 50ml/kg/24 giờ, kèm thở oxy.

Mannitol 20% liều 0,5g - 1g/kg/liều, truyền tĩnh mạch nhanh trong 30 - 60 phút mỗi lần, có thể lập lại mỗi 8 giờ.

7.3 Chống co giật:

Diazepam: 0,2 mg/ kg tiêm mạch, nếu cần có thể lập lại sau 15 phút, ở trẻ quá nhỏ trong cơn động kinh khó tiêm mạch có thể bơm hậu môn diazepam 0,2mg/kg đến 0,5mg/ kg một lần.

Phenobarbital disodique đúng sớm hoặc trước để ngăn ngừa cơn co giật, liều tấn công 15 mg/ kg tiêm mạch chậm, sau uống liều duy trì 5 mg/ kg/ ngày.

7.4 Chống suy hô hấp:

Hút đờm rãi, thở oxy.

7.5 Phòng chống bội nhiễm:

Vệ sinh cơ thể răng miệng, xoay trở để tránh loét do tư thế nằm lâu. Vỗ lưng, nằm tư thế dẫn lưu đàm, hút đàm rãi. Nếu có bội nhiễm điều trị bằng kháng sinh thích hợp.

7.6 Bồi hoàn nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan:

Trong giai đoạn cấp, cần phải hạn chế lượng dịch nhập khi không có dấu hiệu giảm thể tích máu lưu thông và phải theo dõi ion đồ máu mỗi ngày để phát hiện và điều chỉnh kịp thời tình trạng hạ natri máu.

7.7 Dinh dưỡng, nâng thể trạng:

Cung cấp thêm các loại sinh tố năng lượng cần thiết. Nếu bệnh nhân hôn mê có thể cho ăn qua ống sonde dạ dầy.

7.8 Tập vật lý trị liệu:

Trong giai đoạn hồi phục.

7.9 Tiêu chuẩn xuất viện:

Vì con người là vật chủ cuối cùng, nên không phải cách ly bệnh nhân. Trong giai đoạn hồi phục, khi tất cả biến chứng đã được giải quyết, bệnh nhi đã ăn qua được đường miệng, gia đình đã biết cách săn sóc, có thể cho xuất viện về địa phương tiếp tục vật lý trị liệu. Trên thực tế có nhiều trẻ khi xuất viện còn nhiều di chứng, nhưng sau đó từ từ hồi phục gần như hoàn toàn.

8. Phòng bệnh

8.1 Phòng chống trung gian truyền bệnh:

Xử dụng hóa chất diệt muỗi tuy có hiệu quả nhưng chỉ giới hạn trong một không gian và thời gian nhất định, và giá thành rất cao.

8.2 Gây miễn dịch cho heo:

Sử dụng vắc xin sống giảm độc lực. Được áp dụng tại Nhật năm 1967 để ngăn chặn sự lây truyền VNNB VNNB trong tự nhiên, kết quả là số người mắc bệnh VNNB đã giảm rõ rệt tại địa phương. Việc gây miễn dịch cho heo còn nhiều khó khăn vì quần thể heo dưới 6 tháng khi còn kháng thể của heo mẹ.

8.3 Gây miễn dịch cho người:

8.3.1 Vắcxin VNNB bất hoạt chế từ não chuột:

Độ tinh khiết cao, hiện nay đang được sản xuất tại Việt Nam.

Miễn dịch cơ bản: 2 liều cách nhau 1 - 2 tuần, tiêm dưới da tại cơ delta.

Nhắc lại 1 liều bổ sung 1 năm sau, 3 - 4 năm tiêm nhắc lại một liều.

Dưới 3 tuổi tiêm 0,5ml, trên 3 tuổi tiêm 1ml.

Chống chỉ định: sốt cao hoặc bệnh nhiễm trùng đang tiến triển. Bệnh tim, thận, gan. bệnh riểu đường hoặc suy dinh dưỡng. Bệnh ung thư máu và các bệnh ác tính nói chung. Bệnh quá mẫn. Phụ nữ có thai.

Phản ứng phụ: tại chỗ, đỏ vùng tiêm, sưng tấy vùng tiêm. Toàn thân, sốt, ớn lạnh, nhức đầu.

8.3.2 Vắcxin bất hoạt chế từ nuôi cấy tế bào:

Năm 1967 Trung Quốc đã sản xuất vắc xin VNNB bất hoạt bằng formalin từ tổ chức nuôi cấy tế bào thân chuột đất vàng bị nhiễm virút.

8.3.3 Vắcxin sống giảm độc lực:

Trung Quốc đã phát triển chủng virút VNNB sống giảm độc lực bằng cấy truyền nhiều lần trên tổ chức nuôi cấy tế bào thận chuột đất vàng và tinh khiết các đám mảng hoại tử.

8.3.4 Sự phát triển của vắcxin thế hệ thứ 2:

Sử dụng công nghệ tái tổ hợp ADN từ protein kháng nguyên E, tạo ra vắcxin có hiệu lực an toàn và kinh tế.

Câu hỏi lượng giá:

1. Virus gây viêm não nhật ban thuộc nhóm, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Arborvirus

B. Virus dengue

C. Influenza virus

D. Zoster virus

2. Ký chủ mang mầm bệnh chủ yếu là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Người

B. Heo

C. Chim

D. Muỗi

3. Thời lỳ khởi phát của viêm não nhật bản thường kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1 – 4 ngày

B. 5 – 7 ngày

C. 8 – 11 ngày

D. 11 – 14 ngày

4. Bạch cầu trong viêm não Nhật bản thường gặp, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Bạch cầu tăng, ưu thế là lympho

B. Bạch cầu giảm.

C. Bạch cầu tăng, ưu thế là neutro

D. Bạch cầu giảm nhẹ, ưu thế là lympho

5. Liều diazepam chống co giật, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 0.02 mg/kg/lần

B. 0.2 mg/kg/lần

C. 2 mg/kg/lần

D. 2.2 mg/kg/lần

ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

BÀI	CÂU 1	CÂU 2	CÂU 3	CÂU 4	CÂU 5
1	C	D	A	D	B
2	C	C	B	B	D
3	C	D	D	B	A
4	B	B	D	B	B
5	A	B	A	D	A
6	B	B	C	D	C
7	D	D	D	D	A
8	B	D	D	A	D
9	D	A	D	A	D
10	B	D	C	D	D
11	D	B	D	A	
12	B	C	A	B	A
13	A	D	B	D	A
14	C	D	A	D	D
15	B	A	C	B	B
16	C	D	B	D	A
17	B	D	A		
18	B	D	B	B	D
19	D	B	B	D	B
20	D	D	A	D	A
21	D	D	B	B	D
22	B	B	A	D	D
23	B	C	A	A	A
24	D	C	D		
25	A	D	B	D	A
26	A	B	C	D	D
27	B	B	D	B	C
28					
29	C	A	D	D	B
30	A	D			
31					
32	A	B	C	D	C
33	C	B	B	B	C
34	D	C	D	B	C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng truyền nhiễm – Trường CĐYTCT – NK 2008 – 2010
2. Bài giảng bệnh truyền nhiễm trường trung học Quân Y II NXB Y Học 2000.
3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue, Bộ Y tế 2011.
4. Bệnh truyền nhiễm – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh – NXB Y học 1997.
5. Bệnh truyền nhiễm – GS. TSKH. Bùi Đại – NXB Y Học 2002.
6. Bệnh truyền nhiễm – Trường Trung cấp Quân Y 2 – NXB Y Học 2007.
7. Bệnh học nội khoa tập I – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1992
8. Ký sinh trùng y học Trường trung cấp Quân Y 2 – NXB Y Học 2002
9. Bài giảng ký sinh trùng – bộ môn Ký sinh trùng Đại học y dược Cần Thơ 2010.
10. Bệnh học chuyên khoa – trường trung cấp Quân y II – 2007.
11. Bệnh truyền nhiễm – Trường trung cấp Quân Y 2 – NXB y học – 2010.
12. DS. Trần Thu Hằng –Dược lực học – Trường đại học y dược TP Hồ Chí Minh 1996
13. GS. Nguyễn Huy Thanh–Bệnh truyền nhiễm–Khoa Y Trường ĐH Cần Thơ–1992.