NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP UỐN VÁN TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Trọng Hanh[1], Trần Duy Hòa[1], Nguyễn Hân[1], Hoàng Khắc Chung[1]

TÓM TẮT

Clostridium tetani, *trực khuẩn gram dương kỵ khí, gây ra bệnh uốn ván. Vi khuẩn này là nonencapsulated và các dạng bào tử, có khả năng chống hút ẩm, nhiệt, và chất khử trùng. Các bào tử được phổ biến và được tìm thấy trong đất, bụi nhà, ruột động vật và phân người. Tetanospasmin là một chất độc thần kinh và gây ra các biểu hiện lâm sàng của bệnh uốn. Chúng tôi nêu 1 trường hợp uốn ván toàn thân điển hình gặp trên lâm sàng vào khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện TW Huế. Uốn ván toàn thân là loại phổ biến nhất của bệnh uốn ván, đại diện cho khoảng 80% trường hợp. Chúng tôi điều trị bằng: Kháng độc tố uốn ván. Chống co giật. Chống suy hô hấp. Diệt vi trùng uốn ván. Phòng ngừa và điều trị các biến chứng thường gặp.*

ABSTRACT

A PROPOS OF TETANUS CASE AT ICU OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Hoang Trong Hanh[1], Tran Duy Hoa[1], Nguyen Han[1], Hoang Khac Chung[1]

Clostridium tetani, *an obligate anaerobic gram-positive bacillus, causes tetanus. This bacterium is nonencapsulated and forms spores, which are resistant to heat, desiccation, and disinfectants. The spores are ubiquitous and are found in soil, house dust, animal intestines, and human feces. Tetanospasmin is a neurotoxin and causes the clinical manifestations of tetanus.* We report typical generalized tetanus that Was treated at ICU of Hue central hospital. *Generalized tetanus is the most common type of tetanus, representing about 80% of cases. We treat with tetanus antitoxin. Against convulsion. Mechanical ventilation. Antibiotic therapy. Prevent and treat complications of tetanus infection.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Uốn ván là một bệnh nhiễm trùng cấp tính có tỷ lệ tử vong cao do ngoại độc tố của trực khuẩn uốn ván (Clostridium tetani) gây ra. Trực khuẩn này phát triển tại vết thương trong điều kiện yếm khí, sau đó giải phóng ngoại độc tố vào máu và tấn công vào các bản vận động thần kinh – cơ, làm cho bệnh nhân bị co cứng cơ và trên nền cứng đó xuất hiện các cơn co giật. Tử vong do suy hô hấp, rối loạn thần kinh thực vật và ngừng tim [2]. Vi khuẩn nhất là bào tử uốn ván có khắp nơi trong đất cát, bụi, phân trâu bò ngựa và gia cầm,

1: Khoa HSCC, BVTW Huế

cống rãnh, dụng cụ phẫu thuật không tiệt trùng kỹ..., xâm nhập vào các vết thương, vết xây xước phát triển thành ổ nhiễm trùng gây bệnh uốn ván. Chúng tôi gặp 1 trường hợp uốn ván toàn thân điển hình trên lâm sàng điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Huế.

Mục đích của trường hợp này là cung cấp thêm thông tin về lâm sàng, biện pháp xử trí và rút ra một số nhận xét cùng kiến nghị.

II. TỔNG QUAN

Trực khuẩn uốn ván thuộc họ Bacillaceae, giống Clostridium. Tên khoa học của trực khuẩn uốn ván là Clostridium tetani, là loại trực khuẩn kỵ khí bắt buộc. Gặp điều kiện không thuận lợi thì vi khuẩn sinh nha bào. Nha bào to hơn thân và nằm ở một đầu nên vi khuẩn giống như đinh ghim. Việc hình thành nha bào nhanh hay chậm phụ thuộc vào điều kiện nhiệt độ.

2.1. Khả năng gây bệnh

Bệnh uốn ván là bệnh nhiễm độc thần kinh trung ương bởi độc tố của trực khuẩn Clostridium tetani. Trực khuẩn này thường tồn tại trong đất, cát, bụi bẩn thậm chí ngay cả trong ruột già của người và động vật. Phạm vi phân bố đã rộng mặt khác lại là vi khuẩn sinh nha bào nên khả năng tồn tại trong thiên nhiên rất lâu dài và vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể theo đường vết thương ở chân tay nên tỷ lệ mắc bệnh và chết do trực khuẩn uốn ván khá cao.

2.2. Tính chất sinh hóa của độc tố uốn ván

Tác nhân dẫn đến tử vong chính là độc tố uốn ván. Những nghiên cứu về mặt hóa học của độc tố uốn ván cho thấy độc tố gồm hai thành phần:

a. Một phần có tác dụng gây tan máu, gọi là tetanolysin, không có ý nghĩa về lâm sàng.

b. Một phần gây co giật các cơ, gọi là tetanospasmin. Các triệu chứng cơ bản của bệnh uốn ván như cứng hàm, lưng uốn cong, co giật đau đớn là do tetanospasmin gây ra. Chất độc này đi từ vết thương có trực khuẩn, qua máu hoặc bạch huyết vào các đầu mút dây thần kinh ngoại vi rồi bám vào trung tâm thần kinh gây ra triệu chứng uốn ván.

Bệnh uốn ván không lây truyền từ người sang người. Người có thể bị nhiễm uốn ván khi vết thương hoặc vết cắt bị nhiễm bẩn. Tác nhân gây bệnh thường phát triển trong vết thương sâu do đinh, dao, mảnh vụn của gỗ bẩn và động vật cắn. Người phụ nữ có thể có nguy cơ nhiễm trùng cao nếu dùng dụng cụ bị nhiễm bẩn khi sinh hoặc nạo thai. Trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm bẩn nếu dụng cụ dùng để cắt rốn, chăm sóc rốn hoặc tay của người đỡ đẻ không sạch. Trẻ nhỏ cũng có thể bị bệnh khi dùng các dụng cụ bẩn cắt bao qui đầu, rạch da và những thứ không sạch đắp vào các vết thương [2], [3], [4], [5].

2.3. Lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng của uốn ván thường xếp làm 4 loại chính: Uốn ván toàn thân. Uốn ván cục bộ. Uốn ván đầu. Uốn ván rốn. Trong bệnh cảnh uốn ván cần chú ý đến:

1. Thời kỳ ủ bệnh: là thời gian từ lúc bị thương đến lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên, trung bình từ 7 đến 14 ngày, ngắn nhất là 48 đến 72 giờ.

2. Thời kỳ khởi phát: là thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến lúc xuất hiện dấu hiệu co thắt hay co giật, trung bình từ 2 đến 5 ngày.

Nếu thời kỳ ủ bệnh và thời kỳ khởi phát càng ngắn thì bệnh càng nặng. Ở người chích xì ke bị uốn ván, bệnh thường nặng, nguyên nhân chưa rõ.

2.3.1. Uốn ván toàn thân

Là thể bệnh uốn ván thường gặp nhất. Bệnh khởi phát với mệt mỏi, nhức đầu, mỏi quai hàm và nhai khó, nói khó, nuốt vướng, uống nước sặc. Dần dần, hàm cứng không há lớn được. Thăm khám sẽ thấy: Cơ nhai co cứng, nổi rõ khi cử động. Dùng cây đè lưỡi cố mở hàm bệnh nhân thì hàm càng khít chặt lại. Không tìm thấy điểm đau rõ rệt ở vàng quai hàm. Giai đoạn toàn phát uốn ván thể điển hình bao gồm các dấu hiệu :

a. Co cứng cơ

Xuất hiện và lan tràn theo một trình tự nhất định, bắt đầu từ cơ nhai, kế đến là các cơ ở mặt làm cho bệnh nhân có nét mặt cười nhăn; sau đó đến cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cơ chi dưới và cuối cùng mới đến cơ chi trên. Hiếm khi có co cứng cơ liên sườn. Tùy theo nhóm cơ co cứng chiếm

ưu thế mà bệnh nhân có một trong các tư thế đặc biệt như sau: Cong ưỡn người ra sau.Thẳng cứng cả người như tấm ván. Cong người sang một bên. Gập người ra phía trước.

b. Co giật và co thắt

Co cứng toàn thân tự nhiên hoặc do kích động bởi va chạm, ánh sáng chói, tiếng ồn. Nguy hiểm nhất là cơn co thắt hầu họng gây khó nuốt, sặc đàm và co thắt thanh quản đưa đến tím tái và ngưng thở.

c. Rối loạn cơ năng

Khó nuốt, khó nói, khó thở do co thắt hầu họng, tăng tiết đàm nhớt, tắc nghẽn đường hô hấp.

d. Tổng trạng

Tỉnh táo. Không sốt cao lúc mới phát bệnh và 48 giờ đầu. Nếu hệ thần kinh thực vật bị tổn thương sẽ có các biểu hiện: mạch nhanh > 120-140 lần /phút, sốt cao, huyết áp dao động, vã mồ hôi nhiều, thở nhanh, tăng tiết catecholamin trong nước tiểu Giai đoạn chót : huyết áp tụt.

2.3.2. Uốn ván cục bộ

Co cứng cơ khu trú ở vị trí tương ứng với nơi xâm nhập của vi trùng uốn ván. Bệnh thường nhẹ và kéo dài, diễn tiến tự khỏi.

2.3.3. Uốn ván thể đầu

Là dạng đặc biệt của uốn ván cục bộ. Vết thương khu trú ở vùng đầu, mặt, cổ, thời gian nung bệnh thường ngắn hơn.

2.3.4. Uốn ván rốn

Thời gian nung bệnh: 3 - 5 ngày. Biểu hiện: trẻ bỏ bú, nhắm mắt, khóc không ra tiếng rồi không khóc, bụng co cứng, bàn tay nắm chặt, chân co cứng. Trẻ thường sốt cao, co giật nhiều, co thắt tím tái. Bệnh tiến triển tốt khi bé mở mắt, ngủ được, khóc to dần, hết co giật. Tỷ lệ tử vong còn rất cao: từ 70 đến 80%, do suy hô hấp, bội nhiễm, suy dinh dưỡng [2], [3], [4], [5].

2.4. Điều trị

2.4.1. Săn sóc điều dưỡng:

Đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bệnh uốn ván.

2.4.2. Thuốc sử dụng

a, Kháng độc tố uốn ván.

b, Chống co giật

c, Chống suy hô hấp

d, Diệt vi trùng uốn ván

e, Điều chỉnh rối loạn hệ thần kinh thực vật

f, Phòng ngừa và điều trị các biến chứng thường gặp Loét dạ dày tá tràng. Loét do nằm lâu. Những biến chứng ít gặp hơn: thuyên tắc phổi, ly giải cơ vân gây suy thận cấp.

g, Phòng tái phát: Bệnh uốn ván không tạo được miễn dịch, do đó phải tiêm giải độc tố uốn ván, liều đầu ngay cùng thời điểm với tiêm kháng độc tố nhưng ở vị trí khác và với kim chích khác. Tiêm nhắc lại lần 2 và lần 3, mỗi lần cách nhau 4 tuần. Tiêm phòng uốn ván

III. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

3.1. Phần hành chính

- Họ và tên bệnh nhân: PHẠM T. B. Tuổi: 27. Giới: Nam
- Địa chỉ: Hương Thuỷ- Thừa Thiên Huế
- Nghề nghiệp: Công nhân
- Ngày vào viện: 18-11-2010. Số vào viện: 11760
- Ngày làm bệnh án: 24-01-2011

3.2. Quá trình bệnh lý

Bệnh nhân bị tai nạn giao thông ngày 12-11-2010, có vết thương ở vành tai bên phải và xây xát ngón bàn chân trái.

Vào bệnh viện Hương Thuỷ điều trị, chưa chích SAT và chưa được tiêm chủng uốn ván, sau khoảng 5 ngày điều trị (17/11/2010) bệnh nhân có biểu hiện nhức đầu, nói khó, cứng hàm, có cơn gồng cứng. M 80l/p, T 37^0 C, HA 120/70 mmHg, tỉnh táo, được chẩn đoán: UỐN VÁN.

Chuyển khoa Truyền Nhiễm, Bệnh viện Trung ương Huế lúc 10h ngày 18-11-2010. Tại khoa Lây ghi nhận: M 107l/p, T 37,5^0 C, HA 120/80 mmHg, TST 20l/p, tỉnh táo, cứng hàm, có cơn gồng cứng lưng bụng, ngực, khám tim, phổi chưa phát hiện gì bất thường, được chẩn đoán: Theo dõi UỐN VÁN toàn thân, tiên lượng rất nặng. Ngày hôm sau lên cơn co giật, gồng cứng nhiều hơn, vã mồ hôi. Sau 2 ngày điều trị tại khoa lây bệnh diễn biến nặng

cống rãnh, dụng cụ phẫu thuật không tiệt trùng kỹ..., xâm nhập vào các vết thương, vết xây xước phát triển thành ổ nhiễm trùng gây bệnh uốn ván. Chúng tôi gặp 1 trường hợp uốn ván toàn thân điển hình trên lâm sàng điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Huế.

Mục đích của trường hợp này là cung cấp thêm thông tin về lâm sàng, biện pháp xử trí và rút ra một số nhận xét cùng kiến nghị.

II. TỔNG QUAN

Trực khuẩn uốn ván thuộc họ Bacillaceae, giống Clostridium. Tên khoa học của trực khuẩn uốn ván là Clostridium tetani, là loại trực khuẩn kỵ khí bắt buộc. Gặp điều kiện không thuận lợi thì vi khuẩn sinh nha bào. Nha bào to hơn thân và nằm ở một đầu nên vi khuẩn giống như đinh ghim. Việc hình thành nha bào nhanh hay chậm phụ thuộc vào điều kiện nhiệt độ.

2.1. Khả năng gây bệnh

Bệnh uốn ván là bệnh nhiễm độc thần kinh trung ương bởi độc tố của trực khuẩn Clostridium tetani. Trực khuẩn này thường tồn tại trong đất, cát, bụi bẩn thậm chí ngay cả trong ruột già của người và động vật. Phạm vi phân bố đã rộng mặt khác lại là vi khuẩn sinh nha bào nên khả năng tồn tại trong thiên nhiên rất lâu dài và vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể theo đường vết thương ở chân tay nên tỷ lệ mắc bệnh và chết do trực khuẩn uốn ván khá cao.

2.2. Tính chất sinh hóa của độc tố uốn ván

Tác nhân dẫn đến tử vong chính là độc tố uốn ván. Những nghiên cứu về mặt hóa học của độc tố uốn ván cho thấy độc tố gồm hai thành phần:

a. Một phần có tác dụng gây tan máu, gọi là tetanolysin, không có ý nghĩa về lâm sàng.

b. Một phần gây co giật các cơ, gọi là tetanospasmin. Các triệu chứng cơ bản của bệnh uốn ván như cứng hàm, lưng uốn cong, co giật đau đớn là do tetanospasmin gây ra. Chất độc này đi từ vết thương có trực khuẩn, qua máu hoặc bạch huyết vào các đầu mút dây thần kinh ngoại vi rồi bám vào trung tâm thần kinh gây ra triệu chứng uốn ván.

Bệnh uốn ván không lây truyền từ người sang người. Người có thể bị nhiễm uốn ván khi vết thương hoặc vết cắt bị nhiễm bẩn. Tác nhân gây bệnh thường phát triển trong vết thương sâu do đinh, dao, mảnh vụn của gỗ bẩn và động vật cắn. Người phụ nữ có thể có nguy cơ nhiễm trùng cao nếu dùng dụng cụ bị nhiễm bẩn khi sinh hoặc nạo thai. Trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm bẩn nếu dụng cụ dùng để cắt rốn, chăm sóc rốn hoặc tay của người đỡ đẻ không sạch. Trẻ nhỏ cũng có thể bị bệnh khi dùng các dụng cụ bẩn cắt bao qui đầu, rạch da và những thứ không sạch đắp vào các vết thương [2], [3], [4], [5].

2.3. Lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng của uốn ván thường xếp làm 4 loại chính: Uốn ván toàn thân. Uốn ván cục bộ. Uốn ván đầu. Uốn ván rốn. Trong bệnh cảnh uốn ván cần chú ý đến:

1. Thời kỳ ủ bệnh: là thời gian từ lúc bị thương đến lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên, trung bình từ 7 đến 14 ngày, ngắn nhất là 48 đến 72 giờ.

2. Thời kỳ khởi phát: là thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến lúc xuất hiện dấu hiệu co thắt hay co giật, trung bình từ 2 đến 5 ngày.

Nếu thời kỳ ủ bệnh và thời kỳ khởi phát càng ngắn thì bệnh càng nặng. Ở người chích xì ke bị uốn ván, bệnh thường nặng, nguyên nhân chưa rõ.

2.3.1. Uốn ván toàn thân

Là thể bệnh uốn ván thường gặp nhất. Bệnh khởi phát với mệt mỏi, nhức đầu, mỏi quai hàm và nhai khó, nói khó, nuốt vướng, uống nước sặc. Dần dần, hàm cứng không há lớn được. Thăm khám sẽ thấy: Cơ nhai co cứng, nổi rõ khi cử động. Dùng cây đè lưỡi cố mở hàm bệnh nhân thì hàm càng khít chặt lại. Không tìm thấy điểm đau rõ rệt ở vàng quai hàm. Giai đoạn toàn phát uốn ván thể điển hình bao gồm các dấu hiệu :

a. Co cứng cơ

Xuất hiện và lan tràn theo một trình tự nhất định, bắt đầu từ cơ nhai, kế đến là các cơ ở mặt làm cho bệnh nhân có nét mặt cười nhăn; sau đó đến cơ gáy, cơ lưng, cơ bụng, cơ chi dưới và cuối cùng mới đến cơ chi trên. Hiếm khi có co cứng cơ liên sườn. Tùy theo nhóm cơ co cứng chiếm

ưu thế mà bệnh nhân có một trong các tư thế đặc biệt như sau: Cong ưỡn người ra sau.Thẳng cứng cả người như tấm ván. Cong người sang một bên. Gập người ra phía trước.

b. Co giật và co thắt

Co cứng toàn thân tự nhiên hoặc do kích động bởi va chạm, ánh sáng chói, tiếng ồn. Nguy hiểm nhất là cơn co thắt hầu họng gây khó nuốt, sặc đàm và co thắt thanh quản đưa đến tím tái và ngưng thở.

c. Rối loạn cơ năng

Khó nuốt, khó nói, khó thở do co thắt hầu họng, tăng tiết đàm nhớt, tắc nghẽn đường hô hấp.

d. Tổng trạng

Tỉnh táo. Không sốt cao lúc mới phát bệnh và 48 giờ đầu. Nếu hệ thần kinh thực vật bị tổn thương sẽ có các biểu hiện: mạch nhanh > 120-140 lần /phút, sốt cao, huyết áp dao động, vã mồ hôi nhiều, thở nhanh, tăng tiết catecholamin trong nước tiểu Giai đoạn chót : huyết áp tụt.

2.3.2. Uốn ván cục bộ

Co cứng cơ khu trú ở vị trí tương ứng với nơi xâm nhập của vi trùng uốn ván. Bệnh thường nhẹ và kéo dài, diễn tiến tự khỏi.

2.3.3. Uốn ván thể đầu

Là dạng đặc biệt của uốn ván cục bộ. Vết thương khu trú ở vùng đầu, mặt, cổ, thời gian nung bệnh thường ngắn hơn.

2.3.4. Uốn ván rốn

Thời gian nung bệnh: 3 - 5 ngày. Biểu hiện: trẻ bỏ bú, nhắm mắt, khóc không ra tiếng rồi không khóc, bụng co cứng, bàn tay nắm chặt, chân co cứng. Trẻ thường sốt cao, co giật nhiều, co thắt tím tái. Bệnh tiến triển tốt khi bé mở mắt, ngủ được, khóc to dần, hết co giật. Tỷ lệ tử vong còn rất cao: từ 70 đến 80%, do suy hô hấp, bội nhiễm, suy dinh dưỡng [2], [3], [4], [5].

2.4. Điều trị

2.4.1. Săn sóc điều dưỡng:

Đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bệnh uốn ván.

2.4.2. Thuốc sử dụng

a, Kháng độc tố uốn ván.

b, Chống co giật

c, Chống suy hô hấp

d, Diệt vi trùng uốn ván

e, Điều chỉnh rối loạn hệ thần kinh thực vật

f, Phòng ngừa và điều trị các biến chứng thường gặp Loét dạ dày tá tràng. Loét do nằm lâu. Những biến chứng ít gặp hơn: thuyên tắc phổi, ly giải cơ vân gây suy thận cấp.

g, Phòng tái phát: Bệnh uốn ván không tạo được miễn dịch, do đó phải tiêm giải độc tố uốn ván, liều đầu ngay cùng thời điểm với tiêm kháng độc tố nhưng ở vị trí khác và với kim chích khác. Tiêm nhắc lại lần 2 và lần 3, mỗi lần cách nhau 4 tuần. Tiêm phòng uốn ván

III. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

3.1. Phần hành chính

- Họ và tên bệnh nhân: PHẠM T. B. Tuổi: 27. Giới: Nam
- Địa chỉ: Hương Thuỷ- Thừa Thiên Huế
- Nghề nghiệp: Công nhân
- Ngày vào viện: 18-11-2010. Số vào viện: 11760
- Ngày làm bệnh án: 24-01-2011

3.2. Quá trình bệnh lý

Bệnh nhân bị tai nạn giao thông ngày 12-11-2010, có vết thương ở vành tai bên phải và xây xát ngón bàn chân trái.

Vào bệnh viện Hương Thuỷ điều trị, chưa chích SAT và chưa được tiêm chủng uốn ván, sau khoảng 5 ngày điều trị (17/11/2010) bệnh nhân có biểu hiện nhức đầu, nói khó, cứng hàm, có cơn gồng cứng. M 80l/p, T 37^0 C, HA 120/70 mmHg, tỉnh táo, được chẩn đoán: UỐN VÁN.

Chuyển khoa Truyền Nhiễm, Bệnh viện Trung ương Huế lúc 10h ngày 18-11-2010. Tại khoa Lây ghi nhận: M 107l/p, T 37,5^0 C, HA 120/80 mmHg, TST 20l/p, tỉnh táo, cứng hàm, có cơn gồng cứng lưng bụng, ngực, khám tim, phổi chưa phát hiện gì bất thường, được chẩn đoán: Theo dõi UỐN VÁN toàn thân, tiên lượng rất nặng. Ngày hôm sau lên cơn co giật, gồng cứng nhiều hơn, vã mồ hôi. Sau 2 ngày điều trị tại khoa lây bệnh diễn biến nặng

hơn có cơn co thắt hầu họng gây khó nuốt và co thắt thanh quản gây tím tái, ngạt thở nên mời Bác sỹ Tai mũi họng khai khí quản và chuyển hồi sức cấp cứu điều trị tiếp (11h30p 20/11/2010).

Tại HSCC ghi nhận M 100l/p, T 38^{0}C, HA 150/80 mmHg cho thở máy qua KKQ, Glasgow $E_2V_{kkq}M_5$, có cơn gồng cứng toàn thân, co giật cứng toàn thân liên tục, tự nhiên hoặc do khích động bởi tiếng động, va chạm, ánh sáng chói. Phải cho thuốc an thần, dãn cơ, KS. Qua 45 ngày điều trị thở máy bệnh diễn tiến tốt, hết cơn gồng cứng và co giật, tự thở tốt qua KKQ, không thở máy, sau đó đã bít lỗ KKQ, không dùng thuốc an thần nữa, tỉnh táo, chức năng sinh tồn ổn định. Bệnh nhân khỏe mạnh ra viện ngày 24/1/2011.

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Công thức máu

- Ngày 18/11/2010: HC 4.9 tr, Hb 14g/dl. BC15.28 10^9/l.(N 73%, L17% M 10%). TC 294. 10^9/dl

- Ngày 29/12/2010: HC 2.77tr, Hb 8.9g/dl. Hct 0,25. BC10.7 10^9/l.(N 74%, L11% M 15%). TC 332. 10^9/dl

3.3.2. Sinh hóa máu

- Ngày 20/11/2010: Glucose 4,6 mmol/L. Ure14,1 mmol/L .Creatinin 129 U/L.

Na^+ 134 mmol/L K^+ 4 mmol/L Ca^{++} 2,26 mmol/L .

PH 7,4.$PCO_2$33,5 mmHg .PO_2 105 mmHg. HCO_3^-21,3mmol

- Ngày 9 /12/2010: Protide58g/L . CRP 22,6 (2/12) và 183 (12/12).

SGOT 38 U/L SGPT 42 U/L. CK 131U/L

- Ngày 3/1/2011: Na^+ 131 K^+4,2 Ca^{++} 2,32(mmol/L).

Ure 9 mmol/L. Creatinin 75U/L.

3.3.3. X quang phổi: bình thường

3.4. Điều trị

- Thở máy, thuốc an thần (Seduxen, Thiopental), dãn cơ
- Bù dịch điện giải, truyền đạm
- SAT 1500UI/ ống x 7 ống TDD
- Kháng sinh: Metronidazol 0.5 g/lọ x 3 lọ/ ngày

Cephalosporin thế hệ III 4g/ngày

- Kháng tiết, hạ sốt.

IV. BÀN LUẬN

Các lứa tuổi đều có thể mắc bệnh. Tỷ lệ nam cao hơn nữ. Bệnh uốn ván thường gặp ở vùng đông dân cư, khí hậu nóng ẩm và đất có nhiều chất hữu cơ và nhất là khi có điều kiện thuận lợi như cơ giới hóa nông nghiệp, thiếu mạng lưới y tế cơ sở vững mạnh, trình độ kinh tế xã hội thấp. Ngõ vào ở trường hợp này là do vết thương da niêm mạc (sau tai nạn giao thông), thường gặp ở người lớn. Phù hợp với các nghiên cứu khác [3].

Bệnh uốn ván muốn phát sinh phải có 3 điều kiện: Sự xâm nhập của bào tử, trực khuẩn uốn ván qua vết thương da niêm mạc; Điều kiện lan tràn và phát huy tác dụng gây bệnh của độc tố; Miễn dịch chưa có hoặc bị suy giảm dưới nồng độ bảo vệ tối thiểu. Chẩn đoán bệnh uốn ván người ta chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng. Nhuộm bệnh phẩm để xác định hình thể vi khuẩn dưới kính hiển vi rất ít có giá trị [1].

Bệnh nhân này có thời kỳ ủ bệnh 5 ngày, chưa được tiêm chủng uốn ván và chưa được chích SAT sau tai nạn giao thông và có triệu chứng lâm sàng tương đối điển hình của bệnh uốn ván toàn thân bao gồm nói khó, cứng hàm, co cứng cơ, co giật cứng toàn thân liên tục, tự nhiên hoặc do khích động bởi tiếng động, va chạm, ánh sáng chói. Có cơn co thắt hầu họng gây khó nuốt và co thắt thanh quản gây tím tái, ngạt thở do độc tố tetanospasmin gây ra. Có triệu chứng của rối loạn thần kinh thực vật như mạch nhanh, sốt, vã mồ hôi, khó thở nhanh, rối loạn tri giác... và có triệu chứng thiếu máu do tan hồng cầu (độc tố tetanolysin), chúng tôi có chuyển 2 đơn vị Hồng cầu khối. Đây là trường hợp uốn ván độ III, tiên lượng rất nặng. Chúng tôi cho thở máy 45 ngày, sau đó đã ngưng thở máy và bít lỗ KKQ, bệnh nhân thở tự nhiên, tỉnh táo, chức năng sinh tồn ổn định. Đây là trường hợp uốn ván nặng đã điều trị thành công.

Về điều trị chúng tôi sử dụng : Kháng độc tố uốn ván chúng tôi chỉ dùng SAT liều cao. Chống

co giật bằng seduxen liều cao, sau đó phải dùng thiopental liều cao, dài ngày kết hợp thuốc dãn cơ mới khống chế được cơn co giật, gồng cứng. Chống suy hô hấp bằng thở máy. Diệt vi trùng uốn ván bằng Metronidazol, cephalosporin thế hệ ba, vancomycin.. Có thể dùng Penicilline 10-15 triệu dơn vị /ngày trong 10 ngày. Globuline kháng uốn ván nguồn gốc người thì tốt hơn nhiều và ít có hoặc hầu như không có phản ứng huyết thanh. Nhưng giá thành cao hơn và khó sản xuất hơn. Liều dùng kháng độc tố nguồn gốc người từ 3000-6000 UI tiêm bắp và chia thành liều nhỏ, tiêm nhiều lần. Điều chỉnh rối loạn hệ thần kinh thực vật. Phòng ngừa và điều trị các biến chứng thường gặp. Chúng tôi phải hô hấp nhân tạo bằng máy thở ở phòng cách ly gần 45 ngày mới hết cơn uốn ván, bệnh diễn tiến tốt, tỉnh táo, tự thở qua KKQ. Theo Nguyễn Lô, Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ tử vong trong các năm qua từ 40-50% [3].

Uốn ván cục bộ thường có tiên lượng tốt hơn rất nhiều so với uốn ván toàn thể. Tuy nhiên uốn ván thể đầu vẫn nặng và có tiên lương xấu. Sốt cao là một yếu tố tiên lượng xấu. Tuổi càng già hay quá trẻ, không được tiêm phòng là tiên lượng xấu hơn.

Tử vong trong uốn ván thường do thiếu khí vì co thắt thanh quản trong quá trình lên cơn co cứng kéo dài hay do phản xạ co thắt vì kích thích tại chỗ vùng hầu họng. Các nguyên nhân tử vong khác là do biến chứng về tim mạch (ngừng tim đột ngột, loạn nhịp, tim nhanh..hạ hay quá tăng huyết áp..) hoặc do nhiễm trùng thứ phát (viêm phổi chẳng hạn). Nếu chăm sóc không đầy đủ, có khi bệnh nhân chết vì suy kiệt vì phải nằm và không ăn uống được quá lâu. Biến chứng của tetanos gồm hai nhóm: do độc tố uốn ván và do suy kiệt.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý uốn ván toàn thân nhìn chung là thể khá nặng, việc khai khí quản kịp thời kèm điều trị hồi sức tích cực và phối hợp các loại thuốc một cách đầy đủ giúp cứu sống bệnh nhân.

Nhằm giảm tỷ lệ bị uốn ván cần tiêm SAT cho tất cả bệnh nhân có bị vết thương hay xây xát da ngay sau khi bị tai nạn. Phải xử trí vết thương bằng cách mở rộng cắt lọc, phá bỏ các ngóc ngách, lấy ra hết dị vật, rửa nước oxy già, để hở.

Cần tiêm phòng uốn ván một cách có hệ thống cho người có nguy cơ cao để phòng bệnh chủ động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh uốn ván (2009), *Bài giảng truyền nhiễm, Đại học Y Hà Nội, trang 63-69.*
2. Bùi Khắc Hậu (2003), *Trực khuẩn uốn ván, Vi sinh vật, Trường Đại học Y Hà Nội. tr 264-269.*
3. Elias AbrutynTetanus (2005), Tetanie, *Harrison"s Principles of internal medicine, 16th edition Mcgraw-Hill, pp.841-842.*
4. Nguyễn Lô (2006), *Bệnh uốn ván, Giáo trình Bệnh truyền nhiễm, Đại học Y Dược Huế, trang 67-76.*
5. Nguyễn Duy Thanh (1992), *Bệnh uốn ván, Bệnh truyền nhiễm, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ chí Minh, trang 459-478.*