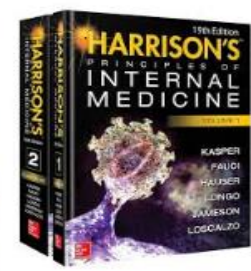




TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



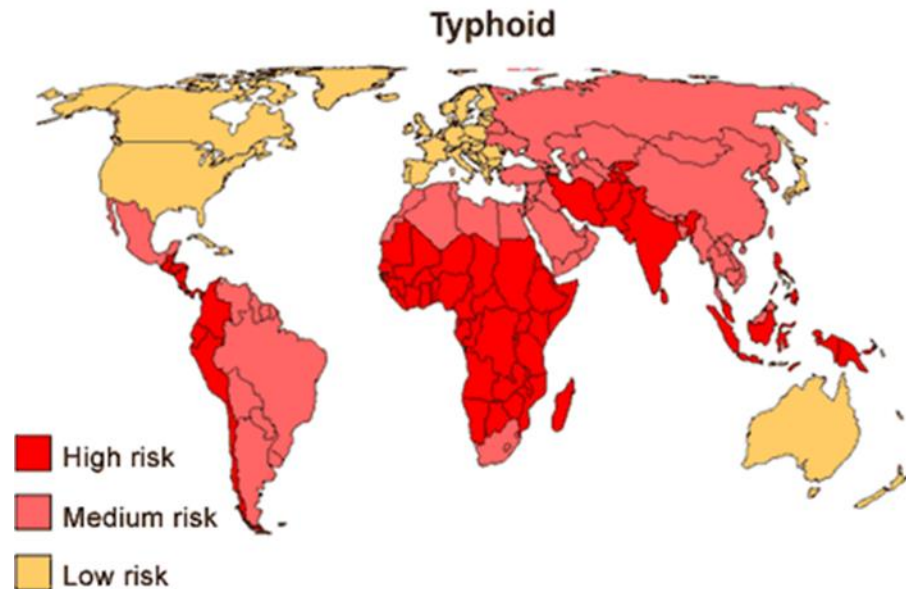
CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của bệnh tả, lỵ, thương hàn
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm bệnh tả, lỵ, thương hàn.
3. Nêu được nguyên tắc điều trị và hướng xử trí thích hợp của từng bệnh.



Những xác ướp được chôn tập thể do bệnh dịch tả bùng phát xung quanh thành phố ở bang Guanajuato vào năm 1833

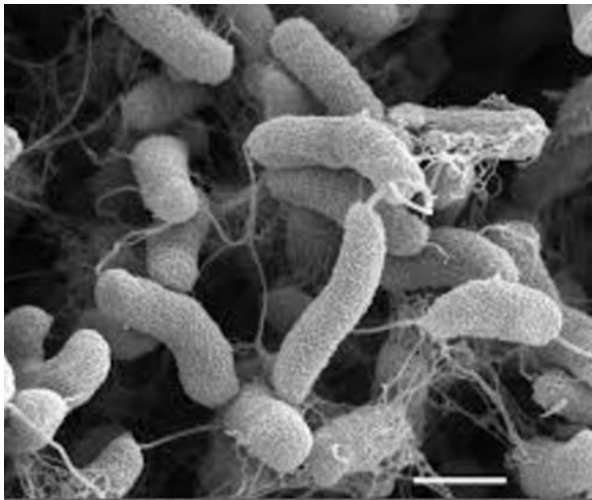


1. Bệnh Tả (Cholera)

1.1 Định nghĩa

Bệnh tả (cholerae) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch đường tiêu hoá do phẩy khuẩn tả *Vibrio cholerae* gây ra.

Biểu hiện chủ yếu bằng nôn và tiêu chảy với số lượng lớn dẫn đến mất nước và điện giải trầm trọng, gây sốc nặng.



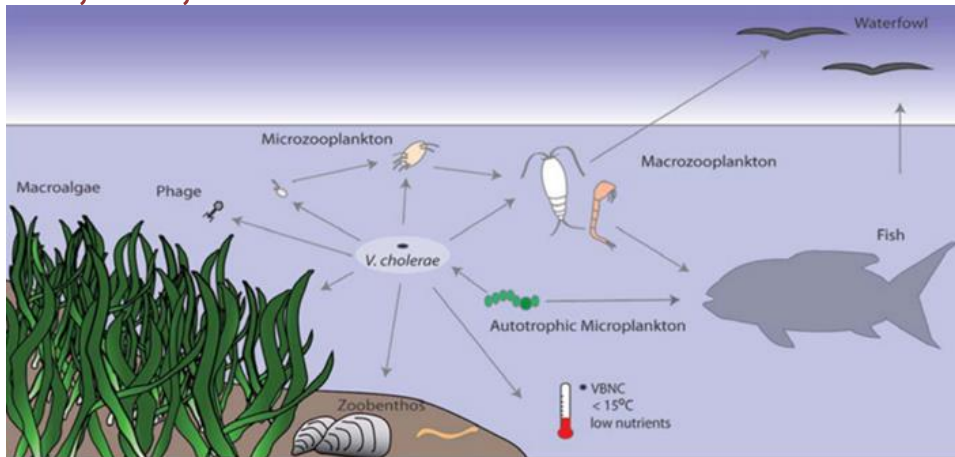
1.2 Nguyên nhân - nguồn lây & cơ chế bệnh sinh

Tả là bệnh "tối nguy hiểm" do *Vibrio cholerae* gây ra.

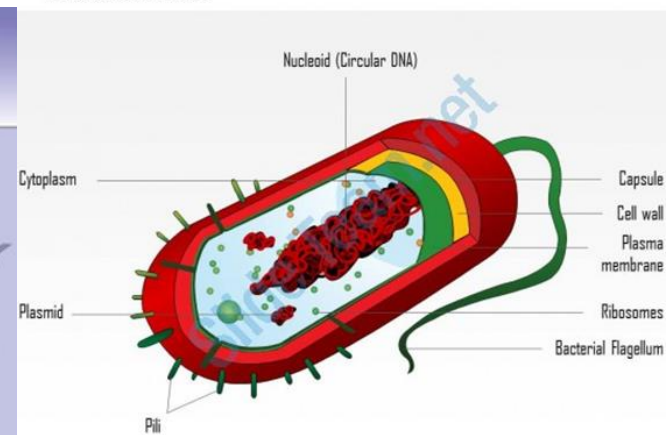
Vi khuẩn cong hình dấu phẩy, Gram âm, di động nhanh nhờ có một lông, có khả năng tồn tại trong nước và thức ăn khoảng một tuần.

Vi khuẩn tả dễ bị tiêu diệt bởi nhiệt độ và các chất diệt khuẩn thông thường.

Phẩy khuẩn thích hợp môi trường kiềm, ở động vật biển sò, cá, cua.



Vibrio Cholerae



- *V. cholerae* sinh ra ngoại độc tố ruột LT (thermolabile toxin); độc tố ruột gắn vào niêm mạc ruột non, hoạt hoá enzyme adenylcyclase dẫn đến tăng AMP vòng, làm giảm hấp thu Na^+ , tăng tiết Cl^- và nước gây tiêu chảy cấp tính.
- Phẩy khuẩn có thể sản xuất ra men Mucinase & Neuraminidase làm giảm tác dụng bảo vệ của chất nhày và gây tổn thương cấu trúc gangliosides của màng tế bào niêm mạc ruột. Làm phù nề, xung huyết niêm mạc ruột, nhưng không có hiện tượng "bong" hay "tróc" niêm mạc.
- 90% là người mắc nhẹ là nguồn lây nguy hiểm...
- Miễn dịch lâu bền, không miễn dịch chéo giữa chủng O1 và O139.

1.3 Triệu chứng

• 1.3.1 Lâm sàng

a. Thể điển hình

- Ủ bệnh: Từ vài giờ đến 5 ngày.
- Khởi phát: Biểu hiện bằng sôi bụng & đầy bụng, tiêu chảy vài lần.
- Thời kỳ toàn phát: Tiêu chảy liên tục rất nhiều lần với khối lượng lớn, có khi hàng chục lít một ngày. Phân tả điển hình toàn nước, màu trắng lò đục như nước vo gạo, không có nhầy máu. Nôn, bệnh nhân nôn rất dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau toàn nước. Bệnh nhân thường không sốt, ít khi đau bụng. Mất nước và điện giải nặng gây mệt lả, chuột rút...
- Thời kỳ hồi phục: Bệnh diễn biến từ 1-3 ngày nếu được bù đủ nước và điều trị kháng sinh.



Bảng 1. Các mức độ mất nước

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	< 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu
Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mất	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên

b. Các thể khác

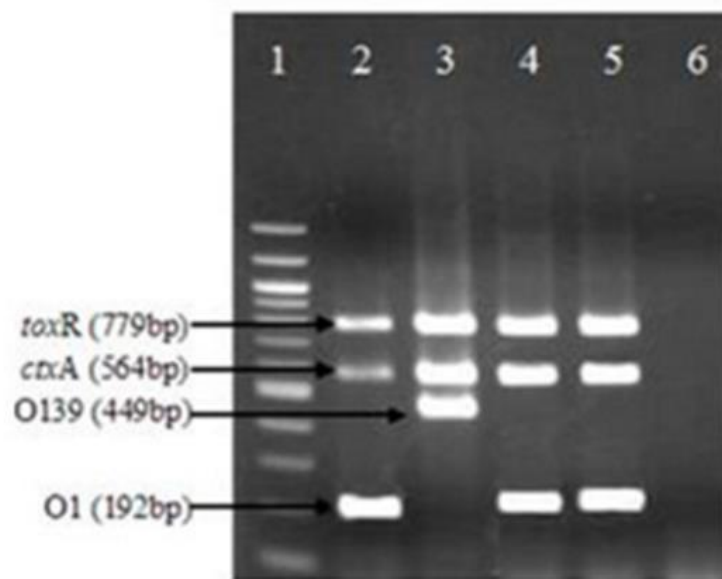
- Thể không triệu chứng
- Thể nhẹ ~ giống như tiêu chảy thường.
- Thể tối cấp: Bệnh diễn biến nhanh chóng, mỗi lần tiêu chảy mất rất nhiều nước, vô niệu, toàn thân suy kiệt nhanh chóng sau vài giờ và tử vong do trụy mạch.
- Bệnh tả ở trẻ em:
Gặp phổ biến thể nhẹ giống như tiêu chảy thường.
Ở trẻ lớn tiêu chảy và nôn giống như người lớn, thường có sốt nhẹ.
- Tả ở người già:
Hay gặp biến chứng suy thận mặc dù đã được bù dịch đầy đủ.



Fig.3. Patient with severe course of cholera

1.3.2 Xét nghiệm

- + Soi phân: Giúp chẩn đoán nhanh.
Có thể soi phân dưới kính hiển vi nền đen sẽ thấy phẩy khuẩn tả di động mạnh.
Nhuộm Gram thấy hình ảnh phẩy khuẩn không bắt màu Gram
- + Cấy phân cho kết quả sau 24 giờ
- + Kỹ thuật PCR tìm gen CTX:
giúp chẩn đoán nhanh
(nếu có điều kiện).
- + Cô đặc máu, giảm Kali ...



1.4. Điều trị

Nguyên tắc

- Cách ly bệnh nhân.
- Bồi phụ nước và điện giải nhanh chóng và đầy đủ.
- Dùng kháng sinh để diệt vi khuẩn.

TREATMENT

- The most important part of therapy consists of correction water and electrolyte imbalance to correct severe dehydration and salt depletion.
- Oral Tetracycline tends to reduce stool output in cholera and shortens the period of excretion of vibrio's
- In some endemic areas tetracycline resistance has emerged the genes are carried by transmissible plasmids



2. Lỵ trực trùng (Shigellosis)

2.1 Định nghĩa

Là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở ruột do trực khuẩn *Shigella* gây ra.

Đây là một bệnh tiêu chảy nguy hiểm nhất trong các loại bệnh tiêu chảy và là một bệnh phổ biến ở các nước nhiệt đới đang phát triển như nước ta, có thể xảy ra các vụ dịch lớn, tỷ lệ tử vong còn cao có nơi lên đến 15%.

Biểu hiện bệnh lý thay đổi từ thể tiêu chảy nhẹ đến các thể bệnh nặng với hội chứng lỵ và hội chứng nhiễm trùng độc.



2.2 Nguyên nhân và nguồn lây

Shigella là một loại trực khuẩn gram âm, không di động, thuộc họ Enterobacteriaceae.

Dựa vào đặc điểm kháng nguyên thân O và các đặc tính sinh hóa, người ta chia là 4 nhóm chính A,B,C,D.

Số lượng vi khuẩn thải ra trong phân người bị lỵ khoảng 10^6 - 10^8 vi khuẩn / gram phân.

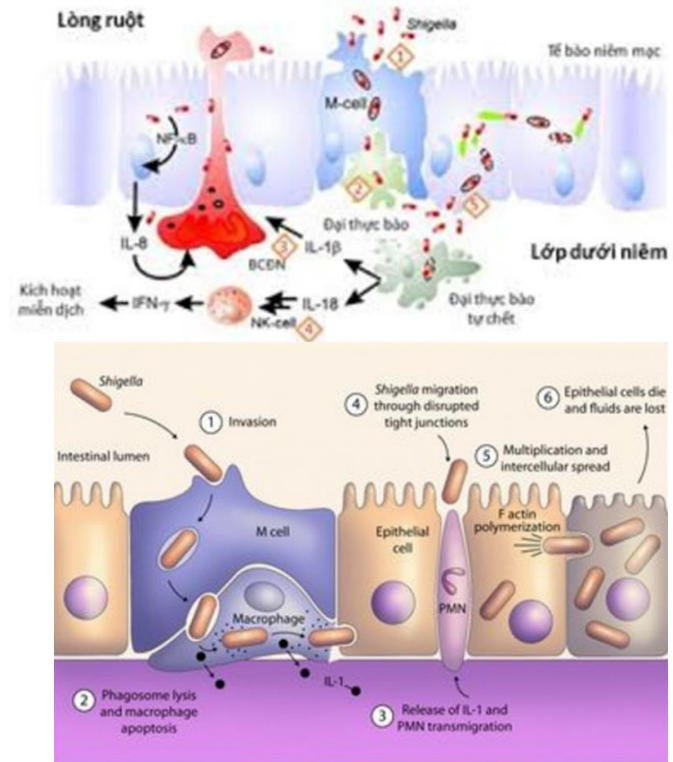
Shigella có thể sống trên 30 ngày ở trong sữa, trứng, chúng có thể tồn tại 3 ngày trong nước biển.

Người là nguồn bệnh duy nhất, có thể người bệnh, người đang thời kỳ hồi phục, người lành mang trùng.

Nếu không điều trị, người bệnh có thể thải vi khuẩn kéo dài từ 7-12 ngày.

Bệnh thường lây truyền trực tiếp từ người sang người qua trung gian tay bẩn hoặc vật dụng bị nhiễm, có thể lây gián tiếp qua thức ăn nước uống.

Ruồi đóng vai trò quan trọng trong cơ chế truyền bệnh



2.3 Cơ chế bệnh sinh

- Các loại *Shigella* có nội độc tố. Ngoài ra *S.dysenteriae* I (trực khuẩn Shiga) còn tiết ra ngoại độc tố với một lượng đáng kể gọi là Shigatoxine, ngoại độc tố này có khả năng ức chế không phục hồi sự sinh tổng hợp protein của tế bào, có tác dụng như một enterotoxine.
- Ngoại độc tố gồm 2 bán đơn vị là phần gắn dính và phần hoạt hóa.
- Do tính chất đề kháng với acid dạ dày, shigella dễ dàng xâm nhập vào đường tiêu hóa. Sau thời gian ủ bệnh 24 - 72h, vi khuẩn vào ruột non và đến xâm nhập vào tế bào thượng bì ruột già, tăng sinh trong nội bào gây nên phản ứng viêm cấp tính lớp niêm mạc đại tràng, gây loét lan rộng với chất xuất tiết chứa tế bào niêm mạc ruột già bị bong, bạch cầu đa nhân, hồng cầu.

2.4 Triệu chứng

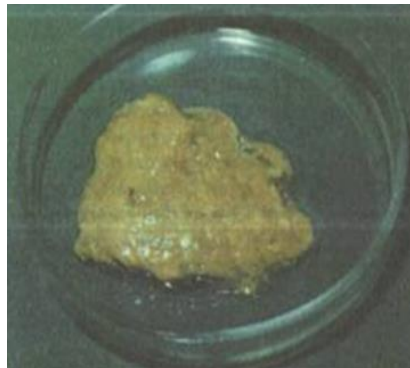
2.4.1 Lâm sàng thể điển hình

a. Thời kỳ ủ bệnh :

Không có triệu chứng lâm sàng, thường kéo dài 12- 72 giờ (trung bình 1- 5 ngày).

b. Thời kỳ khởi phát:

Bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu như sốt cao đột ngột, ớn lạnh, đau nhức toàn thân, nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn, buồn nôn kèm theo tiêu chảy và đau bụng



c. Thời kỳ toàn phát:

- Bệnh diễn biến thành bệnh cảnh lý đầy đủ đi cầu phân nhầy máu với đau bụng quặn dọc khung đại tràng, mót rặn là cảm giác bệnh nhân muốn đi cầu nhưng không đi được, mót rặn do co thắt cơ trơn hậu môn.
- Mót rặn nhiều có thể làm sa trực tràng và trong những thể nặng gây liệt cơ vòng hậu môn làm hậu môn giãn rộng.
- Đi cầu nhiều lần trong ngày từ 20-60 lần/ngày, phân ít, có nhầy máu, về sau không có chất phân.
- Trong thời kỳ này bệnh nhân còn sốt nhưng nhẹ hơn, người mệt mỏi, thể trạng suy sụp, mặt hốc hác, môi khô lưỡi vàng bẩn.

d. Thời kỳ lại sức:

Thường sau 1-2 tuần , nếu không điều trị bệnh cũng có thể tự cải thiện.

Ở thể nặng thời kỳ lại sức kéo dài, thể tối cấp có thể đưa đến hôn mê và tử vong

2.4.2. Thể nặng tối cấp:

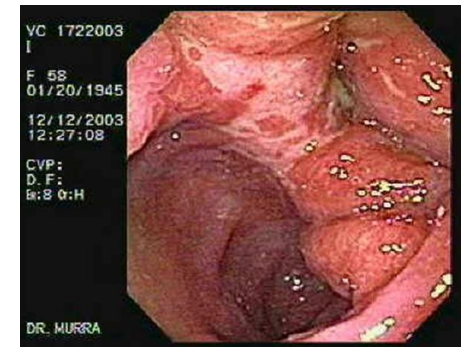
Xảy ra với sốt cao run lạnh, lơ mơ, đi cầu ra máu ồ ạt, người suy kiệt, rối loạn nước và điện giải dẫn đến suy tuần hoàn, suy thận, dễ gây tử vong thường do *S. dysenteriae* type 1.

2.4.3. Thể lỵ kéo dài hay thể lỵ suy kiệt

2.4.4. Thể không điển hình

a. Thể ỉa chảy

b. Thể nhẹ (thường do nhiễm *S. sonnei*)



2.4.5 Xét nghiệm

- Công thức máu - Ít có giá trị chẩn đoán, bạch cầu tăng với đa nhân trung tính tăng, đôi khi kèm phản ứng tuỷ gây tăng bạch cầu máu $> 30.000 \text{ bc/mm}^3$ máu (hiếm)...
- Huyết thanh chẩn đoán: Ít có giá trị chẩn đoán trên thực tế (miễn dịch huỳnh quang trực tiếp...)
- Xét nghiệm phân: Tỷ lệ phân lập vi trùng từ phân tươi thấp nên cần cấy phân 3 ngày liên tục, kết quả (+) đạt được trong 24 h sau khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ cao nhất là trong 3 ngày đầu của bệnh và kéo dài vài tuần nếu không điều trị kháng sinh.
- Soi trực tràng : Thấy hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc trực tràng với những ổ loét cạn có xuất huyết.

2.5 Điều trị

a. Điều trị đặc hiệu

Kháng sinh có vai trò rút ngắn thời gian bệnh và thời gian thải khuẩn ra phân, dùng kháng sinh ngầm qua niêm mạc ruột.

Một số kháng sinh mới có hiệu quả tốt trong điều trị như thuốc floxacin, ciprofloxacin, ceftriaxone.



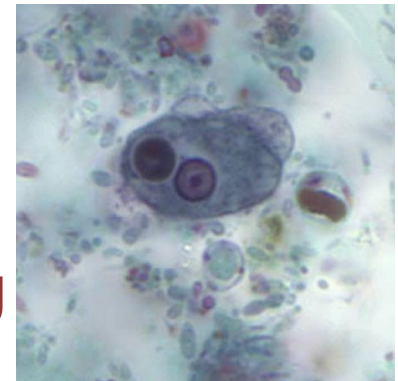
b. Điều trị triệu chứng

- Bồi hoàn nước và điện giải: ORS uống sớm hoặc chuyển dịch nếu mất nước và điện giải
- Không dùng thuốc giảm nhu động ruột và giảm đau.
- Hạ nhiệt khi sốt cao, kèm theo an thần phòng co giật.

3. Ly Amip (Intestinal Amebiasis)

3.1 Định nghĩa

- Ly amip: Là tình trạng nhiễm trùng ở ruột già do *Entamoeba histolytica*.
- Nhiễm Amip: là mang *E.histolytica* có hay không có triệu chứng lâm sàng.
- Theo tổ chức Y tế thế giới , bệnh amip được phân loại như sau :
 - a. Bệnh amip không triệu chứng
 - b. Bệnh amip có biểu hiện lâm sàng:
 - . Bệnh amip ruột: Ly amip, Viêm đại tràng mãn, U Amip, Viêm ruột thừa do Amip
 - . Bệnh amip ngoài ruột: Bệnh Amip gan, phổi, não, ...



3.2 Nguyên nhân và nguồn lây

Bệnh nguyên:

Entamoeba gây bệnh cho người tồn tại ở ba dạng:

a. Thể hoạt động ăn hồng cầu

Đường kính 30-40 micromet, tìm thấy trong phân bệnh nhân ly cấp tính, có giả túc, trong tế bào chất có không bào, hồng cầu và 1 nhân. Các hồng cầu bị ăn có hình dạng như những thể vùi tối màu.

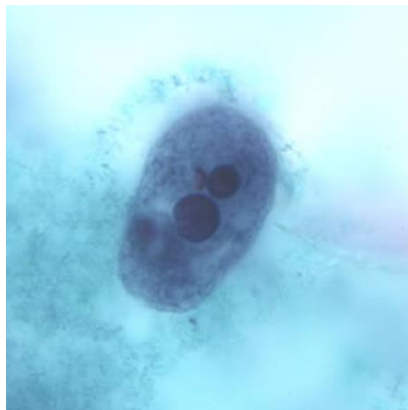
b. Thể hoạt động chưa ăn hồng cầu

Tìm thấy trong phân ngoài giai đoạn cấp tính, đường kính 14-16 micromet, các giả túc di chuyển chậm, trong tế bào chất không có hồng cầu, chỉ có vi trùng và glycogen.

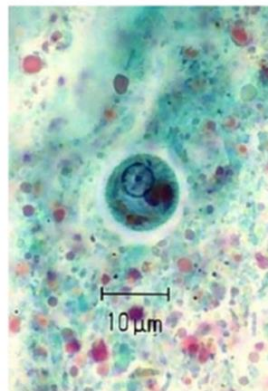
c. Thể bào nang (kén)

Đường kính 10-15 micromet, hình cầu, chiết quang, kén non có một nhân, kén trưởng thành có 4 nhân .

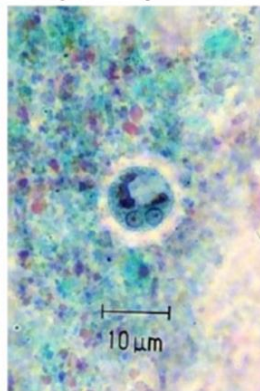
- Người mang kén amip là nguồn lây duy nhất: người bệnh, người vừa khỏi bệnh, người lành mang kén là nguồn lây quan trọng nhất, phương thức lây gián tiếp qua ruồi, côn trùng là phổ biến, lây trực tiếp và lây qua đường tình dục đồng tính hiếm hơn.
- Trong phân của bệnh nhân vừa có thể dưỡng bào, vừa kén. Thể dưỡng bào dễ bị tiêu hủy, trái lại kén có sức sống cao .



Entamoeba histolytica cysts



uninucleate cyst



binucleate cyst



3.3 Cơ chế sinh bệnh

- Amip có gây hoại tử mô nhờ enzym tiêu hủy protein tổ chức. Sau khi nuốt, kén amip vào đến ruột non nguyên vẹn. Tại ruột non, dưới tác dụng của dịch tiêu hóa, màng bọc kén bị vỡ ra, bào nang 4 nhân biến thành 8 nhân, từ đó phân chia ra thành 8 Amip.
- Thể không ăn hồng cầu ký sinh trên niêm mạc ruột, ăn vi trùng và các bã thức ăn. Có thể chuyển thành dạng tiền kén rồi kén, hay chuyển sang thể ăn hồng cầu tạo các vết loét chảy máu đồng thời kích thích đám rối Meissner và Auerbach, làm tiết chất nhầy qua cơ chế phản xạ, gây co thắt và tăng nhu động ruột. Nếu loét nhiều lâm sàng nặng nề, nếu loét ít chỉ tiêu chảy nhẹ.
- Nếu vết loét xơ hoá nằm cạnh nhau có thể gây biến dạng đại tràng dẫn đến viêm đại tràng mãn.

3.4 Triệu chứng

3.4.1 Lâm sàng Thể cấp diễn

a. Thời kỳ ủ bệnh : khó xác định

b. Thời kỳ khởi phát

Thường âm thầm, không sốt hay sốt nhẹ (nếu có bội nhiễm),

toàn thân ít thay đổi, có thể ỉa chảy vài lần trong ngày, đau bụng mơ hồ ...

c. Thời kỳ toàn phát: diễn hình với hội chứng ly

+ Toàn thân ít thay đổi, có thể sốt nhẹ, không có dấu hiệu mất nước

+Hội chứng lỵ :

- Đau bụng quặn, mót rặn .

- Tính chất phân:

lúc đầu bệnh nhân có thể đi cầu phân lỏng về sau phân nhiều nhầy lẫn máu đỏ hay nâu, trung bình 10-12 lần/ngày, có khi phân thành khuôn, nhầy máu bám xung quanh và cuối cùng có vài giọt máu.

Ở người già và trẻ suy dinh dưỡng, hội chứng lỵ không điển hình, có khi chỉ đi cầu máu.

d. Thời kỳ lui bệnh

Bệnh có thể tự ổn định và tái phát khi gặp yếu tố thuận lợi

e. Giai đoạn di chứng

Bệnh có xu hướng mạn tính nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, dễ gây di chứng viêm đại tràng mãn.

3.4.2 Xét nghiệm

a. Soi tươi : Tìm thấy amip thể dưỡng bào ăn hồng cầu di động, hồng cầu đứng đám, bạch cầu, kén amip 1-4 nhân, tinh thể Charcot Leyden.

b. Nội soi trực tràng

c. Xquang ruột già:

d. Huyết thanh chẩn đoán

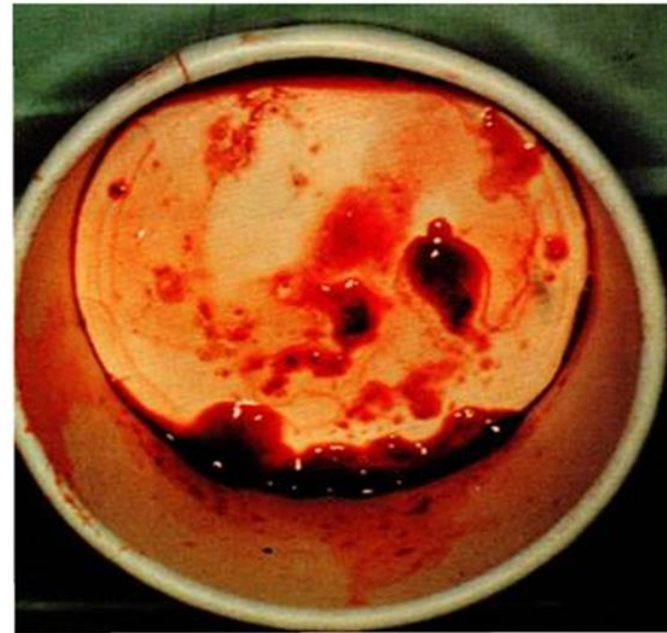


Fig.11. "Raspberry jelly" stool in amebiasis

3.5 Điều trị

Amip đại tràng cấp : Dùng Metronidazole,

- CƠN ĐAU GIẢM SAU 24- 48 giờ, phân trở về bình thường sau 2-3 ngày, amip biến mất trong phân sau 3-6 ngày, tổn thương ở trực tràng thành sẹo sau 10- 15 ngày.

- Cuối đợt kiểm tra phân nhiều lần, nếu chưa sạch kén thì phải điều trị thêm thuốc diệt amíp không khuyếch tán để tránh tái phát hay chuyển sang mạn tính.

Người mang kén trong phân không triệu chứng: Diloxanide furoate, Diidohydroxyquin, Metronidazole, Paramomycine.

Bệnh amip gan: Metronidazole thêm iodoquinole hay dehydroemetin hay Chloroquin



4. Bệnh thương hàn (Salmonellose)

4.1 Định nghĩa:

- Thương hàn do *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi* A,B,C gây ra.
- Lây theo đường tiêu hóa, có bệnh cảnh lâm sàng phong phú: sốt, nhức đầu, thường gây sốt kéo dài nếu không được điều trị, có thể gây biến chứng.

4.2 Nguyên nhân và nguồn lây

- Nhóm *Salmonellae*, trực khuẩn, có lông, di động, ái khí và kỵ khí tùy nghi, nội bào tùy ý, sống lâu trong mật.
- Kháng nguyên H (lông vi khuẩn), kháng nguyên O (thân vi khuẩn) là nội độc tố được giải phóng khi vi khuẩn bị phân hủy. Vi - kháng nguyên bề mặt, phản ánh độc tính vi khuẩn, cho phép tránh sự thực bào.
- Vi khuẩn thương hàn tồn tại lâu môi trường bên ngoài.

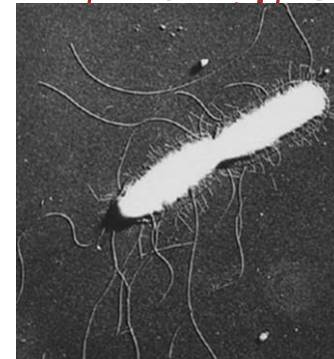
Cách thức lây truyền: có 2 cách lây

- Trực tiếp:

- + Do tiếp xúc trực tiếp các chất thải của bệnh nhân có vi khuẩn như phân, nước tiểu, đồ dùng-quần áo;
- + Từ người lành mang mầm bệnh hoặc bệnh nhân.

- Gián tiếp:

- + Lây chủ yếu, thức ăn, nước uống nhiễm khuẩn.
- + Ruồi đóng vai trò lây truyền bệnh;
- + Nguồn nước như sông, giếng, ao bị nhiễm khuẩn;
- + Thực phẩm như ốc, sò, hến, rau, thịt, trứng, sữa bị nhiễm khuẩn.



4.3 Cơ chế bệnh sinh

- Sau khi ăn hay uống vào, vi khuẩn vượt qua hàng rào của dạ dày để tới ruột non.
- *Salmonella* xâm nhập vào máu qua phần trên của ruột non, gây nên vi khuẩn huyết không triệu chứng và thoát qua sẽ bắt đầu theo thời kỳ ủ bệnh. Các vi khuẩn *Salmonella* này bị các đại thực bào bắt.
- Do chưa có kháng thể đặc hiệu diệt khuẩn, các vi khuẩn bị thực bào trong dạng còn sống, do đó các vi khuẩn này phát triển và nhân lên trong đại thực bào nhờ vào các yếu tố nội tại của vi khuẩn (kháng nguyên Vi), giúp cho vi khuẩn đề kháng sự thực bào,

- Khi lượng vi khuẩn trong đại thực bào đạt mức độ tối đa, chúng làm vỡ rồi vào máu, một số bị ly giải giải phóng nội độc tố thúc đẩy tình trạng miễn dịch qua trung gian tế bào, đặc biệt là hoạt hóa tế bào Lympho T, gây ra đáp ứng viêm toàn thân tạo nên tình trạng sốt kéo dài trên lâm sàng.
- Tiếp đến vi khuẩn xâm nhập vào tổ chức để tạo nên một số triệu chứng: viêm túi mật, chảy máu tiêu hóa, thủng ruột...
- Khi xâm nhập túi mật, các mảng Peyer vi khuẩn lại vào lòng ruột, nên tuần thứ 2 cây phân dương tính. Xâm nhập vào thận, cây nước tiểu dương tính.

- Nội độc tố vi khuẩn lipopolysaccharide (LPS) góp phần gây sốt, hạ BC, + và các triệu chứng toàn thân khác qua trung gian của cytokin phóng thích ra từ các đơn nhân đại thực bào, khi cơ thể bị nhiễm Salmonella.
- Bệnh có miễn dịch bền ít khi mắc lại lần 2.



4.4 Triệu chứng

4.4.1 Lâm sàng - Thể bệnh điển hình

a. Thời kỳ ủ bệnh: Thường là 15 ngày, ngắn dài phụ thuộc vào lượng vi khuẩn xâm nhập, không triệu chứng.

b. Thời kỳ khởi phát: Trung bình 1 tuần, bệnh có tính chất tăng dần.

+ Ảnh hưởng toàn thân : nhức đầu, mệt mỏi, mất ngủ.

+ Sốt: lúc đầu nhẹ, tăng dần lên trong vòng 4-7 ngày, sáng thấp chiều cao, chênh 0,5 +10C, sốt nóng có khi kèm theo lạnh run.

+ Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, táo bón, buồn nôn.

+ Chảy máu cam: 1+2 lần.

+ Khám lâm sàng:

- Lưỡi đỏ hoặc trắng bản, bụng chướng nhẹ, lách đục.

- Mạch nhiệt phân ly (dấu cổ điển) hiện nay ít gặp.

c. Thời kỳ toàn phát

* Bắt đầu tuần thứ 2, kéo dài 2 + 3 tuần.

+ Nhức đầu, ù tai, lãng tai.

+ Dấu hiệu toàn thân: người rất mệt, mất ngủ.

+ Sốt: mức tối đa $39,5 + 41^{\circ}\text{C}$, liên tục dạng cao nguyên, sáng chiều chênh nhau $0,5^{\circ}\text{C}$.

+ Rối loạn tiêu hóa: phân lỏng vàng, có khi đen, 2 -3 lần/ngày, có khi tiêu chảy nhiều lần, chán ăn, đau bụng lan tỏa.

+ Dấu Typhos:

Vẻ mặt bất động, lơ đãng, nhìn chăm chăm mắt không chớp nháy, thỉnh thoảng nói lảm nhảm, lay gọi không trả lời.



* Khám lâm sàng:

- Mạch nhiệt phân ly (hiếm gặp).
- Bụng chướng, óc ách hố chậu phải, lách to mềm, gan to nhẹ, ấn đau.
- Đáy phổi phải gõ đục; hoặc vài ran phế quản, có khi ở cả 2 phổi; ho khan.
- Hồng ban có thể gặp, 3 dạng:

Ban dát: gặp ở lưng, ngực, tay, chân là một đám hồng ban có giới hạn rõ ràng

Ban bèo tấm: gặp ở bụng, vùng trước 2 mạng sườn, dưới vú, trên rốn, không bao giờ quá 30 nốt

Ban dạng sởi: như sởi, mọc một lúc từ đầu xuống chân.



- Loét họng Duguet: Ổ loét ở trụ trước màn hầu, đối xứng, bầu dục, đáy sạch, nuốt không đau, họng không đỏ, không sưng hạch vệ tinh.
- Mạch nhanh, tim nhanh, có khi tiếng tim mờ (viêm cơ tim). Lưỡi khô bẩn.

d. Thời kỳ lui bệnh

- Được điều trị kháng sinh sau 3 ngày (tối thiểu) + 7 ngày (tối đa) nhiệt độ hạ dần, thời kỳ lại sức ngắn.
- Nếu bệnh nhân không được điều trị sẽ thời kỳ lui bệnh kéo dài, hồi phục kéo dài.

e. Thể lâm sàng khác: Thể khởi phát bất thường; Thể bệnh theo tuổi, cơ địa; Thể phối hợp (Bệnh thương hàn có thể phối hợp với một bệnh khác, làm cho bệnh cảnh lâm sàng phức tạp thêm, khó chẩn đoán).

4.4.2 Xét nghiệm

a. Công thức máu

Bạch cầu giảm hoặc thường, $4-5 \times 10^9/L$.

b. Cây máu

Tỷ lệ (+) 80-90% tuần đầu, 50% tuần thứ 2, về sau tỷ lệ thấp (cây máu trước dùng KS).

c. Cây phân

Kết quả (+) cao tuần thứ 2; chẩn đoán bệnh và phát hiện người mang mầm bệnh (sau 1 năm (+)).

e. Phản ứng Widal

+ Tối thiểu XN 2 lần để xác định động lực kháng thể.

+ Kháng thể O (+) ngày thứ 7-10, tồn tại 3 tháng.

+ Kháng thể H (+) ngày thứ 12 -14, tồn tại nhiều năm.

O có giá trị hơn H. Nồng độ kháng thể O = 1/100,

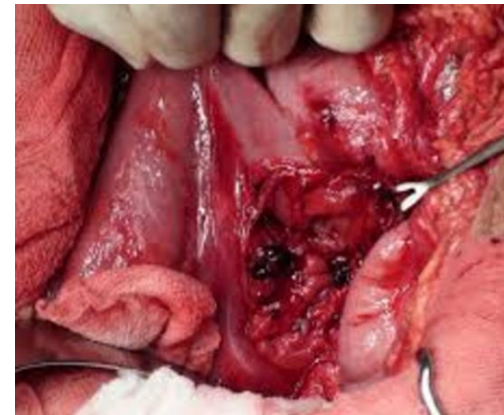
H = 1/200 là (+) ở người chưa chủng ngừa.

* Tóm lại, để chẩn đoán xác định bệnh thương hàn:

- Bệnh cảnh lâm sàng
- Cây máu hoặc cấy phân hoặc cấy tủy (+).
- Widal (+) với động lực kháng thể cao.

Một số kỹ thuật chẩn đoán mới:

- Phương pháp ELISA
- Phương pháp ngưng kết hồng cầu thụ động
- Phương pháp PCR (phản ứng chuỗi polymerase)



4.5 Biến chứng

4.5.1 Biến chứng tiêu hóa

a. Xuất huyết tiêu hóa

Loét các mảng Peyer làm vỡ mạch máu; xuất huyết nhẹ đi cầu phân đen; xuất huyết nặng phân có nhiều máu bầm, máu tươi, người bệnh mệt lả, xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

Xuất huyết tiêu hóa báo trước dấu hiệu thủng ruột.

b. Thủng ruột

- Thường râm rộ, đau bụng dưới hoặc hố chậu phải, bụng chướng, phản ứng thành bụng (+).
- Khám: bụng cứng, túi cùng đau, bí trung đại tiện, vùng đục trước gan mất, huyết áp tụt, mạch nhanh, nhiệt độ hạ, bệnh nhân rơi vào tình trạng sốc,
- Xquang: liềm hơi dưới cơ hoành
- Xử trí: mổ cấp cứu, hồi sức nội khoa.

4.5.2 Biến chứng tim mạch

Viêm cơ tim: Nhịp tim nhanh, tiếng tim mờ, loạn nhịp, tiếng ngựa phi, gây suy tim cấp, tiên lượng xấu...

Trụy tim mạch: Nhiệt độ tụt, huyết áp hạ, mạch nhanh, chân tay lạnh, da nhợt nhạt, vã mồ hôi...

Các biến chứng hiếm gặp khác: Viêm màng ngoài tim, nội tâm mạc; viêm động mạch chi dưới, tĩnh mạch...

4.5.3 Biến chứng thần kinh

a. Não viêm thương hàn Biến chứng nặng, ảnh hưởng đến não giữa, thành não thất, các nhân xám trung ương, vùng trán bên hoặc toàn bộ trục thần kinh.

b. Viêm màng não thương hàn Thường gặp ở trẻ em hơn là người lớn, có khi nước não tủy trong, tăng lymphô hoặc mờ đục, có khi cấy *Salmonella typhi* (+); có khi chỉ là phản ứng màng não.

4.6 Điều trị

Các thuốc

Cổ điển như Chloramphenicol, Bactrim, Ampiciline.

Thuốc mới như Cephalosporine thế hệ II (cefuroxim), III (cefotaxim...);

Tuy nhiên, nước ta một số nơi vi khuẩn thương hàn kháng acid nalixidic, Fluoroquinolon rất hiệu quả. Khi dùng Fluoroquinolone thời gian cắt sốt dài hơn (7 ngày ; thường 3 ngày).



5.1 Phòng bệnh không đặc hiệu

- Vệ sinh môi trường, phân, nước, rác . Xử lý phân, chất thải tốt. Vệ sinh an toàn thực phẩm. Giáo dục ý thức vệ sinh. Ăn chín, uống sôi, rửa tay sạch sẽ...
- Bệnh Tả thường tạo ra các vụ dịch lớn, lây lan nhiều, cần có biện pháp phòng và dập dịch tốt.
- Đối với người bệnh thương hàn: sau khi bình phục có khoảng 5-10% số bệnh nhân trở thành người lành mang mầm bệnh và tiếp tục thải vi khuẩn ra ngoài, khoảng 1-4% mang mầm bệnh mãn tính và tiếp tục thải vi khuẩn trong nhiều năm, khoảng 10% tái phát sau khi đã khỏi hẳn.
- Vì vậy bệnh nhân cần được: Cách ly ở bệnh viện trong thời gian cấp tính. Tẩy uế, sát trùng phân, chất thải của bệnh nhân và các đồ dùng trong gia đình bệnh nhân.

- + Khi ra viện phải được y tế giám sát đến khi nuôi cấy phân 3 lần liên tiếp không thấy vi khuẩn gây bệnh (lần 1 sau khi dùng kháng sinh 24 giờ; lần 2 sau 48 giờ; lần 3 sau 1 tháng) Nếu 1 trong 3 lần thấy còn vi khuẩn thì phải theo dõi tiếp 12 tháng.

5.2 Phòng bệnh đặc hiệu

- Vaccin tả uống đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng cho những vùng và những đối tượng có nhiều nguy cơ mắc bệnh. Nhắc lại 6 tháng/lần.
- Vaccin thương hàn được tiêm phòng cho các khu vực nằm trong vùng dịch tễ. Tạo miễn dịch bằng tiêm bắp hoặc tiêm dưới da kháng nguyên của *S.typhi* bản chất là polysaccharid phải nhắc lại 3 năm/lần để duy trì miễn dịch. Vaccin sống giảm độc lực đường uống cũng có hiệu quả như trên.

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Ván, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
5. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng thể diễn hình thời kỳ toàn phát của bệnh tả là:

- A) Phân tả diễn hình toàn nhầy máu loãng.
- B) Bệnh nhân thường sốt cao, đau quặn bụng
- C) Ở thể nặng gây liệt cơ vòng hậu môn làm hậu môn giãn rộng
- D) Nôn, bệnh nhân nôn rất dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau toàn nước.

2. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng thể diễn hình thời kỳ toàn phát của bệnh tả là:

- A) Xuất huyết tiêu hóa
- B) Thủng ruột
- C) Bệnh nhân thường sốt cao, đau quặn bụng
- D) Tình trạng mất nước và điện giải gây mệt lả, chuột rút....

3. Chọn câu đúng nhất ~ mất nước độ 1 có các dấu hiệu:
- A) Mất 7-9% trọng lượng cơ thể
 - B) Khát nước nhiều, da nhăn nhoe mắt đàn hồ, mắt trũng
 - C) Khát nước vừa, da khô, tay chân lạnh
 - D) Khát nước ít, da bình thường, tay chân không lạnh
4. Chọn câu đúng nhất ~ mất nước độ 3 có các dấu hiệu:
- A) Mất 7-9% trọng lượng cơ thể
 - B) Mất 5-6% trọng lượng cơ thể
 - C) Mất < % trọng lượng cơ thể
 - D) Mất > 10% trọng lượng cơ thể

https://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4._software_testing_chapter_gastrointestinal_diseases.rar

