

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH THANH HÓA
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA HỆ NỘI
NGÀNH/NGHỀ: ĐIỀU DƯỠNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG CHƯƠNG TRÌNH 2

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 549/QĐ-CDYT ngày 09 tháng 08 năm 2021 của
Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa*

Thanh Hoá, năm 2021

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

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

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

TaiLieu.vn

LỜI GIỚI THIỆU

Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hoá có bề dày lịch sử đào tạo các thể hệ cán bộ Y - Dược, xây dựng và phát triển hơn 60 năm. Hiện nay, Nhà trường đã và đang đổi mới về nội dung, phương pháp và lượng giá học tập của học sinh, sinh viên nhằm không ngừng nâng cao chất lượng đào tạo.

Để có tài liệu giảng dạy thống nhất cho giảng viên và tài liệu học tập cho người học; Đảng uỷ - Ban Giám hiệu Nhà trường chủ trương biên soạn tập bài giảng của các chuyên ngành mà Nhà trường đã được cấp phép đào tạo.

Tập bài giảng Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội được các giảng viên Bộ môn Nội - Truyền Nhiễm biên soạn dùng cho hệ Cao đẳng Điều dưỡng chính quy, Cao đẳng Điều dưỡng văn bằng 2 và Cao đẳng Điều dưỡng chương trình 2 dựa trên chương trình đào tạo của Trường ban hành năm 2021, Thông tư 03/2017/BLĐTBXH ngày 01 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Lao động thương binh xã hội.

Vì vậy môn học Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội giúp cho người học nắm được triệu chứng lâm sàng, biến chứng, nội dung chăm sóc người bệnh mắc các bệnh lý thuộc các chuyên khoa: Da liễu, Tâm thần, Thần kinh và Lao.

Môn “Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội” giúp học viên sau khi ra trường có thể vận dụng tốt các kiến thức đã học vào hoạt động chăm sóc sức khỏe người bệnh chuyên khoa Da liễu, Tâm thần, Thần kinh và Lao.

Tuy nhiên trong quá trình biên soạn tập bài giảng không thể tránh khỏi những thiếu sót. Tập thể biên soạn xin ghi nhận các ý kiến đóng góp xây dựng của các nhà quản lý, đồng nghiệp, độc giả và sinh viên, những người sử dụng cuốn sách này để nghiên cứu bổ sung cho tập bài giảng ngày càng hoàn thiện hơn.

Thanh Hóa, ngày 10 tháng 08 năm 2021

Tham gia biên soạn

- 1. ThS. BS. Mai Văn Bảy Chủ biên*
- 2. ThS. BS. Nguyễn Thị Nhung*
- 3. ThS. BS. Tạ Thị Hoa*
- 4. ThS. BS. Đỗ Thị Vân Anh*
- 5. BS. Lê Thị Thúy*
- 6. CNĐD. Trần Vân Anh*

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU

PHẦN DA LIỄU	2
Bài 1: Các tổn thương cơ bản ở da (01 giờ).....	2
Bài 2: Chăm sóc người bệnh nhiễm độc da do dị ứng thuốc (toxidermie) (01 giờ).....	6
Bài 3: chăm sóc người bệnh viêm da nhiễm khuẩn (01 giờ)	11
Bài 4: Chăm sóc người bệnh chàm (eczema) (01 giờ).....	16
Bài 5: Chăm sóc người bệnh vẩy nến (01 giờ).....	21
Bài 6: Chăm sóc người bệnh hắc bào (01 giờ).....	26
Bài 7: Chăm sóc người bệnh ghẻ (01 giờ)	30
Bài 8: Chăm sóc người bệnh giang mai (01 giờ)	35
Bài 9: Chăm sóc người bệnh lậu (01 giờ).....	41
Bài 10: Chăm sóc người bệnh zona (01 giờ)	45
PHẦN TÂM THẦN	49
Bài 11: Sức khỏe tâm thần (02 giờ)	49
Bài 12: Chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt (02 giờ).....	55
BÀI 13: Chăm sóc người bệnh rối loạn phân ly (01 giờ)	60
Bài 14: Cấp cứu bệnh tâm thần và chăm sóc (01 giờ)	65
Bài 15: Chăm sóc người bệnh trầm cảm (01 giờ)	69
Bài 16: Vệ sinh - phòng bệnh tâm thần (01 giờ)	75
PHẦN THẦN KINH.....	78
Bài 17: Chăm sóc người bệnh liệt nửa người (01 giờ)	78
Bài 18: Chăm sóc người bệnh liệt hai chi dưới (01 giờ)	83
Bài 19: Chăm sóc người bệnh động kinh (01 giờ).....	87
Bài 20: Chăm sóc người bệnh viêm đa dây thần kinh (01 giờ).....	92
PHẦN LAO	96
Bài 21: Đại cương về bệnh lao (02 giờ)	96
Bài 22: Chăm sóc người bệnh lao phổi (01 giờ)	104
Bài 23: Chăm sóc người bệnh lao ngoài phổi (02 giờ).....	110
Bài 24: Cấp cứu người bệnh ho ra máu (01 giờ).....	121
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	125

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

Tên môn: Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội

Mã môn học: MH 17

Vị trí, tính chất, ý nghĩa và vai trò của môn học/mô đun:

- Vị trí: Môn học “Điều dưỡng chuyên khoa hệ nội” là môn học bắt buộc, được bố trí học sau môn chuyên ngành Điều dưỡng nội 1, Điều dưỡng nội 2.
- Tính chất: Là môn chuyên ngành. Môn học bổ sung, cập nhật, trang bị cho sinh viên kiến thức, kỹ năng, năng lực tự chủ và chịu trách nhiệm trong lĩnh vực chăm sóc các bệnh Da liễu, Tâm thần, Thần kinh và Lao.
- Ý nghĩa và vai trò của môn học/mô đun: Môn học cung cấp cho người học kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và nội dung chăm sóc người bệnh mắc các bệnh lý thường gặp thuộc các chuyên khoa: Da liễu, Tâm thần, Thần kinh và Lao. Từ đó giúp người học thực hiện các hoạt động chăm sóc hỗ trợ điều trị người bệnh trong quá trình hành nghề.

Mục tiêu của môn học:

*** Kiến thức**

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng một số bệnh Da liễu, Tâm thần, Thần kinh, Lao thường gặp.
- Trình bày được nội dung chăm sóc các bệnh Da liễu, Tâm thần, Thần kinh, Lao thường gặp.

*** Kỹ năng**

- Giao tiếp, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe các bệnh da liễu thường gặp và cách phòng lây lao, phòng bệnh tâm thần cho người bệnh và cộng đồng.
- Nhận định được triệu chứng lâm sàng, biến chứng của một số bệnh da liễu, thần kinh, lao, tâm thần thường gặp.
- Đưa ra được các chẩn đoán chăm sóc.
- Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh mắc một số bệnh da liễu thần kinh, lao, tâm thần thường gặp.
- Thực hiện được một số kỹ thuật chăm sóc cơ bản cho người bệnh, kiến tập một số kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

*** Năng lực tự chủ và trách nhiệm**

- Thể hiện được tính tích cực trong học tập, có khả năng thực hành độc lập, có tinh thần phối hợp làm việc theo nhóm.
- Thể hiện được đạo đức người điều dưỡng tinh thần trách nhiệm, tác phong thận trọng, chính xác, tận tình.
- Tuân thủ y đức, các qui định của pháp luật tại cơ sở thực hành.

Nội dung của môn học:

PHẦN DA LIỄU

BÀI 1: CÁC TỔN THƯƠNG CƠ BẢN Ở DA (01 GIỜ)

GIỚI THIỆU:

Tổn thương cơ bản trên da là biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh Da liễu, khi chăm sóc người bệnh mắc bệnh Da liễu điều dưỡng viên cần thực hiện chăm sóc và hướng dẫn người bệnh chăm sóc các tổn thương trên da đúng cách để tránh nguy cơ biến chứng nặng nề. Bài học này cung cấp những kiến thức cơ bản về đặc điểm, tính chất các tổn thương thường gặp ở da.

MỤC TIÊU:

- Trình bày được 11 loại tổn thương tiên phát.
- Trình bày được 10 loại tổn thương thứ phát.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Tổn thương cơ bản là các tổn thương xuất hiện trên da và niêm mạc ngay từ đầu hoặc xuất hiện trong quá trình tiến triển một bệnh da liễu, là triệu chứng mà ta phải dựa vào đó để chẩn đoán bệnh. Tổn thương cơ bản là những tổn thương đặc hiệu của mỗi bệnh da liễu. Nghiên cứu các tổn thương cơ bản là một phần rất quan trọng trong việc chẩn đoán các bệnh da liễu.

2. Các tổn thương cơ bản tiên phát:

2.1. Dát:

Là các tổn thương bằng phẳng với mặt da chỉ làm thay đổi màu sắc trên da, có nhiều kích thước và hình dạng khác nhau.

2.1.1. Dát đỏ

Dát đỏ là tổn thương có màu hồng hoặc màu đỏ, có hình tròn bầu dục hoặc hình đa diện, mất đi khi ấn kính, bằng phẳng với da.

Dát đỏ gồm dát xung huyết và dát xuất huyết.

Ví dụ: Đào ban giang mai II, Rubella, ban đỏ do dị ứng thuốc...

2.1.2. Dát thâm

Là tổn thương da thâm màu: màu nâu (tàn nhang, phong), màu xanh đen (bớt sắc tố bẩm sinh, hồng ban cố định nhiễm sắc).

2.1.3. Dát trắng

Tổn thương xuất hiện do giảm hoặc mất sắc tố melanin như trong bệnh bạch biến, bạch tạng.

2.2. Sẩn:

Là loại tổn thương chắc nổi gờ lên mặt da, kích thước $< 1\text{cm}$. Sẩn có thể nằm ở thượng bì như hạt cơm phẳng, bệnh phẩn đỏ nang lông. Sẩn nằm ở trung bì như sẩn mày đay, sẩn giang mai II,... Sẩn có thể nằm ở cả trung bì và thượng bì như trong bệnh Lichen phẳng.

2.3. Củ:

Là tổn thương hình thành do sự tập trung thâm nhiễm tế bào ở lớp sâu của trung bì tạo thành tổn thương chắc nổi cao, trong quá trình tiến triển có hiện tượng hoại tử nên có loét và để lại sẹo khi khỏi.

2.4. Cục:

Là tổn thương chắc hình tròn nổi gờ lên mặt da, kích thước <1cm, nằm ở trung bì, hạ bì. Nhiều bệnh ngoài da có tổn thương là cục như: u xơ, u hắc tố.

2.5. U:

Là khối tăng sản mềm hoặc chắc cứng, có nhiều kích thước và đa dạng, có thể u lành hoặc ác tính (U lành: U sơ da thần kinh, u ác tính như ung thư tế bào gai, ung thư tế bào tế bào đáy).

2.6. Sùi:

Là u của tổ chức nhú. Tổn thương sùi xuất hiện do tăng sinh lớp nhú của thượng bì và thâm nhiễm bạch cầu đa nhân ở trung bì. Ví dụ: sùi mào gà do HPV, hạt cơm,...

2.7. Gôm:

Là một tổn thương chắc nổi gờ lên mặt da kích thước bằng quả táo hoặc lớn hơn. Gôm là kết quả thâm nhiễm tế bào ở lớp trung bì, hạ bì. Gôm tiến triển theo các giai đoạn: cứng, mềm, vỡ mủ, loét, lên sẹo. Ví dụ: gôm giang mai III, gôm lao...

2.8. Mụn nước:

Là tổn thương lỏng hình bán cầu nhỏ bằng đầu đinh ghim, kích thước 1-2mm, bên trong chứa nước, nằm ở lớp tế bào gai của thượng bì, khi đập vỡ sẽ đóng vảy tiết trong, khi lành không để lại sẹo.

Ví dụ: mụn nước trong bệnh chàm, ghẻ, nấm...

2.9. Bọng nước:

Là tổn thương lỏng, hình bán cầu, kích thước lớn hơn mụn nước, thường bằng hạt đỗ, hạt ngô, kích thước 1-2cm. Bọng nước có thể chứa huyết thanh, huyết thanh lẫn mủ hoặc máu. Bọng nước đập vỡ sẽ đóng vảy tiết, khi lành có thể để lại sẹo hoặc không.

Ví dụ: bọng nước trong bệnh chốc, bệnh Dühring, Pemphigus...

2.10. Mụn mủ:

Là tổn thương lỏng, hình bán cầu nổi cao trên da, giống mụn nước hoặc bọng nước nhưng chứa mủ. Mụn mủ có thể ở nang lông như viêm nang lông hoặc nhọt. tổn thương có thể ở thượng bì hoặc trung bì.

3. Tổn thương cơ bản thứ phát:

Là những tổn thương đã bị biến dạng trong quá trình bệnh lý do hậu quả của bệnh hoặc do điều trị tạo nên.

3.1. Vảy da:

Là tổn thương do những phiến sừng mất liên kết với nhau bong ra tạo thành vảy, bong vảy sinh lý không nhìn thấy được, bong vảy bệnh lý vảy to nhìn thấy được.

Ví dụ: Vảy da trong các bệnh vảy phấn, vảy nến, vảy rồng...

3.2. Vảy tiết:

Là tổn thương được hình thành do chất dịch, huyết thanh khô lại, tùy theo loại dịch mà vảy có màu sắc khác nhau: màu trong do huyết thanh, vàng chanh do mủ, đỏ do lẫn máu.

Ví dụ: vảy tiết trong bệnh chàm, bệnh chốc,...

3.3. Vết xước:

Tổn thương do cào gãi hoặc sau một chấn thương nông mất đi một phần thượng bì. Khi khỏi vết xước không để lại sẹo, thường để lại vết thâm hoặc đậm sắc tố.

3.4. Vết trợt:

Tổn thương mất một phần thượng bì hoặc một phần niêm mạc, rất nông màu đỏ, rỉ dịch huyết thanh, khi lành không để lại sẹo.

Ví dụ: trợt trong giang mai I, trợt do mụn nước, bỏng nước vôi...

3.5. Vết loét:

Tổn thương sâu đến tận trung bì, hạ bì hoặc sâu hơn, làm mất một phần da, niêm mạc, đáy có mủ hoặc máu, khi lành để lại sẹo.

3.6. Vết nứt:

Thương tổn dài có vách dựng đứng để lộ đáy khô hoặc ướt. Thường gặp ở nếp gấp cổ chân, kẽ tay, núm vú, hậu môn.

3.7. Lichen hóa:

Do cọ xát hoặc gãi thường xuyên kích thích làm cho da phản ứng dấy lên có màu nâu, có các rãnh hằn sâu tạo thành các ô tương tự như sần (chàm mạn).

3.8. Sẹo:

Là tổ chức liên kết thay thế lớp tế bào đã mất ở vết loét, vết nứt sâu. Nó thể hiện sự ổn định ở tổn thương, sẹo có thể bằng phẳng hoặc lồi cao trên da.

3.9. Teo da:

Xuất hiện do da mất đàn hồi, làm tổn thương thấp hơn mặt da gặp trong bệnh teo da bẩm sinh, tự phát hoặc ở thanh niên lớn nhanh, da bụng phụ nữ sau sinh...

3.10. Sạm da:

Da có màu sạm do xuất huyết, do sắc tố Melanin, do nhiễm chất độc hại từ môi trường.

GHI NHỚ:

- Đặc điểm, tính chất 11 tổn thương cơ bản nguyên phát ở da.
- Đặc điểm, tính chất 10 tổn thương cơ bản thứ phát ở da.

LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Tổn thương là những tổn thương da biểu hiện tình trạng bệnh lý của da với những đặc trưng riêng.

- A. cơ bản.
- B. nguyên phát.
- C. thứ phát.

Câu 2: Mụn nước là tổn thương lỏng nổi cao hơn mặt da, kích thước....., bên trong chứa dịch trong.

- A. > 10mm
- B. < 10mm
- C. = 10mm

Câu 3: Vảy tiết do các chất xuất tiết (mủ, huyết thanh, máu) khô lại mà thành.

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 4: Những đám da thay đổi màu sắc, bằng phẳng với mặt da có nhiều kích thước và hình dạng khác nhau là?

- A. Sần
- B. Dát
- C. Sùi
- D. Củ
- E. Gôm

BÀI 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM ĐỘC DA DO DỊ ỨNG THUỐC (TOXIDERMIE) (01 GIỜ)

GIỚI THIỆU:

Dị ứng thuốc hay Phản vệ với thuốc là cấp cứu nội khoa, trong đó biểu hiện trên da là triệu chứng thường gặp, nếu không phát hiện sớm và xử trí kịp thời bệnh có thể tiến triển nặng và tử vong. Bài học này cung cấp kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, biến chứng và nội dung chăm sóc người bệnh nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

MỤC TIÊU:

- Trình bày được 8 thể lâm sàng thường gặp của nhiễm độc da do dị ứng thuốc.
- Trình bày được nội dung chăm sóc người bệnh nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Nhiễm độc da do thuốc là những phản ứng, những hội chứng, những bệnh xuất hiện trong hoặc sau khi dùng thuốc qua đường tiêm, uống, bôi, tiếp xúc... với những biểu hiện mức độ khác nhau của da và phủ tạng có thể gây tử vong cho người bệnh.

Bệnh nhân nhiễm độc da do dị ứng thuốc ngày càng phổ biến và trở thành mối lo chung cho bệnh nhân và thầy thuốc ở mọi chuyên khoa. Danh mục thuốc có khả năng gây dị ứng ngày càng nhiều. Nhiều nhóm thuốc có khả năng gây dị ứng.

2. Nguyên nhân

2.1. Nhóm kháng sinh:

Penicillin, Streptomycin, Amikacin, Gentamycin, Ampinocillin, Tetracyclin, amoxycillin, rifampicin, cefalexin v.v.

2.2. Nhóm hạ nhiệt giảm đau:

APC, Aspirin, Seda, Paracetamol, Decolgen, Anadin, Alaxan.

2.3. Nhóm thuốc ngủ và an thần:

Gacdenal, luminal, Diazepam, Tegretol v.v.

2.4. Nhóm thuốc gây tê:

Lidocain, Novocain, Dicain v.v.

2.5. Nhóm thuốc chống sốt rét:

Quinin, Cloroquin, Quinacrin...

2.6. Thuốc bổ:

B1, B6, C, Sirepar, Filatob, Phaxmaton...

Thậm chí một số Corticoid và kháng Histamin cũng có khả năng gây tai biến.

3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp:

3.1. Thể ban đỏ:

- Tổn thương cơ bản:
- + Dát đỏ: Bằng phẳng với mặt da, tổn thương màu hồng, ấn kính mất máu.
- + Sẩn phù: Hình bán cầu, cao hơn mặt da, ấn kính mất màu.
- Triệu chứng cơ năng: Ngứa nhiều.
- Vị trí tổn thương: Thường ở vùng mặt, tứ chi và thân mình.

3.2. Thể mày đay và phù Quincke:

- Thường xuất hiện sớm sau khi dùng thuốc: Thường là sau vài giờ hoặc vài ngày.
- Tổn thương cơ bản: Là sẩn phù, hình bán cầu cao hơn mặt da có ánh hào quang vùng ngoại vi, ấn kính mất màu.
- Vị trí: Rải rác toàn thân.
- Triệu chứng cơ năng: Ngứa dữ dội từng cơn.

3.3. Thề hồng ban cố định nhiễm sắc:

- Thường gặp và rất điển hình.
- Tổn thương cơ bản: Là những ban màu hồng, hình tròn hoặc bầu dục, danh giới rõ ràng. Nếu bị tái phát nhiều lần, hồng ban trở lên tím sẫm có khi nổi bong nước.
- Vị trí: Thường gặp ở vùng niêm mạc và bán niêm mạc như quanh môi, quanh mũi, quanh hốc mắt, bộ phận dinh dục và có thể ở ngoài da.
- Thường do thuốc: Tetracycline, Ampicillin, Biceptol, Trimazon, Seda.

3.4. Thề hồng ban đa dạng:

- Tổn thương cơ bản: bao gồm nền là một sẩn phù, trên sẩn phù là mụn nước hoặc bong nước sắp xếp theo những vòng tròn đồng tâm hoặc mọc ở rìa sẩn phù (hình huy hiệu). Các đám tổn thương có thể rải rác khắp người, đối xứng hoặc khu trú ở hai chi trên, chi dưới, niêm mạc.

3.5. Thề đỏ da toàn thân do thuốc:

- Các ban đỏ đầu tiên rải rác chủ yếu ở vùng mặt, tứ chi, sau đó đưa đến chàm đỏ da toàn thân. Các ban đỏ kết thành mảng lớn.
- Có rối loạn toàn thân kèm theo sốt cao 30-40°C. Có rối loạn thần kinh, rối loạn tiêu hóa.

3.6. Thề viêm da tiếp xúc:

- Có nguồn gốc từ bên ngoài diễn biến cấp tính hoặc bán cấp.
- Tổn thương cơ bản biểu hiện như:
- Có ban đỏ, ranh giới rõ và là diện tích tiếp xúc với thuốc đắp, thuốc bôi, với các dấu hiệu chính.
- Nóng vùng tổn thương, đỏ da vùng tổn thương, ngứa nhiều vùng tổn thương.

3.7. Hội chứng Stevens Johnson:

- Là dị ứng thuốc thể bong nước. Bong nước khu trú xung quanh hốc tự nhiên: mắt, mũi, miệng, tai, bộ phận sinh dục, hậu môn. Các bong nước có thể trợt loét và bội nhiễm.
- Sốt cao, có thể có viêm phổi, rối loạn chức năng gan, thận.
- Tiên lượng thể này rất nặng nề.

3.8. Hội chứng Lyell:

- Đây là thể dị ứng thuốc nặng nhất. Là hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc.
- Các biểu hiện lâm sàng:
 - + Dấu hiệu báo trước: như giả cúm, mệt mỏi, viêm đường hô hấp, đau họng, sốt.
 - + Tổn thương da có thể giống ban dạng sởi, các bong nước bùng nhùng. Các tổn thương nhanh chóng lan khắp người trên nền da đỏ tươi, đỏ sẫm và có thể tiết dịch. Chỉ cần va chạm nhỏ cũng làm da bị trợt, bệnh nhân cảm giác đau, rát.
 - + Tổn thương niêm mạc: viêm loét giác mạc, kết mạc, viêm trợt niêm mạc miệng, loét họng, hầu, thực quản...

+ Dấu hiệu toàn thân: sốt, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi, viêm cầu thận, viêm gan, rối loạn nước điện giải,...

- Tỷ lệ tử vong cao từ 15 - 30%.

4. Tiến triển- tiên lượng:

- Nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh tiến triển tốt.

- Biến chứng: viêm gan, rối loạn chức năng gan; viêm cầu thận cấp, suy thận; hạ bạch cầu, tiêu cầu, suy tủy; nhiễm khuẩn da thứ phát, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm phế quản phổi; viêm loét kết mạc, giác mạc; tăng sắc tố hoặc rối loạn sắc tố.

5. Hướng điều trị:

- Ngừng ngay các thuốc có nghi ngờ gây dị ứng.

- Dùng thuốc Corticoid: 2mg/kg/24h. Cho đến khi dấu hiệu toàn thân, tại chỗ được cải thiện thì giảm dần liều 3 ngày giảm 1 lần 10mg.

- Kháng Histamin các loại như: Dimedron, Promethazin, Clarityn, Fenistin, Clorphenramin, Lomidin, Jocet, Tenfat.

- Huyết thanh giải độc (Mặn, ngọt, đẳng trương).

- Dùng kháng sinh chống bội nhiễm (khi cần) và phải dùng các thuốc ít có nguy cơ dị ứng như kháng sinh Erythromycin.

- Dùng Vitamin C liều cao.

6. Chăm sóc người bệnh nhiễm độc da do thuốc:

6.1. Nhận định:

Việc nhận định phải toàn diện, đầy đủ, chi tiết. Khai thác tiền sử bệnh thông qua hỏi người bệnh hoặc người thân về hoàn cảnh xuất hiện bệnh đóng vai trò quan trọng. Các yếu tố nguy cơ như nghề nghiệp, môi trường sống, chế độ vệ sinh, các bệnh khác kèm theo.

Thăm khám da toàn thân tìm các tổn thương cơ bản điển hình. Xác định các tổn thương tiên phát, thứ phát. Phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc. Nhận định các triệu chứng cơ năng điển hình. Tình trạng tổn thương lan rộng, tiết dịch, chàm hóa.

Xác định các ảnh hưởng do bệnh làm người bệnh lo lắng như tổn thương lan rộng, lâu lành, tình trạng tái phát.

Thăm khám các cơ quan: tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, chú ý đến các dấu hiệu biến chứng có thể gặp.

Tham khảo các kết quả cận lâm sàng.

Đánh giá nhận thức của người bệnh về bệnh và khả năng tự chăm sóc.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc:

Dựa trên kết quả nhận định thực tế người bệnh, điều dưỡng cần xác định các vấn đề chăm sóc phù hợp, phụ thuộc vào các tổn thương hiện có và biến chứng dẫn đến các nguy cơ.

- Người bệnh sốt, đau, rát do nhiều tổn thương trên da và niêm mạc.

- Người bệnh xuất hiện tổn thương mụn mủ, bóng mủ ở niêm mạc và các hốc tự nhiên.

- Dinh dưỡng không đáp ứng nhu cầu cơ thể do sốt, mệt mỏi.

- Nguy cơ biến chứng do tổn thương lan rộng.

- Nguy cơ tái phát bệnh do thiếu kiến thức tự chăm sóc và phòng bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi tình trạng toàn thân và các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.
- Chăm sóc tổn thương niêm mạc, các hốc tự nhiên.
- Chăm sóc da bị tổn thương.
- Chế độ dinh dưỡng.
- Giáo dục sức khỏe.

6.4. Nội dung chăm sóc:

- * Theo dõi tình trạng chung: Nhiệt độ, mạch, huyết áp 3h/1 lần.

Chú ý chống nóng, chống lạnh vì trên da bị tổn thương nặng nên chịu nhiệt độ thường là kém, mùa đông phòng phải kín đáo, có lò sưởi. Mùa hè phòng phải thoáng, có quạt mát. Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, đề phòng trụy tim mạch đột ngột trong lúc sốt cao.

- * Chăm sóc tổn thương da:

Người điều dưỡng viên nhiều khi rất gian khổ nhưng có ý nghĩa quyết định của sự thành công.

Đối với da: Nếu loét hơi nhiều thì rắc bột talc hoặc nằm giường có bột talc.

Nếu căng da, khô da thì dùng thuốc mỡ corticoid bôi từng vùng. Không được bôi hết diện tích da vì nếu bôi nhiều sẽ giống như là dùng thêm một lượng lớn corticoid toàn thân làm giảm chức năng điều hòa thân nhiệt và hô hấp của da.

Đối với các nếp bẹn nách cần để thoáng, lau rửa vệ sinh thường xuyên, đề phòng bội nhiễm và loét.

- * Chăm sóc tổn thương niêm mạc: Thông thường tổn thương niêm mạc (mắt, tiêu hóa, sinh dục) bị tổn thương đầu tiên nhưng sẽ khỏi sau cùng.

- Đối với mắt nhỏ dung dịch Clorocid 4‰.
- Tai: Chấm cồn boric 3%.
- Mũi tiết dịch: Nhỏ dung dịch Ephedrin 3%.
- Miệng: Chấm dung dịch Glycerinborat 3%.

- * Tập vận động từ thấp đến cao cho bệnh nhân, đề phòng nằm lâu gây biến chứng loét, viêm phổi lẳng đọng.

- Dinh dưỡng: Cho ăn tăng đậm, uống nước sinh tố hoa quả.
- Trong lúc miệng lưỡi loét phải cho bệnh nhân ăn chế độ ăn lỏng, nguội như: Cháo gà, sữa đảm bảo đủ đạm, Vitamin.
- Nếu bệnh nhân không tự ăn được phải đặt sonde để cho ăn.
- Tránh các thức ăn gây dị ứng, tăng ngứa như: Tôm, cua, đồ hộp.

- * Giáo dục sức khỏe:

- Hướng dẫn cho người nhà cùng cộng tác biết chăm sóc bệnh nhân.
- Có sổ theo dõi dùng thuốc và thông báo cho người nhà và bệnh nhân biết tránh những thuốc mà bệnh nhân đã bị dị ứng và đang theo dõi dị ứng.

6.5. Đánh giá

Kết quả chăm sóc mong đợi đối với người bệnh là:

- Người bệnh hết hoặc không sốt.
- Tổn thương khô, bong vảy, không có tổn thương mới.
- Có kiến thức phòng bệnh.

GHI NHỚ:

- Một số thuốc có nguy cơ gây dị ứng.
- Đặc điểm tính chất tổn thương trên da của các thể nhiễm độc da do dị ứng thuốc.
- Nội dung chăm sóc tổn thương da, niêm mạc và các hoạt động chăm sóc kết hợp.

LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Nhiễm độc da do dị ứng thuốc là trạng thái phản ứng của cơ thể khi tiếp xúc với thuốc lần thứ 2 và các lần sau

- A. bình thường
- B. khác thường
- C. cấp tính

Câu 2: Hội chứng Steven Johson là dị ứng thuốc thể bong nước. Bong nước khu trú ở.....

- A.vùng tỳ đè
- B. xung quanh các hốc tự nhiên
- C. các nếp gấp, kẽ lớn

Câu 3: Thể đỏ da toàn thân do thuốc có tổn thương cơ bản là các dát đỏ và sản phù.

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 4: Trong bệnh nhiễm độc da do dị ứng thuốc, sản phù là tổn thương cơ bản của thể ?

- A. Ban đỏ
- B. Mày đay và phù quinke
- C. Hồng ban cố định sắc tố
- D. Hồng ban đa dạng
- E. Steven Jonhson.

Câu 5: Thể lâm sàng thường gặp của nhiễm độc da do dị ứng thuốc được phân thành?

- A. 7 loại
- B. 8 loại
- C. 9 loại
- D. 10 loại
- E. 11 loại

BÀI 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM DA NHIỄM KHUẨN (01 GIỜ)

GIỚI THIỆU:

Da chiếm diện tích lớn nhất trong cơ thể, là hàng rào bảo vệ cơ thể, tuy nhiên da cũng có thể bị nhiễm trùng. Bài học này cung cấp những kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, tiến triển – biến chứng và nội dung chăm sóc các bệnh viêm da nhiễm khuẩn thường gặp.

MỤC TIÊU:

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm da nhiễm khuẩn.
- Trình bày được nội dung chăm sóc người bệnh viêm da nhiễm khuẩn.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương:

Viêm da nhiễm khuẩn là tình trạng viêm cấp tính của da do các vi khuẩn ký sinh trên da gây nên khi gặp các điều kiện thuận lợi với các đặc điểm: sưng, nóng, đỏ, đau vùng da bị tổn thương.

2. Bệnh Chốc

2.1. Đại cương

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, thuộc nhóm bệnh da có bọt nước, nguyên nhân do vi khuẩn gây nên, bệnh tiến triển lành tính, nếu được phát hiện và điều trị sớm bệnh khỏi nhanh không gây biến chứng.

Bệnh gặp ở cả nam và nữ, mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là trẻ em độ tuổi mẫu giáo và người lớn hay gặp ở những người suy giảm miễn dịch, người béo phì hoặc mắc các bệnh mạn tính.

2.2. Nguyên nhân gây bệnh chốc:

Nguyên nhân thường gặp do liên cầu khuẩn.

50% các trường hợp có sự kết hợp của cả liên cầu và tụ cầu.

2.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh chốc:

- Tổn thương cơ bản khởi phát bởi những bọt nước (đường kính trên 2mm). Trong chứa nước, mềm, chứa dịch trong, bờ không đều và có quầng đỏ xung quanh.

- Cũng có khi bọt nước xuất hiện trong một nền da đỏ từ trước.

- Vài giờ sau bọt nước vỡ đục, biến dần thành bọt mủ thứ phát rồi nhanh chóng khô đóng thành vảy tiết. Chừng sau 6 đến 10 ngày sau vảy sẽ từ từ bong ra để lại một dát đỏ, dát này sau một thời gian sẽ nhạt dần rồi lành hẳn không để lại sẹo.

- Thương tổn thường khu trú ở đầu mặt, sau đó đến vùng da hở có khi lan khắp người, không có tổn thương ở niêm mạc, tổn thương ngứa. Bọt nước trong bệnh chốc thương hay kèm theo tổn thương khác của liên cầu như nét mép, viêm kẽ tai, dẫn mũi má.

2.4. Tiến triển- biến chứng:

- Bệnh chốc tiến triển lành tính nếu được điều trị tốt thường khỏi trong 7-10 ngày điều trị.

- Trường hợp nặng có thể sốt dai dẳng, tổn thương lan rộng đôi khi có tái phát.

- Có thể có một số biến chứng như: Chốc chàm hóa, chốc loét, viêm bạch mạch, viêm cầu thận cấp, nhiễm trùng máu.

2.5. Điều trị:

2.5.1. Điều trị toàn thân

Bằng các loại kháng sinh, kháng Histamin, các loại vitamin:

* Dùng kháng sinh toàn thân, có thể dùng một hoặc hai loại kháng sinh như sau: Lincomycin, Gentamycin, Peinicillin, Ampicillin, Erythiomyacin, Cefalecin, Bristopen v.v.

- Kháng Histamin như Sirô: Phenexgan, Histalon, Clorpheniramin, Loratadin, Clarityl hoặc Clatin v.v.

- Dùng các loại Vitamin C, Vitamin B2, Vitamin E.

2.5.2. Điều trị tại chỗ

Bằng các loại thuốc bôi như: Dung dịch Milian, Castellani, các loại thuốc mỡ kháng sinh như: Thuốc mỡ Gentamycin, mỡ Tetracyclin, mỡ Phoban hoặc Phobancor v.v.

3. Viêm nang lông

3.1. Đại cương

Viêm nang lông là tình trạng viêm nông một hoặc nhiều nang lông.

Bệnh gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhất là thanh thiếu niên và người trẻ.

Nguyên nhân chủ yếu là tụ cầu vàng.

Gặp ở nam nhiều hơn nữ.

3.2. Triệu chứng lâm sàng của viêm nang lông

3.2.1. Viêm nang lông nông:

Bắt đầu là lỗ chân lông xung đỏ, người đau nhẹ, sưng nhẹ vài ngày sau đó thành mụn mủ ngay lỗ chân lông, mụn mủ khô tạo thành vảy tiết màu nâu, khi bong vảy không để lại sẹo.

- Vị trí tổn thương thường gặp ở vùng trán, da đầu, cằm, mi mắt, lưng và chân tay.

- Triệu chứng cơ năng: Ngứa ở vùng tổn thương.

3.2.2. Viêm nang lông sâu:

Ngoài viêm ở lỗ chân lông còn có một số ổ viêm lưng chừng ở nang lông. Ban đầu là mụn mủ quanh lỗ chân lông, về sau tổn thương lan rộng và lan sâu xuống da trở thành một nút cộm, đau nhức như một cái nhọt nhỏ dẫn đến một áp xe thực sự ở trung bì và hạ bì của da.

Một thể viêm nang lông sâu đặc biệt gọi là Sycosis do tụ cầu vàng gây nên. Tiến triển dai dẳng, mạn tính ở các vùng nhiều lông như: Tóc, râu, lông nách, lông sinh dục. Đối tượng chủ yếu là người lớn, nam giới bị mắc bệnh nhiều hơn nữ giới.

3.3. Điều trị viêm nang lông

3.3.1. Thể viêm nang lông nông:

Chấm cồn Iod 1- 3% hoặc chấm dung dịch Betadin hoặc dung dịch Castellani, dung dịch Milian, Eosin.

- Làm sạch tổn thương bằng nước muối sinh lý 0,9% hoặc dung dịch thuốc tím 1/1000 và các loại nước lá có tanin như: Nước lá bàng hoặc nước chè xanh.

3.3.2. Thể viêm nang lông sâu:

Điều trị vùng tổn thương hàng ngày đắp dung dịch thuốc tím 1.10.000.

Làm bong bết vảy sau đó chấm dung dịch Betadin 5 – 10% hoặc dung dịch Castellani, dung dịch Milian, Eosin. Khi tổn thương khô bôi thuốc mỡ kháng sinh như: Neomycin, Gentamycin, Tetracyclin, Phoban hoặc Phobancor, kem Cymicin.

Trường hợp nặng có thể điều trị tại chỗ kết hợp với điều trị toàn thân bằng các loại kháng sinh như: Lincomycin, Gentamycin, Bristopen hoặc Ciprocin, Cephalecin kết hợp với kháng Histamin và các loại Vitamin.

4. Chăm sóc người bệnh viêm da nhiễm khuẩn

4.1. Nhận định

Việc nhận định phải toàn diện, đầy đủ, chi tiết. Khai thác tiền sử bệnh thông qua hỏi người bệnh hoặc người thân về hoàn cảnh xuất hiện bệnh đóng vai trò quan trọng. Các yếu tố nguy cơ như nghề nghiệp, môi trường sống, chế độ vệ sinh, các bệnh khác kèm theo.

Thăm khám da toàn thân tìm các tổn thương cơ bản điển hình. Xác định các tổn thương tiên phát, thứ phát. Phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc. Nhận định các triệu chứng cơ năng điển hình. Tình trạng tổn thương lan rộng, tiết dịch, chàm hóa.

Xác định các ảnh hưởng do bệnh làm người bệnh lo lắng như tổn thương lan rộng, lâu lành, tình trạng tái phát.

Thăm khám các cơ quan: tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, chú ý đến các dấu hiệu biến chứng có thể gặp.

Tham khảo các kết quả cận lâm sàng.

Đánh giá nhận thức của người bệnh về bệnh và khả năng tự chăm sóc.

4.2. Chẩn đoán chăm sóc

Dựa trên kết quả nhận định thực tế người bệnh, điều dưỡng cần xác định các vấn đề chăm sóc phù hợp, phụ thuộc vào các tổn thương hiện có và biến chứng dẫn đến các nguy cơ. Các chẩn đoán chăm sóc đối với người bệnh viêm da nhiễm khuẩn có thể là:

- Người bệnh sốt cao do nhiễm khuẩn.
- Người bệnh xuất hiện tổn thương mụn mủ, bóng mủ do phản ứng viêm.
- Dinh dưỡng không đáp ứng nhu cầu cơ thể do sốt, mệt mỏi.
- Nguy cơ biến chứng viêm cầu thận do tổn thương lan rộng.
- Nguy cơ tái phát bệnh do thiếu kiến thức tự chăm sóc và phòng bệnh.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Dựa trên các chẩn đoán chăm sóc đã có, các mục tiêu chăm sóc tương ứng cho người bệnh viêm da nhiễm khuẩn là:

- Làm giảm và hết sốt cho người bệnh.
- Người bệnh sẽ được giảm và hết tổn thương da.
- Người bệnh sẽ được cải thiện về dinh dưỡng.
- Người bệnh sẽ tránh được biến chứng.
- Người bệnh sẽ được cung cấp kiến thức và các biện pháp tự chăm sóc, phòng bệnh.

4.4. Nội dung chăm sóc

*Các biện pháp chăm sóc làm giảm và hết sốt cho người bệnh

-Người bệnh cần được nói rộng quần áo, chườm mát, chườm ẩm vùng trán, nách, bẹn. Bù nước, điện giải bằng cách uống ORS hoặc dung dịch thay thế nếu không có ORS. Truyền dịch, tụt nhiệt thuốc hạ sốt khi có chỉ định.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn thường xuyên tùy tình trạng bệnh.

- Cần giữ buồng bệnh thoáng mát, tránh gió lùa.

* Các biện pháp chăm sóc làm giảm và hết tổn thương da:

-Động viên người bệnh an tâm điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

- Vệ sinh da vùng tổn thương trước khi bôi thuốc tại chỗ bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch thuốc tím 1/10.000 pha loãng hoặc nước chè xanh pha loãng.

- Không chà xát, cào gãi tổn thương. Theo dõi tiến triển của tổn thương, phát hiện tổn thương mới.

* Các biện pháp cải thiện dinh dưỡng:

-Xây dựng chế độ ăn phù hợp với cơ thể người bệnh

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng, đủ calo cho người bệnh, thức ăn dễ tiêu, giàu đạm, vitamin B,C.

-Tránh các thức ăn dễ gây dị ứng và các chất kích thích

* Các biện pháp phòng ngừa biến chứng:

Điều trị và chăm sóc không phù hợp có nguy cơ đưa đến một số biến chứng cả toàn thân và biến chứng tại chỗ. Một số biện pháp chăm sóc sau có thể giúp hạn chế các biến chứng:

- Phát hiện bệnh và điều trị sớm, tích cực theo y lệnh.

- Thường xuyên tắm rửa với xà phòng, lau khô người mặc quần áo mềm rộng, thấm mồ hôi.

- Cắt móng tay, rửa tay sạch bằng xà phòng, tránh chà xát, gãi nhiều gây biến chứng.

-Tránh ở lâu những nơi ẩm thấp, thiếu ánh sáng, côn trùng đốt.

4.5. Đánh giá

Kết quả chăm sóc mong đợi đối với người bệnh viêm da nhiễm khuẩn là:

- Người bệnh hết hoặc không sốt.

- Tổn thương khô, bong vảy, không có tổn thương mới.

- Có kiến thức phòng bệnh.

GHI NHỚ:

- Triệu chứng lâm sàng bệnh chốc và viêm nang lông.

- Nội dung chăm sóc người bệnh viêm da nhiễm khuẩn.

LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Viêm da nhiễm khuẩn là tình trạng viêm cấp tính của da thường do các ký sinh trên da như tụ cầu, liên cầu gây ra khi có các yếu tố thuận lợi với các đặc điểm: sưng, nóng, đỏ, đau vùng da bị tổn thương.

A. vi khuẩn

B. virus

C. ký sinh trùng

Câu 2: Chốc là bệnh nhiễm khuẩn gây nên do tụ cầu hoặc liên cầu?

A. Đúng

B. Sai

Câu 3: Trong bệnh chốc, người ta có thể quan sát tổn thương nào sau đây

A. Mảng đỏ da có vảy.

B. Các cục.

C. Mụn nước, bóng nước hóa mủ nhanh.

D. Dày da.

E. Lichen hóa.

Câu 4: Vị trí nào dưới đây hay gặp trong bệnh chốc ở trẻ em :

A. Các kẽ ngón tay

B. Các hốc tự nhiên

C. Bẹn

D. Dương vật

E. Mông

Tailieu.vn

BÀI 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÀM (ECZEMA) (01 GIỜ)

GIỚI THIỆU:

Bệnh chàm hay viêm da dị ứng, với tính chất phổ biến của bệnh trong cộng đồng thì vai trò của nhân viên y tế rất quan trọng trong việc hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc và chăm sóc tổn thương tại nhà. Bài học này giúp người học nhận biết được tổn thương trên da trong bệnh chàm và thực hiện chăm sóc tổn thương.

MỤC TIÊU:

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh chàm.
- Trình bày được nội dung chăm sóc người bệnh chàm.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Bệnh chàm là một trong những bệnh da phổ biến, có thể tiên phát hoặc thứ phát, chiếm khoảng 15-20% so với bệnh ngoài da đến khám và điều trị tại phòng khám da liễu. Bệnh ngày một tăng, nhất là trong giai đoạn hiện nay nền công nghiệp nước ta đang phát triển, cùng với đó là việc sử dụng hóa chất ngày càng nhiều trong công nghiệp, nông nghiệp và trong sinh hoạt.

Bệnh chàm là một hiện tượng viêm bì, thượng bì, nguyên nhân phức tạp, thường phát sinh do một quá trình phản ứng của da trên một cơ địa đặc biệt dễ phản ứng với dị nguyên ở trong và ngoài cơ thể với biểu hiện lâm sàng đa dạng tiến triển dai dẳng hay tái phát.

2. Nguyên nhân:

Bệnh chàm thường phát sinh do 2 yếu tố cơ địa và phản ứng với dị nguyên.

1.1. Cơ địa: Bệnh chàm thường gặp ở những người có cơ địa đặc biệt dễ nhạy cảm với các dị nguyên.

Ví dụ: Có những người có cơ địa hay cảm với cao su, với lông vũ, với sơn tay “sơn ăn tùy mặt v.v.”

1.2. Phản ứng với kháng nguyên, dị ứng nguyên gồm: Các yếu tố từ bên ngoài hoặc trong cơ thể.

- Yếu tố từ bên ngoài như: Hóa chất, ánh sáng, nước, xà phòng, thực phẩm cây cỏ, thuốc men.

- Yếu tố từ bên trong như: Bệnh ở gan, bệnh giun sán, các ổ nhiễm khuẩn kinh điển ở đường tiêu hóa và tai mũi họng v.v.

3. Triệu chứng lâm sàng

* **Tổn thương cơ bản:** Là mụn nước tiến triển qua 5 giai đoạn.

3.1. Giai đoạn tẩy đỏ:

Do đỏ hơi gợn ngứa và có thể phù nề.

2.2. Giai đoạn mụn nước:

Trên nền hồng ban, bài giờ hoặc vài ngày sau sẽ xuất hiện những mụn nước nông, nhỏ sắp xếp thành mảng, mụn nước rất ngứa.

2.3. Giai đoạn chảy nước:

Các mụn nước có thể dập vỡ tự nhiên hoặc do gãi mà vỡ làm rỉ nước vàng, ở chỗ mụn nước trọt ra, nước liên tục đùn lên gọi là giềng chàm.

2.4. Giai đoạn da nứt: