

Điều hướng LT + LB

TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH
KHOA Y – DƯỢC



TÀI LIỆU ÔN THI TUYỂN SINH
MÔN: CHĂM SÓC BỆNH
NỘI – NGOẠI – SẢN - NHI

GV biên soạn: Tiêu Cẩm Anh

Trà Vinh, năm 2016

Lưu hành nội bộ



KHOA Y – DƯỢC
BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

TÌNH TRẠNG PHÊ DUYỆT TÀI LIỆU

Tên tài liệu: Chăm sóc bệnh Nội – Ngoại – Sản - Nhi

Ngày hoàn chỉnh: 22/2/2016

Tác giả biên soạn: Tiêu Cẩm Anh

Đơn vị công tác: Bộ môn Điều dưỡng

Trà Vinh, ngày 26 tháng 02 năm 2016

Tác giả


Tiêu Cẩm Anh

PHÊ DUYỆT CỦA BỘ MÔN

Đồng ý sử dụng tài liệu ôn thi tuyển sinh môn Chăm sóc bệnh Nội – Ngoại – Sản - Nhi do giảng viên Tiêu Cẩm Anh biên soạn để ôn thi tuyển sinh ngành Điều dưỡng (liên thông từ Trung cấp lên Cao đẳng và từ Trung cấp lên Đại học)

Trà Vinh, ngày 26 tháng 02 năm.....

TRƯỞNG BỘ MÔN



PHÊ DUYỆT CỦA KHOA

Trà Vinh, ngày 26 tháng 02 năm 2016

KT. TRƯỞNG KHOA

PHÓ TRƯỞNG KHOA


Vũ Thị Dao


Phạm Thế Hiển

PHẦN I: CHĂM SÓC BỆNH NỘI KHOA

BÀI 1

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nhận được nguyên nhân của bệnh lý THA
- Mô tả được triệu chứng và biến chứng bệnh lý THA
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh THA

1. Đại cương

Tăng huyết áp là khi huyết áp tối đa trên 140 mmHg và huyết áp tối thiểu tăng trên 90 mmHg. Người bệnh tăng huyết áp nặng rất dễ có biến chứng khi huyết áp tối thiểu trên 120 mmHg. Khi huyết áp đột nhiên gia tăng 40 mmHg so với lúc bình thường gọi là cơn tăng huyết áp

- Huyết áp động mạch tối đa còn gọi là huyết áp tâm thu và huyết áp động mạch tối thiểu còn gọi huyết áp tâm trương
- Huyết áp động mạch không cố định mà có thể thay đổi trong ngày, theo tuổi (người già cao hơn người trẻ), theo giới (nữ giới thấp hơn nam giới)

2. Các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp

- **Tăng huyết áp nguyên phát :** người bệnh bị tăng huyết áp nhưng không tìm được nguyên nhân, chiếm 85 – 89 % các trường hợp tăng huyết áp, hay gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi, béo phì, người ít vận động thể lực, có thể có yếu tố gia đình.
- **Tăng huyết áp thứ phát :** có nhiều nguyên nhân tăng huyết áp
 - + Nguyên nhân tại thận: VCTC và mạn tính, ứ nước bể thận, hẹp động mạch thận, suy thận
 - + Nguyên nhân nội tiết: cường aldosterol tiên phát, phì đại thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận.
 - + Nguyên nhân khác: hẹp eo động mạch chủ, nhiễm độc thai nghén, bệnh tăng hồng cầu.

3. Triệu chứng

Triệu chứng của tăng huyết áp phụ thuộc vào các giai đoạn của bệnh

- **Giai đoạn 1 :** người bệnh không có dấu hiệu khách quan về tổn thương thực thể
- **Giai đoạn 2 :** người bệnh có ít nhất một trong các biểu hiện thực thể sau
 - + Dày thất trái (x quang, điện tâm đồ, siêu âm)
 - + Hẹp động mạch vũng mạc lan rộng hay khu trú
 - + Protein niệu, creatinin huyết tương tăng nhẹ
 - + Ngoài ra còn có biểu hiện không rõ rệt là những hậu quả trực tiếp của tăng huyết áp như cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, huyết khối động mạch, viêm tắc động mạch, suy thận.

- Giai đoạn 3 : bệnh tăng huyết áp đã gây ra tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, thể hiện các dấu hiệu suy thất trái, xuất huyết não, xuất huyết võng mạc, Các dấu hiệu này đặc trưng cho giai đoạn nặng, tiến triển nhanh.
- Tăng huyết áp ác tính : chiếm 2% - 5% các trường hợp tăng huyết áp, phần lớn đã xảy ra trên người bệnh đã tăng huyết áp trước đó, triệu chứng khá phong phú, nổi bật là hội chứng não, nhức đầu dữ dội, huyết áp rất cao ở tối đa và tối thiểu. Người bệnh khát nước nhiều, sụt cân, rối loạn tiêu hóa, một số ít có biểu hiện đông máu nội quản rải rác, tiến triển nhanh và nặng, hay có biến chứng ở não và tim

4. Tiến triển, biến chứng

Người bệnh cao huyết áp nếu được thường xuyên theo dõi, điều trị đúng theo y lệnh của bác sĩ bệnh sẽ ổn định. Khi không được theo dõi và điều trị liên tục, bệnh sẽ ngày một nặng lên, có thể bị các biến chứng, nhất là người bệnh cao huyết áp có sẵn các bệnh lý nền như đái tháo đường, bệnh thận. Các biến chứng của cao huyết áp : suy tim, xuất huyết não, biến chứng tại mắt.

5. Điều trị

- Thực hiện chế độ ăn hạn chế muối, nghỉ ngơi, giảm mọi căng thẳng về tinh thần
- Lợi tiểu
- Chẹn kênh calci
- Ức chế men chuyển
- Trường hợp tăng huyết áp ác tính : cần được điều trị tại bệnh viện hoặc các phòng cấp cứu ở các trung tâm y tế vì người bệnh hay có biến chứng nguy hiểm
- Với những cơn tăng huyết áp cao vọt phải dùng thuốc giãn mạch tiêm tĩnh mạch

6. Phòng bệnh

- Người bệnh bị tăng huyết áp cần phải tìm được nguyên nhân gây tăng huyết áp để điều trị có hiệu quả
- Trong cuộc sống cần tránh mọi căng thẳng, phải đảm bảo ngủ đủ, tránh thức khuya
- Hạn chế calo với người bệnh béo bệu
- Chế độ ăn uống phải hạn chế muối
- Đối với những bệnh nhân có tăng huyết áp dao động cần được theo dõi sát, quản lý chặt chẽ để tránh những tai biến xảy ra đối với người bệnh

7. Chăm sóc

a. Nhận định tình trạng người bệnh tăng huyết áp

Hỏi bệnh sử của người bệnh và các theo dõi chăm sóc trước đó. Tùy theo từng giai đoạn của bệnh kết hợp nhận định tình trạng hiện tại như gầy hay béo bệu, tinh thần, nét mặt (sự lo lắng về bệnh) của người bệnh mà điều

dưỡng đưa ra kế hoạch chăm sóc thích hợp.

- Người bệnh ở giai đoạn thứ 2 : các thông tin thu thập được phải dựa vào kết quả cận lâm sàng, dấu hiệu lâm sàng chỉ nhận thấy ở một số trường hợp có biểu hiện của cơn đau thắt ngực, tiêu ít, suy thận.
- Khi người bệnh ở giai đoạn nặng (cơn tăng huyết áp ác tính)
 - + Đau đầu dữ dội
 - + Chóng mặt
 - + Cảm giác ruồi bay trước mắt
 - + Mệt mỏi, lo lắng
 - + Huyết áp tối đa >140 mmHg, tối thiểu >95 mmHg. Nếu huyết áp tăng lên đột ngột, tăng nhanh có thể lên quá $180/120$ mmHg
- Khi người bệnh bị tăng huyết áp đã có những tổn thương ở các cơ quan đích như xuất huyết não ... lúc này bệnh nhân sẽ trong tình trạng hôn mê, ỉa đái không tự chủ, các chỉ số sinh tồn bất thường
- Giai đoạn bệnh đã ổn định : các triệu chứng của bệnh đã giảm và huyết áp lại trở về chỉ số gần bình thường, người bệnh đỡ lo lắng và dễ chịu. Mặc dù huyết áp bệnh nhân đã ổn định nhưng người bệnh còn bị các bệnh khác như bệnh tim, thận thì có thể có biểu hiện phù
- Điều dưỡng cần thu thập thêm các thông tin qua hồ sơ bệnh án và các ghi chép của bác sĩ trong bệnh án để đưa ra chế độ chăm sóc

b. Kế hoạch chăm sóc

Tùy theo từng giai đoạn của bệnh mà điều dưỡng cần phải xác định các nhu cầu cần thiết của người bệnh có kế hoạch chăm sóc để đáp ứng các nhu cầu cụ thể sau :

- Chăm sóc về tinh thần
- Theo dõi huyết áp và các chỉ số sinh tồn
- Thực hiện các y lệnh
- Theo dõi chăm sóc : nghỉ ngơi, chế độ ăn
- Giáo dục sức khỏe, phòng bệnh

c. Thực hiện chăm sóc

❖ Chăm sóc tinh thần

Điều dưỡng viên cần quan tâm và tổ thái độ ân cần, động viên, giải thích về bệnh để người bệnh yên tâm và giảm bớt lo lắng, điều này cũng giúp cho giảm chỉ số huyết áp tránh được những tai biến

❖ Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Theo dõi các dấu hiệu mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ để xác định dấu hiệu bình thường hay bất thường để có hướng điều trị và xử lý kịp thời
- Đo huyết áp : dựa vào tình trạng hiện tại của người bệnh mà phải thực hiện đo huyết áp 1 hay 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhân đang ở giai đoạn huyết áp cao phải theo dõi liên tục 30 phút/lần hoặc một giờ/lần cho đến khi cơn cao huyết áp hạ và trở về trạng thái ổn định. Khi huyết áp trở về chỉ số bình thường cũng phải đo huyết áp 2 lần/ngày cùng một máy và cùng

một người đo ở một thời điểm nhất định để theo dõi cơn tăng huyết áp và hiệu quả điều trị

- Khi người bệnh có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu cũng cần phải kiểm tra huyết áp ngay và theo dõi tai biến của tăng huyết áp
- Đếm mạch: nhận xét kết quả khi thực hiện đếm mạch xem mạch có đều hay không, nếu thấy bất thường phải báo ngay bác sĩ để có hướng xử trí
- Đếm nhịp thở, đo nhiệt độ cho bệnh nhân theo quy định ít nhất 2 lần/ngày
- Ghi điện tâm đồ, đặt máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, theo dõi SpO2

❖ **Thực hiện các y lệnh**

- Thực hiện các y lệnh thuốc : thuốc uống, thuốc tiêm
- Thuốc hạ áp: phải thực hiện chính xác kịp thời, trước khi cho người bệnh dùng thuốc cần kiểm tra lại huyết áp, khi dùng thuốc hạ áp người bệnh cần được nằm nghỉ ngơi tại giường (chú khi người bệnh uống thuốc Aldomet, Nifedipine, huyết áp hạ xuống rất nhanh)
- Thuốc lợi tiểu: khi người bệnh uống thuốc lợi tiểu cần chú ý bù Kali bằng cách cho người bệnh ăn hoa quả có nhiều kali như chuối tiêu, cam, ... hoặc uống kali (uống sau bữa ăn)
- Cho người bệnh uống Vitamin B, hoawccj Vitamin C
- Thuốc an thần Seduxen
- Thuốc điều trị theo y lệnh khi người bệnh đã có biến chứng
- Thực hiện các xét nghiệm
- Xét nghiệm cơ bản : CTM, ure, điện giải, Cholesterol máu, protein niệu,...
- Điện tâm đồ để xác định bệnh nhân cao huyết áp đã có biểu hiện suy tim hay không
- Chụp x quang tim phổi
- Siêu âm tim
- Soi đáy mắt

❖ **Chế độ ăn uống**

- Người bệnh cần được đảm bảo khẩu phần ăn đủ năng lượng, nếu béo phì áp dụng chế độ ăn giảm calo
- Cần hạn chế muối nhưng không quá khắc khe
- Kiêng thuốc lá và chất kích thích như cafe, chè đặc, bia, rượu, hạn chế chất béo
- Nên ăn dầu thực vật thay mỡ động vật

❖ **Chế độ nghỉ ngơi**

- Nghỉ ngơi tại giường, người bệnh cần được nghỉ ngơi cả về thể chất và tinh thần nếu quá mệt, điều dưỡng hỗ trợ giúp đỡ như thay quần áo, thay ga trải giường,
- Khuyên không nên gắng sức
- Tránh căng thẳng, xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi, buồn bức, tránh thức khuya

- Động viên và giải thích kịp thời cho người bệnh khi họ có những lo lắng
- Tránh các thay đổi nhiệt độ đột ngột
- Nên tập thể dục nhẹ nhàng : tập thở, xoa bóp chân, tay nhẹ nhàng tại giường
- Đảm bảo giấc ngủ cho người bệnh, tránh ôn ào

❖ **Giáo dục sức khỏe**

- Hướng dẫn người bệnh hiểu biết được nguy cơ về bệnh tăng huyết áp đặc biệt đối với người bệnh tăng huyết áp nguyên phát cần được theo dõi huyết áp liên tục, thường xuyên để phát hiện cơn tăng huyết áp đột ngột
- Chế độ làm việc phù hợp với bệnh tật
- Hướng dẫn chế độ ăn uống: giải thích về bệnh cao huyết áp, bệnh nhân phải nhận thức được nếu thực hiện chế độ ăn uống đúng sẽ giúp cho bệnh tật thuyên giảm
- Biết phòng tránh những Stress, dự phòng không để bệnh nặng thêm để tránh những biến chứng của nó
- Hướng dẫn người bệnh biết cách sử dụng thuốc, đặc biệt thực hiện theo đúng chỉ dẫn của bác sĩ

d. **Đánh giá**

Người bệnh tăng huyết áp được đánh giá là chăm sóc tốt khi các triệu chứng của bệnh được thuyên giảm, cụ thể như sau :

- Chỉ số huyết áp giảm dần và trở về bình thường
- Người bệnh hiểu về bệnh tật của mình và yên tâm điều trị
- Trong quá trình điều trị không mắc các tai biến
- Nhận thức chế độ ăn uống đối với bệnh tăng huyết áp để tự điều chỉnh chế độ ăn uống theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế
- Người bệnh hiểu và biết các biện pháp phòng và tự xử trí cơn tăng huyết áp sau khi xuất viện
- Nhận thức được phải có sự nghỉ ngơi và làm việc hợp lý để phòng tránh có những cơn tăng huyết áp.

BÀI 2 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nhận được nguyên nhân của hội chứng suy tim
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển của suy tim
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy tim

1. Đại cương

Suy tim là hậu quả cuối cùng của tất cả các bệnh về tim, bệnh về máu, bệnh phổi và nhiều bệnh khác. Suy tim là do tình trạng cơ tim không đủ khả năng chuyển máu từ tĩnh mạch đến động mạch cung cấp cho các cơ quan để đáp ứng nhu cầu oxy và dinh dưỡng tổ chức.

Mục đích của việc chăm sóc người bệnh suy tim là nhằm ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, làm giảm bớt sự làm việc của tim, đồng thời giúp người bệnh đỡ lo lắng.

2. Phân loại suy tim

Có nhiều cách phân loại, nhưng trong lâm sàng người ta chia ra :suy tim phải, suy tim trái, suy tim toàn bộ.

2.1. Suy tim trái

Nguyên nhân

- Do tăng huyết áp động mạch, hẹp động mạch chủ đã làm cho cản trở sự tống máu của thất trái, tức là tăng hậu gánh
- Bệnh van tim : hở van hai lá, hở van động mạch chủ, hẹp van động mạch chủ
- Tổn thương cơ tim : nhồi máu cơ tim do xơ vữa động mạch vành gây hoại tử tế bào cơ tim, viêm cơ tim do thấp, nhiễm độc hay nhiễm khuẩn, bệnh cơ tim phì đại.
- Một số rối loạn nhịp tim :cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất nhất là cơn rung nhĩ nhanh, cơn nhịp nhanh thất, bloc nhĩ – thất hoàn toàn
- Một số bệnh tim bẩm sinh: hẹp eo động mạch chủ, còn ống động mạch, ống nhĩ- thất chung.

2.2. Suy tim phải

- Các nguyên nhân về phổi : bệnh phổi mạn tính, gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực, nhồi máu phổi, tăng áp lực động mạch phổi tiên phát.
- Các nguyên nhân về tim mạch : hẹp van hai lá, bệnh tim bẩm sinh (hẹp động mạch phổi, tam chứng Fallot, thông liên thất, thông liên nhĩ), viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

2.3. Suy tim toàn bộ

- Thường gặp nhất là suy tim trái tiến triển nhanh thành suy tim toàn bộ, bệnh cơ tim giãn, viêm tim toàn bộ do thấp tim, viêm cơ tim, cường giáp trạng, thiếu vitamin B1, thiếu máu nặng.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Suy tim trái

Triệu chứng cơ năng :

- Khó thở : lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở thường xuyên (khi nặng người bệnh phải ngồi dậy để thở)
- Ho : thường ho khan, cũng có khi ho có đàm lẫn một ít máu tươi, ho hay xảy ra vào ban đêm hoặc khi người bệnh gắng sức
- Triệu chứng suy tim trái được chia ra
 - + Độ 1 : người bệnh có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng
 - + Độ 2 : các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, các hoạt động về thể lực bị giảm nhẹ
 - + Độ 3 : các triệu chứng cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít và bị hạn chế nhiều các hoạt động về thể lực
 - + Độ 4 : các triệu chứng cơ năng tồn tại một cách thường xuyên, kể cả khi nghỉ ngơi.

Triệu chứng thực thể:

- Nhìn và sờ thấy mỏm tim đập lệch sang trái
- Nhịp tim nhanh, nghe tim đôi khi thấy tiếng ngựa phi, có tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm
- Phổi : có một số ran ầm ở hai đáy phổi, trường hợp con hen tim có thể nghe được nhiều ran rít và ran ầm
- Huyết áp động mạch tối đa thường bị giảm, huyết áp tối thiểu bình thường nên số huyết áp chênh lệch thường nhỏ lại

Cận lâm sàng :

- X quang : phim phổi thấy bóng tim to ra, vùng rốn phổi mờ.
- Điện tâm đồ: ghi điện tim đồ các chuyển động trước tim và ngoại biên thường thấy trực trái, dày nhĩ trái và dày thất trái.
- Siêu âm tim: thường thấy kích thước các buồng tim giãn to, qua siêu âm biết được các tổn thương cản van động mạch chủ, van hai lá, bệnh cơ tim

3.2. Suy tim phải

Triệu chứng cơ năng

- Khó thở thường xuyên, ngày một tăng
- Cảm giác đau tức hạ sơn phải (do gan to)

Triệu chứng thực thể: các triệu chứng của suy tim phải chủ yếu là các dấu hiệu ứ máu ngoại biên

- Gan to, sờ vào thấy đau
- Tĩnh mạch cổ nổi
- Tím da và niêm mạc nhợt : do máu ứ trệ ở ngoại biên
- Phù : mềm lúc đầu chỉ khu trú ở hai chi dưới, sau suy tim nặng có thể phù toàn thân, thậm chí có thêm cả tràn dịch các màng
- Đái ít : 200-500 ml/ngày, nước tiểu đậm màu
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực tĩnh mạch ngoại biên đều tăng cao

- Nhịp tim thường nhanh, đôi khi nghe tiếng ngựa phi
- Huyết áp động mạch tối đa bình thường, nhưng huyết áp động mạch tối thiểu thường tăng

Cận lâm sàng:

- Trên tim phổi thăng: cung dưới phải dãn, mỏm tim nâng cao hơn phía trên của vòm hoành phải. Động mạch phổi dãn to. Phổi mờ nhiều do ứ máu ở phổi.
- Trên phim nghiêng trái: thất phải to làm cho khoảng sáng sau xương ức bị hẹp lại
- Điện tâm đồ: trực phải, dày nhĩ phải, dày thất phải.
- Siêu âm tim :kích thước thất phải dãn to, có thể thấy dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi.

3.3. Suy tim toàn bộ

- Thường biểu hiện của suy tim phải mức độ nặng
- Khó thở thường xuyên
- Phù toàn thân
- Tĩnh mạch cổ nổi to
- Gan to nhiều
- Áp lực tĩnh mạch tăng rất cao
- Thường có thêm tràn dịch màng phổi, màng tim hay màng bụng
- Huyết áp tối đa hạ, huyết áp tối thiểu tăng, do vậy huyết áp trở nên bị kẹt
- X quang: tim to toàn bộ
- Điện tâm đồ: có thể biểu hiện dày hai thất.

4. Biến chứng

- Phù phổi cấp :nếu không cấp cứu kịp thời sẽ tử vong
- Rối loạn nhịp tim :ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, rung nhĩ, rung thất.
- Bội nhiễm phổi :do ứ máu ở phổi nhiều nên người bệnh hay bị viêm phế quản, viêm phổi
- Tắc mạch :do dòng chảy của máu giảm đi rất nhiều nên dễ tạo cục máu đông gây tắc mạch não, tắc mạch phổi, tắc mạch thận, mạch mạc treo.

5. Điều trị

❖ Nguyên tắc chung

- Nghỉ ngơi làm giảm công của tim
- Làm tăng cường sự co bóp cho tim bằng thuốc
- Hạn chế ứ máu tuần hoàn bằng các thuốc lợi tiểu, hạn chế uống nước và ăn ít muối.

❖ Những biện pháp điều trị chung

- Nghỉ ngơi: không để người bệnh gắng sức (leo cao, mang nặng, táo bón, rặn đẻ,...) giảm hay bỏ hẳn các hoạt động gắng sức
- Chế độ ăn nhạt :rất cần thiết vì muối ăn làm tăng áp lực thẩm thấu trong máu, do đó làm tăng khối lượng tuần hoàn, gây tăng gánh nặng cho tim.

Suy tim nặng, phù nhiều chỉ được dùng 0.5 gam muối/ngày, các trường hợp khác cũng hạn chế muối (1-2 gam/ngày)

- Thuốc lợi tiểu
 - + Hydrochlorothiazid : dùng đường uống trong suy tim mạn tính. Thuốc gây đào thải nhiều kali ra nước tiểu cho nên khi dùng thuốc này phải cho người bệnh uống thêm kaliclorua để tránh hạ kali.
 - + Furosemid: có thể dùng đường uống và đường tiêm, là loại lợi tiểu mạnh và tác dụng nhanh.
 - + Aldacton (Spironolacton) : là loại thuốc lợi tiểu không làm mất kali. Thường dùng loại này khi có phù kéo dài hoặc điều trị bằng các loại thuốc lợi tiểu khác không thấy có kết quả.
- Thuốc trợ tim : thường sử dụng digoxin, có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm tùy theo tình trạng hiện tại của bệnh nhân.
- Thuốc vận mạch : Dobutamin, Dopamin thường được truyền tĩnh mạch bằng bơm tiêm điện
- Các thuốc dãn mạch (Nitroglycerin) có thể dùng đường uống, có thể truyền tĩnh mạch trong trường hợp suy tim trái.
- Thuốc chống đông : được sử dụng trong trường hợp có tắc mạch cấp
- Thuốc tiêu sợi huyết làm tan các huyết khối
- Điều trị theo nguyên nhân : tùy theo nguyên nhân gây ra suy tim mà áp dụng thuốc điều trị cho phù hợp.

6. Chăm sóc

a. Nhận định tình trạng người bệnh

- Biểu hiện mệt mỏi
- Da xanh (hoặc tím ở giai đoạn nặng)
- Môi và đầu chi tím
- Khó thở : thường xuyên hay phải ngồi để thở (nặng)
- Tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù (suy tim phải)
- Ho : khan hay có đờm lẫn ít máu
- Nhịp tim nhanh
- Huyết áp tối đa hạ hoặc bình thường và huyết áp tối thiểu thường tăng dẫn đến huyết áp trở nên kẹt
- Khi người bệnh đã bị biến chứng sẽ nhận thấy có các biểu hiện bởi nhiễm phổi, rối loạn nhịp tim, tắc mạch, cơn hen tim, cổ trướng
- Số lượng nước tiểu/ngày

b. Kế hoạch chăm sóc theo dõi

- Nghỉ ngơi và chăm sóc về tinh thần
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, điện tâm đồ, các biểu hiện bất thường ít nhất 2 lần/ngày, khi bệnh tiến triển nặng phải theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc, xét nghiệm, các thủ thuật
- Dinh dưỡng cho người bệnh phải đủ calo/ngày, thực hiện đúng chế độ ăn của người bệnh

- Vệ sinh hằng ngày
- Giáo dục sức khỏe

c. Thực hiện chăm sóc

❖ Nghỉ ngơi, tư thế

- Người bệnh suy tim chế độ nghỉ ngơi là rất cần thiết, không được hoạt động gắng sức nhất là giai đoạn bệnh nặng lên. Để người bệnh nằm nghỉ ở phòng yên tĩnh, có đầy đủ các phương tiện. Người bệnh nằm đầu cao 30°. Có máy theo dõi điện tim, huyết áp, nhịp tim và SpO2, dụng cụ cấp cứu khi cần như máy sốc tim.
- Suy tim nặng : người bệnh cần nghỉ ngơi tuyệt đối cả về thể chất và tinh thần. Để bệnh nhân nằm đầu cao 45°, do bệnh nhân khó thở nên phải để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi nhưng không được để thẳng 2 chân (vì sẽ làm giảm lượng máu tĩnh mạch trở về tim, làm giảm ứ trệ máu ở phổi) cho người bệnh đỡ khó thở
- Giúp người bệnh thay đổi tư thế khi có yêu cầu, khi thay đổi tư thế cần xoa nhẹ những vùng bị tỳ đè giúp mạch máu được lưu thông. Cần đỡ tay bằng những đệm gối để người bệnh đỡ mệt mỏi.
- Cần phải cho người bệnh biết rằng một ngày nghỉ ngơi hoàn toàn sẽ giảm bớt tim khoảng 25 000 nhịp co bóp

❖ Giảm lo lắng

- Người bệnh suy tim hay bồn chồn, lo lắng, họ cảm thấy bất lực vì khó thở mà thường khó thở tăng lên về ban đêm, do vậy điều dưỡng cần chăm sóc họ về tinh thần, nhất là đêm trực phải theo dõi quan sát phát hiện tình trạng thiếu oxy não (khó thở, vật vã) và ban đêm nên cho phép người thân của họ ở bên cạnh.

❖ Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Theo dõi trên Monitor : huyết áp, SpO2, điện tim ghi vào phiếu theo dõi. Báo bác sĩ nếu SpO2 < 80%, huyết áp tăng lên quá cao hoặc đột nhiên hạ thấp, loạn nhịp tim, nhịp thở nhanh > 25 lần/phút hoặc chậm < 10 lần/phút, nhịp tim < 60 lần/phút hoặc > 120 lần/phút.
- Không có máy theo dõi, phải thực hiện lấy dấu hiệu sinh tồn
- Mạch, nhịp tim : 2 lần/ngày vào buổi sáng và chiều, tình trạng người bệnh nặng phải thực hiện nhiều lần/ngày tùy theo yêu cầu của bác sĩ. Khi đếm chú tần số, biên độ mạch, phải đếm trọn một phút, nếu mạch đếm quá khó phải đếm nhịp tim
- Nhịp thở : theo dõi kiểu thở, tần số, da, sắc mặt nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ, khi cho người bệnh thở oxy phải đánh giá sự đáp ứng của bệnh nhân và tình trạng tiết đàm nhót
- Huyết áp, nhiệt độ : 2 lần/ngày, nếu nặng thì phải thực hiện 15 phút/lần, 30 phút/lần, báo lại khi kết quả không bình thường.
- Đo điện tim : đo ít nhất một/ngày, khi tình trạng bệnh nặng đo theo yêu cầu

- Nước tiểu : theo dõi số lượng nước tiểu/ngày, đánh giá cân bằng dịch ra và vào
- Theo dõi phù và cân nặng : xem bệnh nhân phù kín đáo hay phù to, tràn dịch các màng. Tình trạng mất nước khi người bệnh có sử dụng thuốc lợi tiểu. Theo dõi cân nặng 2 lần/tuần và cân hàng ngày khi suy tim nặng.

❖ Thực hiện y lệnh

- Cho người bệnh dùng thuốc theo chỉ định, đếm mạch trước khi uống thuốc nếu mạch < 60 lần/phút ngừng cho uống và báo lại
- Sau khi uống thuốc : theo dõi dấu hiệu sớm của ngộ độc (chán ăn, buồn nôn, rối loạn nhịp tim, cơn nhịp nhanh kịch phát)
- Thuốc lợi tiểu cho uống buổi sáng, thuốc an thần cho uống buổi tối, kali phải cho uống sau bữa ăn.
- Thực hiện y lệnh : xét nghiệm máu, nước tiểu ; điện tim, x quang, siêu âm
- Phụ giúp bác sĩ làm các thủ thuật khi có chỉ định : chọc dò màng tim, màng bụng.

❖ Chế độ ăn uống

- Tùy theo giai đoạn của bệnh : đảm bảo đủ năng lượng 1500 – 2000 calo/ngày, chia nhiều bữa, thức ăn luôn thay đổi, hợp vệ sinh, dễ tiêu, phù hợp với sở thích
- Giảm muối : 6- 8 g muối/ngày giảm xuống $\frac{1}{2}$ hay $\frac{1}{4}$
- Giảm nước : lượng nước người bệnh được phép uống = lượng nước tiểu/24h + 500 ml hoặc 300 ml (nếu có phù)
- Năng lượng vừa đủ 25 – 35 calo/kg/ngày
- Protid : 0,4 – 1,2 g/kg/ngày
- Glucid : nên dùng loại đường dễ hấp thu như đường đơn, hoa quả
- Chống toan máu, thức ăn giàu kali
- Hạn chế thức ăn kích thích thần kinh
- Thức ăn dễ tiêu tránh tăng gánh nặng cho tim
- Hạn chế thức ăn sinh hơi
- Chia nhiều bữa nhỏ trong ngày

❖ Vận động trị liệu

- Thay đổi tư thế, xoa bóp nhẹ nhàng vùng tỳ đè để mạch máu lưu thông
- Khuyên khích người bệnh tự xoa bóp và gấp duỗi chi, vận động nhẹ nhàng trong điều kiện cho phép để tránh tắc mạch và máu về tim dễ dàng
- Khi nằm kê cao hai chân
- Vệ sinh hằng ngày: hướng dẫn họ thực hiện vệ sinh cá nhân sạch sẽ (răng miệng, thân thể, thay quần áo,...), giai đoạn nặng điều dưỡng giúp bệnh nhân thực hiện các nhu cầu vệ sinh cá nhân.

❖ Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ

- Giải thích tầm quan trọng của sự nghỉ ngơi, giảm lo lắng để nhanh hồi phục, tránh gắng sức
- Khi thấy biểu hiện bất thường : khó thở, hồi hộp, trống ngực, chóng mặt,

báo ngay cho điều dưỡng biết

- Hướng dẫn chế độ ăn uống theo đúng y lệnh, tự xoa bóp vận động, thay đổi tư thế
- Hướng dẫn uống thuốc theo đơn và các triệu chứng ngộ độc digoxin : buồn nôn, nhìn vàng, tiêu chảy.
- Giải thích tầm quan trọng của tái khám định kỳ

7. Đánh giá

- Người bệnh suy tim được chăm sóc tốt sẽ được đánh giá như sau :
- Các triệu chứng khó thở, ho, phù,... đã thuỷt giảm
- Tình trạng tinh thần khá hơn, yên tâm và bằng lòng với bệnh tật, cộng tác với cán bộ y tế
- Các dấu hiệu sinh tồn đã ổn định
- Người bệnh đỡ tím môi, đầu chi
- Đở phù hay hết phù: lượng nước tiểu $> 1000 \text{ ml/ngày}$
- Bảng theo dõi dịch ra và vào cân bằng
- Ăn uống thấy ngon miệng
- Người bệnh được chăm sóc chu đáo về thể chất và tinh thần
- Người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, vận động và thực hiện theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.

BÀI 3 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được nguyên nhân của bệnh hen HPQ
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển bệnh hen HPQ
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh HPQ

1. Đại cương

Hen phế quản là một hội chứng mạn tính ở đường hô hấp với 3 đặc điểm: viêm, co thắt phế quản, tăng tính phản ứng phế quản làm chít hẹp đường thở, hạn chế lưu thông khí. Tỷ lệ người mắc bệnh hen phế quản có xu hướng tăng, đặc biệt là trẻ em. Nguyên nhân gây bệnh rất phức tạp và chưa có thuốc điều trị khỏi mà chỉ điều trị cắt cơn hen và hạn chế biến chứng.

2. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi

- Dị ứng
 - + Hen phế quản đã được xác định những chất thường gây dị ứng
 - + Hít phải những chất: phấn hoa, bụi sơn, bụi len, khói hóa chất, xăng dầu, lông gia cầm, bụi nhà,...
 - + Thức ăn: hải sản (tôm, cua, cá,...)
 - + Vi khuẩn, nấm
 - + Thuốc: vaccin, penicillin
- Nhiễm khuẩn: thường là nguyên nhân làm khởi phát cơn hen (viêm phế quản mạn, viêm xoang, viêm amidan)
- Yếu tố vật lý: thay đổi thời tiết, nhiệt độ (gió mùa, lạnh), độ ẩm cao
- Do gắng sức: làm việc quá sức, lao động nặng nhọc
- Stress tinh thần: làm khởi phát cơn hen hay làm nặng hơn, cơ chế chưa rõ

3. Phân loại hen phế quản

- Hen ngoại sinh (hen dị ứng): có đặc điểm
 - + Có tiền sử gia đình
 - + Xảy ra ở người trẻ tuổi và trẻ em
 - + Có tiền sử bản thân về bệnh dị ứng
 - + Cơ hen có liên quan đến dị nguyên đặc hiệu: phấn hoa, bụi nhà, lông súc vật
 - + Test da: dương tính với các dị nguyên đặc hiệu
 - + Xuất hiện: IgE trong máu
 - + Điều trị giải mẫn cảm có kết quả
- Hen nội sinh (hen nhiễm khuẩn) loại hen này có những đặc điểm
 - + Xảy ra ở người lớn tuổi
 - + Không có tiền sử gia đình

- + Không có tiền sử bản thân về dị ứng
- + Cơn hen có liên quan đến nhiễm khuẩn đường hô hấp: viêm họng, VPQ
- + Test da âm tính
- + Điều trị giả mẫn cảm không kết quả
- Hen phổi hợp: phổi hợp giữa hen dị ứng và hen nhiễm khuẩn, nhưng yếu tố dị ứng đóng vai trò quan trọng. Cơn hen xảy ra do nhiễm khuẩn đường hô hấp, người bệnh có biểu hiện nhiễm khuẩn nổi bật.
- Hen ác tính (hen nặng): cơn hen kéo dài trên 24 h có biểu hiện suy hô hấp nặng (khó thở, môi tím) dùng thuốc thông thường không có hiệu quả. Hen ác tính là một cấp cứu nội khoa, bệnh dễ tử vong do thiếu oxy máu và tăng CO₂.
- Hen mạn tính: cơn hen xảy ra liên tục, thường xuyên, phổi có tổn thương thực thể (xơ phổi, giãn phế quản, giãn phế nang)
- Hen gắng sức: xảy ra khi người bệnh chạy quá sức
- Các thể hen khác: viêm phế quản thể hen

4. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng

- Cơn hen phế quản là cơn khó thở cấp
- Triệu chứng báo trước: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mũi, ngứa mắt, đỏ mắt, ho khan hay ho có đờm
- Bắt đầu cơn khó thở: khó thở chậm, khó thở thì thở ra, có tiếng co cử, khó thở tăng dần, phải tựa tay vào thành giường để thở. Người bệnh nặng nhọc, vã mồ hôi có khi ướt hết cả áo, tiếng nói ngắn quãng. Khó thở kéo dài 5 – 10 phút rồi giảm dần và hết, nhưng cũng có khi hàng giờ, có khi cả ngày
- Khi bệnh nhân hết khó thở sẽ kết thúc bằng một trận ho nhiều, khạc đàm dãi, trong quánh và trắng đính. Người bệnh càng khạc nhiều đàm dãi thì càng dễ chịu. Hết cơn, người bệnh rất mệt nhọc và ngủ được
- Cơn hen thường xảy ra về ban đêm hoặc khi thay đổi thời tiết
- Khám phổi trong cơn hen
- Gõ lồng ngực: trong
- Nghe: rì rào phế nang giảm, có vùng phổi thở bù, có tiếng ran rít ran ngáy khắp hai trường phổi, sau cơn hen không gì đặc biệt
- Tim mạch: nhịp tim thường nhanh 100- 130 lần/phút, có thể loạn nhịp, ngoại tâm thu, huyết áp tăng

Cận lâm sàng

- X-quang: ngoài cơn hen chụp phổi thấy hình ảnh xương sườn nằm ngang, các khoang liên sườn giãn rộng, hai phế trường sáng mà có vùng rất sáng, rốn phổi đậm
- Chức năng hô hấp

- Hết cơn hen thể tích thở ra tối đa (FEV) giảm
- Dung tích sống (DTS) có thể bình thường, sức cản đường thở tăng $>2 \text{ cmH}_2\text{O/lít/s}$
- Xét nghiệm phân tích khí máu
- Lấy máu trong cơn hen để làm xét nghiệm
- Áp suất oxy động mạch (PaO_2) giảm $< 70 \text{ mmHg}$
- Áp suất CO_2 động mạch (PaCO_2) tăng có khi $> 50 \text{ mmHg}$
- Độ bão hòa oxy SaO_2 giảm
- pH máu giảm khi có toan hô hấp
- Xét nghiệm đờm: bạch cầu ái toan, bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, vi khuẩn.

5. Triển và biến chứng

- Triển triển: cơn hen không giống nhau ở những người bệnh, có người triển triển một thời gian dài, có người bị liên tục, có người khỏi hẳn. Nếu người bệnh bị diễn biến lâu dài sẽ có những biến chứng thành hen nội sinh, triển triển nhanh thàm tâm phế mạn.
- Biến chứng
 - + Nhiễm khuẩn: đợt bội nhiễm làm bệnh thêm nhất là ở thể hen mạn tính và người có tuổi. Xuất hiện những triệu chứng như: sốt, ho, khạc đờm, khó thở, có thể có suy hô hấp.
 - + Lao phổi: thường là lao xơ
 - + Giãn phế nang
 - + Suy hô hấp
 - + Suy thất phải

6. Điều trị

Trong cơn hen nặng

- Để tư thế người bệnh nằm đầu cao 45° hoặc ngồi
- Thở oxy qua mặt nạ 6 - 8 lít/phút, đảm bảo $\text{SpO}_2 > 95\%$
- Thuốc dẫn phế quản
- Khí dung
- Salbutamol
- Terbutalin
- Tiêm dưới da terbutalin 0,5mg đến 1-2mg/ngày
- Tiêm tĩnh mạch chậm aminophyllin
- Truyền tĩnh mạch
- Salbutamol 0,5 mg hoặc Aminophyllin 0,48 mg hoặc terbutalin 1 - 2mg
- Corticosteroid tiêm tĩnh mạch: methylprednisolon hoặc hydrocortison
- Hết cơn duy trì thuốc khí dung hạ liều từ từ
- Kháng sinh: dùng khi có bội nhiễm
- Đảm bảo cân bằng dịch cơ thể để tránh rối loạn điện giải, do người

bệnh mất nhiều nước vì thở nhiều, toát mồ hôi và tiết nhiều dịch.

Điều trị ở nhà

- Theo chỉ định của bác sĩ
- Điều trị cơ bản: tùy thuộc vào mức độ hen
- Hen bậc một: chỉ dùng thuốc dẫn phế quản dạng xịt khi cần (ventolin, volmax, ...)
- Hen bậc hai: dùng đường uống các loại thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn như salbutamol hoặc theophyllin
- Hen bậc ba: dùng thuốc giãn phế quản dạng xịt phổi hợp corticosteroid như: seretid, theostat, bambec, volmax, ...
- Hen bậc bốn: thuốc dùng giống hen bậc ba nhưng phải dùng corticoid đường uống

7. Chăm sóc

a. Nhận định

- Người bệnh bị hắt hơi liên tục, sổ mũi, ngứa mũi, ho khan, điều dưỡng cần chú ý sẽ diễn ra cơn hen
- Khi có cơn hen, bệnh nhân khó thở liên tục
- Hồi tiền sử bệnh, thời gian xuất hiện cơn hen, bệnh về đường hô hấp, các nhiễm khuẩn mạn, môi trường sống và làm việc
- Quan sát: toàn trạng, tinh thần (mệt mỏi, lo lắng, hốt hoảng, bồn chồn, cảm giác như sắp tắc thở), khó thở liên tục, khó thở khi thở ra, tiếng cò cử, nói hồn hồn, có lúc phải tỳ vào thanh giường để thở, vã mồ hôi
- Thời gian cơn khó thở kéo dài 5 – 10 phút, có khi hàng giờ, cả ngày sau đó giảm dần và hết
- Khi hết cơn khó thở nhận thấy người bệnh rất mệt nhọc, ho rất nhiều và khạc ra nhiều đàm dãi trắng đính, khạc xong dễ chịu và buồn ngủ
- Thu thập thông tin qua kết quả cân lâm sàng

b. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường trong cơn hen
- Chăm sóc tinh thần
- Thực hiện các y lệnh (thuốc, xét nghiệm, các thủ thuật,...)
- Thực hiện các hành động chăm sóc
- Giáo dục sức khỏe

c. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

❖ *Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường của người bệnh trong cơn hen*

- Theo dõi sự thay đổi của cơ quan hô hấp: đếm nhịp thở, chú ý tần số và biên độ
- Đo nhiệt độ, đếm mạch, nếu thấy kết quả bất thường phải báo ngay bác sĩ để can thiệp sớm, phòng biến chứng xảy ra.

❖ *Theo dõi tình trạng hiện tại*

- Về tinh thần, điều dưỡng cần trấn an, động viên, luôn có mặt bên cạnh người bệnh để họ yên tâm, gắng chịu đựng qua cơn khó thở. Theo dõi sát người bệnh có bội nhiễm, người già xuất hiện cơn hen để phòng cơn ngừng thở để xử lý.

❖ *Thực hiện y lệnh của thày thuốc*

- Chuẩn bị dụng cụ cho người bệnh thở oxy, theo dõi sát nếu thấy SpO2 thấp, biểu hiện suy hô hấp, cần thông báo bác sĩ
- Chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo.
- Chuẩn bị dụng cụ thực hiện khí dung thuốc dẫn phế quản
- Thực hiện các xét nghiệm: xét nghiệm máu, khí máu,....
- Theo dõi sự đáp ứng thuốc và phản ứng thuốc ở người bệnh sau dùng thuốc.

❖ *Thực hiện các hành động chăm sóc*

- Khi đang có cơn hen: có khó thở dữ dội, đặt người bệnh tư thế thích hợp cho hô hấp và ho khạc. Điều dưỡng bên cạnh động viên, cho thở oxy và lau khô mồ hôi, thay quần áo
- Hạn chế thăm bệnh
- Theo dõi, đánh giá tình trạng mất nước, tăng cường lượng dịch vào cơ thể để làm loãng đàm. Lập bảng cân bằng dịch ra và vào, đánh giá hàng ngày
- Khi hết cơn hoặc người bệnh có cơn hen kéo dài nhưng vẫn phải đảm bảo cho người bệnh ăn uống đủ năng lượng, thức ăn giàu dinh dưỡng, đủ vitamin
- Theo dõi sắc mặt, môi, dấu hiệu khát nước, thái độ của người bệnh, số lượng nước tiểu
- Theo dõi sự thay đổi về tinh thần: lنى lộn, mất định hướng, trầm cảm hay kích động
- Sự thay đổi về động tác hô hấp: mức độ khó khăn để phát hiện dấu hiệu thiếu oxy máu và suy hô hấp
- Khi cơn khó thở giảm dần và hết, người bệnh rất mệt mỏi, điều dưỡng giúp vỗ rung để ho khạc đờm dễ, thông đường hô hấp
- Sau khi hết cơn hen điều dưỡng cần đánh giá tình trạng hô hấp
- Nếu người bệnh bị hen nặng cần tiếp tục thở oxy, nếu nhẹ hết cơn khó thở cần chăm sóc ngủ và nghỉ cho người bệnh
- Cần chú ý phòng bệnh phải yên tĩnh, tránh ồn ào, thăm bệnh
- Thực hiện chăm sóc nhẹ nhàng để người bệnh dễ chịu, tránh các yếu tố căng thẳng cho người bệnh

❖ *Giáo dục sức khỏe*

- Kiểm soát chặt chẽ môi trường gây dị ứng: phòng ngủ, trong nhà để người bệnh tránh tiếp xúc dị nguyên (bụi nhà, lông chó mèo,...)
- Giải thích để người bệnh hiểu để tránh lo âu và cáu giận gây bệnh

nặng lên

- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập ho, tập thở bụng, thở chum môi, luyện tập làm giãn nở phổi, tập khạc đờm
- Phổ biến kiến thức phòng và nâng cao sức khỏe, đảm bảo dinh dưỡng, uống đủ nước
- Chế độ làm việc, ngủ, nghỉ, vận động hợp lý.
- Tránh môi trường ô nhiễm, nơi độ ẩm cao
- Không hút thuốc lá, thuốc lào
- Không lạm dụng thuốc dẫn phế quản và thuốc co mạch
- Không dùng các loại thuốc gây dị ứng

d. Lượng giá

Kế hoạch chăm sóc tốt khi nhận thấy:

- Người bệnh yên tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc
- Không bị nhiễm khuẩn, không xảy ra biến chứng
- Người bệnh được chăm sóc chu đáo về thể chất và tinh thần
- Sau cơn hen: chức năng hô hấp ổn định, sinh hoạt và lao động bình thường
- Người bệnh có kiến thức về y học, hiểu và thực hiện theo sự chỉ dẫn của điều dưỡng.

BÀI 4 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được nguyên nhân của bệnh lý viêm phổi
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển bệnh lý viêm phổi
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phổi

1. Đại cương

Viêm phổi là viêm nhiễm nhu mô phổi bao gồm viêm phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết, khoảng kẽ và tiêu phế quản tận cùng. Viêm phổi cấp tính là nguyên nhân tử vong nghiêm trọng ở mọi lứa tuổi nhất là trẻ em và người già.

2. Nguyên nhân

- Phế cầu, liên cầu, tụ cầu và virus
- Điều kiện thuận lợi : thời tiết lạnh, cơ thể yếu, suy giảm miễn dịch, người già, những người bệnh nằm lâu, người già yếu không thay đổi tư thế gây ứ đọng dịch và đờm dẫn đến viêm phổi
- Người bệnh có tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh ở tai mũi họng
- Bệnh lý cản trở sự lưu thông khí ở phổi cũng là yếu tố dễ dẫn đến viêm phổi.

3. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng

❖ Triệu chứng toàn thân

- Bệnh xảy ra đột ngột, bắt đầu bằng cơn rét run, ớn lạnh
- Thân nhiệt tăng cao rất nhanh, mặt đỏ, môi khô, lưỡi bẩn, toát mồ hôi, môi tím nhẹ
- Mạch nhanh
- Có thể xuất hiện khó thở ở người bệnh bị viêm phổi nặng; có khi người bệnh nôn, trướng bụng.
- Có thể có tiền sử nhiễm khuẩn đường hô hấp trước đó hoặc ở người già các triệu chứng trên thường không rõ rệt

❖ Triệu chứng tại chỗ

- Đau ngực : đau bên tồn thương, triệu chứng này bao giờ cũng có, đôi khi nỗi bật
- Ho : lúc đầu ho khan, sau đó ho có đờm, đờm có màu gỉ sắt quánh dính
- Khám phổi có hội chứng đồng đặc phổi
- + Gõ đục
- + Rung thanh tăng
- + Rì rào phế nang giảm hay mất

- Trong giờ đầu có thể nghe thấy rì rào phế nang giảm và ran nở ở bên tồn thương

❖ *Cận lâm sàng*

- X quang: đám mờ hình tam giác đáy quay ra ngoài
- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu tăng, BC ĐNTT 80 – 90%
- Cấy tim vi khuẩn trong đờm
- Cấy máu: phế cầu khuẩn mọc
- Nước tiểu: protein niệu (+)

4. Tiến triển và biến chứng

❖ *Tiến triển của bệnh*

- Người bệnh sốt liên tục $39 - 40^{\circ}$, khạc đờm có mủ vàng, có khi vàng da, vàng mắt trong tuần lễ đầu
- Sau đó các triệu chứng cơ năng tăng lên và sốt giảm dần, vã mồ hôi, đi tiểu nhiều, cảm thấy dễ chịu. Trường hợp nặng người bệnh khó thở, tím tái, sốt cao liên tục 40° , mạch nhanh, huyết áp hạ, trụy mạch, có thể bị phù phổi cấp cần đề phòng tử vong.

❖ *Biến chứng*

- Sốc : khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp hạ
- Phù phổi
- Viêm màng ngoài tim có mủ

5. Điều trị

- Dùng kháng sinh cho phù hợp : nhóm penicillin, cephalosporin, hay phối hợp beta-lactamin+ aminosid
- Vitamin B, C
- Thở oxy
- Thuốc giảm đau hạ sốt : paracetamol
- Thuốc ho, long đờm
- Dùng thuốc trợ tim, nâng huyết áp khi có trụy mạch khi có biến chứng

6. Chăm sóc người bệnh

a. **Nhận định**

- Nhìn tổng thể người bệnh, vẻ mặt nhiễm khuẩn như : đột ngột có cơn rét run, ớn lạnh, mặt đỏ, môi khô, lưỡi bẩn, toát mồ hôi, ho ra đờm màu giásắt.
- Người bệnh rất mệt nhọc, khó chịu, tinh thần lo lắng, không muốn ăn
- Triệu chứng đau ngực, đau tăng lên khi thở và ho
- Tiền sử mắc bệnh đường hô hấp, có thể nghiện thuốc lá, thuốc lào
- Sinh hiệu : mạch nhanh, nhịp thở nhanh, nhiệt độ tăng cao
- Tham khảo kết quả xét nghiệm.

b. **Lập kế hoạch chăm sóc**

- Làm hạ nhiệt độ cơ thể người bệnh
- Thực hiện khẩn trương, chính xác các y lệnh
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường của bệnh

- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh
- Thực hiện các hành động chăm sóc cơ bản
- Giáo dục sức khỏe

c. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

❖ *Làm hạ nhiệt độ cơ thể người bệnh*

Chườm mát bằng khăn hay chườm lạnh bằng túi chườm đá ở trán, bẹn để giảm bớt nhiệt độ cơ thể người bệnh, giúp họ đỡ khó chịu. Theo dõi thân nhiệt sau khi dùng thuốc

❖ *Thực hiện khăn trương và chính xác các y lệnh*

- Để người bệnh nằm tư thế thích hợp cho dễ thở và cho thở oxy theo chỉ định
- Thực hiện thuốc kháng sinh tiêm hoặc uống, thuốc hạ nhiệt, thuốc ho, vitamin C, B
- Truyền dịch tĩnh mạch theo y lệnh
- Thực hiện các cận lâm sàng :xét nghiệm máu, đờm, x quang.

❖ *Đo dấu hiệu sinh tồn và dấu hiệu bất thường*

- Tùy vào tình trạng người bệnh mà lấy dấu hiệu sinh tồn để đánh giá đáp ứng của điều trị và hiệu quả của chăm sóc
- Theo dõi sát tình trạng hô hấp đặc biệt ở người bị viêm phổi nặng, người già và trẻ em (tần số thở, tính chất thở)
- Theo dõi các biểu hiện tím tái, khó thở, vật vã kích thích, rối loạn y thức. Khi bị viêm phổi mà bị mê sảng là một cứu nội khoa cần báo ngay để xử trí kịp thời
- Theo dõi các biểu hiện của biến chứng : tràn dịch màng phổi khi bị viêm phổi nặng và điều trị muộn, sốc (trụy mạch) ở viêm phổi do vi khuẩn gram âm và người già, xẹp phổi và tắc nghẽn phế quản do đờm và dịch xuất tiết
- Trong suốt quá trình chăm sóc cần theo dõi tổng trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn nhằm phát hiện các bất thường về hô hấp, tuần hoàn, nhiễm khuẩn toàn thân để báo ngay cho kịp thời xử trí
- Thực hiện giám sát và chăm sóc đặc biệt ở người bệnh có nghiện rượu, COPD vì rất khó nhận thấy sự thay đổi rõ ràng các biểu hiện của bệnh lý.

❖ *Dinh dưỡng*

- Đảm bảo chế độ ăn uống đầy đủ và giám sát việc thực hiện chế độ ăn uống của người bệnh
- Thức ăn đủ chất dinh dưỡng, đủ calo/ngày bằng cách tăng cường thịt, cá, trứng, sữa,... giàu vitamin như các loại hoa quả tươi tránh kiêng kém. Chế biến thức ăn lỏng, ám, dễ tiêu, hợp khẩu vị và chia nhiều bữa khi người bệnh có chán ăn.
- Tăng cường lượng dịch vào cơ thể trong giới hạn cho phép sẽ giúp bù lượng nước mất do sốt, thở nhanh và làm loãng đàm, thông đường hô hấp.

❖ *Các hành động chăm sóc*

- Vệ sinh răng miệng, thân thể hàng ngày, thay quần áo và ga giường để tránh bội nhiễm và sự lây lan mầm bệnh
- Khuyến khích người bệnh ho, khạc đàm để tránh ứ động bằng cách vỗ rung lồng ngực, lúc lắc, các tư thế nằm dần lưu phổi
- Tăng cường sự thông khí buồng bệnh, vệ sinh sạch sẽ buồng bệnh
- Hạn chế tiếp xúc nhiều người để tránh lây lan và đảm bảo yên tĩnh cho nghỉ ngơi

❖ *Giáo dục sức khỏe*

- Giải thích cho người bệnh về bệnh tật của họ để yên tâm phối hợp với cán bộ tế trong điều trị và chăm sóc
- Nêu lên các tác hại của hút thuốc lá và không nên hút thuốc lá, thuốc lào
- Khi ho hắt hơi phải dùng khăn mùi xoa che lại và quay sang hướng khác
- Duy trì chế độ tập thể dục hàng ngày và tập thở sâu, ho khạc đàm giúp phổi dần nở tốt và thông đường hô hấp.
- Duy trì chế độ ăn uống và nghỉ ngơi để hồi phục sức khỏe. Tránh lạnh đột ngột và biết giữ ấm cơ thể khi lạnh
- Tái khám định kỳ theo sự hướng dẫn của thầy thuốc.

d. **Đánh giá**

- Người bệnh viêm phổi được chăm sóc tốt và đáp ứng với điều trị
- Người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu, các biểu hiện lâm sàng đã thuyên giảm
- Dấu hiệu sinh tồn ổn định và không bị các biến chứng
- Người bệnh có kiến thức về tự chăm sóc, phòng bệnh và thực hiện theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.

BÀI 5 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được nguyên nhân của bệnh ly XHTH
- Mô tả được triệu chứng và biến chứng bệnh ly XHTH
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh XHTH

1. Đại cương

Xuất huyết tiêu hóa là máu thoát ra khỏi thành mạch đường tiêu hóa chảy vào trong lồng ống tiêu hóa. Đây là một cấp cứu nội và ngoại khoa, người bệnh phải được theo dõi sát và đánh giá đúng tình trạng mất máu, đồng thời tìm nguyên nhân gây chảy máu để điều trị kịp thời và có hiệu quả.

2. Nguyên nhân: người bệnh bị xuất huyết đường tiêu hóa do các nguyên nhân sau :

- Nguyên nhân tại bệnh ly tại dạ dày – tá tràng
 - + Loét dạ dày, loét hành tá tràng
 - + Ung thư dạ dày
 - + Viêm dạ dày cấp chảy máu sau uống thuốc, viêm trót chảy máu do rượu mạnh.
- Nguyên nhân do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản
 - + Xơ gan
 - + Tăng áp lực tĩnh mạch cửa do viêm tắc tĩnh mạch
- Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa phần dưới
 - + Trĩ, viêm loét trực tràng, đại tràng, polyp trực tràng, ung thư trực tràng.
- Một số nguyên nhân khác : chảy máu đường mật, bệnh ly tủy xương, bệnh bạch huyết cấp và mạn.

3. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng : tùy theo mức độ chảy máu (nhẹ,vừa và nặng) mà người bệnh có biểu hiện lâm sàng khác nhau, đặc biệt là triệu chứng toàn thân.

3.1. Xuất huyết tiêu hóa phần cao

- Nôn ra máu :chảy máu đỏ tươi, máu đen lẫn máu cục, có thể lẫn cả thức ăn.
- Đi ngoài phân đen như bã cà phê, mùi khắm. Nếu người bệnh bị chảy máu nhiều thì đi ngoài phân thường lỏng, nước màu đỏ xen lẫn phân lỏn nhão màu đen, có thể người bệnh đi ngoài phân cục đen nhánh như nhựa đường, mùi khắm (do táo bón), có thể vừa nôn ra máu, vừa đi ngoài phân đen hoặc chỉ đi ngoài phân đen mà không có nôn ra máu.
- Các dấu hiệu của mất máu : da xanh tái, vã mồ hôi, niêm mạc môi mắt

trắng bêch, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp thấp và kẹt, khó thở, đái ít hay vô niệu.

Đánh giá mức độ mất máu theo khối lượng máu đã mất

- + < 200 ml : mức độ nhẹ
- + 200– 500 ml : trung bình
- + >500 ml : mất máu nặng

Nhưng thực tế trên lâm sàng số lượng máu nôn ra hay đi tiêu không phản ánh đúng tình trạng máu mất.

3.2. Xuất huyết tiêu hóa phần thấp.

- Ăn ra máu tươi, máu cục lẫn phân hoặc ra sau phân, có khi người bệnh bị chảy máu thành tia khi đi đại tiện
- Ăn ra máu tươi lẫn chất nhầy theo phân hoặc lẫn mủ
- Tình trạng toàn thân thường không có biểu hiện vì thường máu mất không nhiều ở đường tiêu hóa thấp, nhưng khi mất máu kéo dài sẽ có biểu hiện thiếu máu mạn

3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu (nếu mất máu nặng): Hct < 30 %, Hb < 10g/dl, HC < 2,5 tr/mm³. Kết quả xét nghiệm có thể chưa thay đổi nhiều trong vài giờ đầu.
- Xét nghiệm cholestena, mật
- X quang: để phát hiện các tổn thương
- Nội soi: để xác định nguyên nhân chảy máu và thực hiện các biện pháp can thiệp cầm máu, phòng chống chảy máu tái phát. Cầm máu cấp cứu qua nội soi, kỹ thuật này giúp chẩn đoán với độ chính xác cao.
- Xét nghiệm phân, cây phân để tìm nguyên nhân chảy máu.

4. Triển triển

- Sốc mất máu khi nôn ra máu và đi ngoài ra máu do giảm thể tích đột ngột
- Thiếu máu mạn do mất máu số lượng ít nhưng kéo dài

5. Điều trị

Nguyên tắc điều trị

- Phục hồi khối lượng tuần hoàn (dịch và máu)
- Thực hiện ngay các biện pháp cầm máu
- Điều trị nguyên nhân để người bệnh không bị chảy máu tái phát

Hồi sức cấp cứu

- Cho người bệnh nằm đầu thấp, ở phòng riêng biệt, yên tĩnh
- Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch để bù khói lượng tuần hoàn như: dextran, NaCl 0,9%, Glucose 5%
- Thở oxy nếu có khó thở nhiều
- Dùng thuốc giảm co bóp, ức chế tiết acid, thuốc trợ tim nếu có rối loạn chức năng tim
- Trường hợp mất máu nhiều, nặng phải truyền máu
- Gửi đi nội soi dạ dày để cầm máu

Điều trị nguyên nhân

- Do loét dạ dày
 - + Cầm máu qua nội soi : phương pháp quang đồng (cầm máu bằng laser), phương pháp điện đông, nhiệt đông, kẹp cầm máu, các dung dịch gây chèn ép mạch máu giúp cầm máu, truyền dịch NaCl 0,9%, glucose 30%, dung dịch Adrenalin 1/10000
 - + Tiêm tĩnh mạch: cimetidin 1g/ngày, zantac 300mg/ngày, losec 40 mg/ngày
- Do vỡ tĩnh mạch thực quản
 - + Đặt ống thông dạ dày để cầm máu
 - + Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản qua nội soi
 - + Thắt tĩnh mạch thực quản
 - + Thuốc làm giảm áp lực thực quản và giảm tiết HCl
- Điều trị ngoại khoa: phẫu thuật cầm máu

6. Chăm sóc

a. Nhận định tình trạng người bệnh

- Mọi biểu hiện tình trạng của người bệnh phụ thuộc vào thể tích và tốc độ máu mất :
- Lo lắng biểu hiện trên nét mặt, choáng váng, hoa mắt, chóng mặt, buồn nôn và khát nước ; có thể lơ mơ, co giật nếu mất máu nặng
- Da xanh, niêm mạc nhợt
- Da xanh tái, niêm mạc môi nhợt hoặc trắng bệch, vã mồ hôi, tay chân lạnh
- Nôn ra máu : đỏ tươi hay màu nâu đen
- Tiêu ra phân đen hoặc tiêu ra máu đỏ tươi lẫn phân hoặc máu chảy sau phân
- Huyết áp thấp và kẹt, huyết áp tối đa < 90 mmHg, mạch nhanh nhỏ, khó bắt > 120 lần/phút khi tình trạng nặng do mất số lượng máu khoảng 500 – 1000 ml, khó thở, dấu hiệu thay đổi tư thế với kết quả (+). Tiêu ít hoặc vô niệu

b. Kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần và thực hiện khẩn trương y lệnh
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường
- Thực hiện các chăm sóc : đảm bảo dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân
- Giáo dục sức khỏe

c. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

❖ Đối với người bệnh chảy máu đường tiêu hóa mức độ nhẹ

- Trần an, động viên người bệnh giảm lo lắng
- Đê nằm đầu thấp không gối, buồng bệnh yên tĩnh
- Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu toàn thân trong vòng 48 h đầu, không có gì bất thường xảy ra chứng tỏ người bệnh mất máu nhẹ và đã cầm chảy máu

❖ Người bệnh bị mất máu vừa và nặng

- Chăm sóc tinh thần, trấn an người bệnh
- Tư thế nằm đầu thấp bất động tại giường, đặt khay hạt đậu cạnh giường để đề phòng khi bị nôn
- Thực hiện các y lệnh
 - + Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch khi mất khói lượng máu nhiều.
 - + Khi toàn trạng quá nặng phải báo ngay và khẩn trương chuẩn bị dụng cụ phụ bác sĩ đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm để bù nhanh khói lượng tuần hoàn để phòng sốc mất máu
 - + Thực hiện các y lệnh các thuốc cầm máu, kháng sinh, nâng huyết áp
 - + Thực hiện các xét nghiệm: nhóm máu, công thức máu, khí máu
- Theo dõi: gộp phần đánh giá mức độ chảy máu hoặc đã cầm máu
 - + Nếu người bệnh đã truyền máu mà không duy trì được huyết áp, chảy máu kéo dài qua 24 giờ thì cần thực hiện các thủ tục hành chánh để chuyển ngay đến khoa ngoại can thiệp cầm máu sớm.
 - + Theo dõi đánh giá các dấu hiệu sống 15 phút/lần, 30 phút/lần, hoặc 1 giờ/lần tùy thuộc vào tình trạng người bệnh
 - + Ghi điện tâm đồ để theo dõi dấu hiệu đau ngực, tìm dấu hiệu thiếu máu cơ tim
 - + Theo dõi chất nôn và phân: số lượng, tính chất, màu sắc để đánh giá sự chảy máu.
 - + Theo dõi số lượng nước tiểu 24 giờ: cứ 6 giờ đo 1 lần, đánh giá số lượng và màu sắc.
 - + Quan sát da niêm, tinh thần, sự khát nước, đau bụng, sốt,... nếu bắt thường báo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Phối hợp với bác sĩ thực hiện các thủ thuật
 - + Đặt thông dạ dày để theo dõi sự chảy máu, đồng thời hút hết dịch hoặc máu để nội soi dễ dàng
 - + Chuẩn bị dụng cụ phụ bác sĩ soi dạ dày
- ❖ *Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh bị chảy máu dạ dày*
- Không cho ăn khi đang chảy máu dạ dày
- Khi người bệnh ngừng chảy máu: cho ăn thức ăn nguội và lỏng (cháo, súp, sữa), không ăn quá nhiều một lúc, không để người bệnh nhịn đói, ăn nhiều bữa trong ngày, khi đã đỡ cho ăn đặc dần, tránh thức ăn có chất kích thích (như: cay, chua, hạt tiêu) đồ uống sinh hơi như bia, rượu,... thức ăn hợp vệ sinh, dễ tiêu, hợp khẩu vị.
- Thực hiện chăm sóc: vệ sinh thân thể hằng ngày cho người bệnh khi quá nặng, khi tình trạng khá hơn, cần hướng dẫn gia đình phối hợp chăm sóc, sưởi ấm cho bệnh nhân
- ❖ *Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình*
- Khi đã cầm chảy máu: điều dưỡng cần giải thích để họ biết và yên tâm, tin tưởng, tránh lo âu, sợ hãi.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi sau khi ra viện

- Hướng dẫn chế độ ăn uống: ăn tăng đậm, nhiều vitamin, ăn hoa quả (tránh quả chua), không ăn thức ăn có chất kích thích và thô cứng
- Giáo dục cho người bệnh có kiến thức về bệnh tật để họ biết tự chăm sóc tại nhà, nâng cao thể trạng
- Hướng dẫn họ hiểu, biết những thuốc cần dùng theo đơn và những biến chứng có thể xảy ra như chảy máu dạ dày tái phát, thủng, hẹp môn vị,...

d. **Đánh giá**

- Sự chảy máu đã ngừng hay đã giảm
- Các dấu hiệu sống đã ổn định và dần trở về bình thường
- Hết đi ngoài ra máu tươi hoặc phân đen
- Người bệnh đỡ hoa mắt, chóng mặt, da, niêm đã tốt hơn sau khi điều trị và chăm sóc
- Thực hiện nghiệm pháp thay đổi tư thế cho kết quả (-) là khi điều dưỡng thay đổi tư thế người bệnh

BAI 6 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ GAN**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được nguyên nhân của bệnh ly xơ gan
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển bệnh ly xơ gan
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh xơ gan

1. Đại cương

Xơ gan là một bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Cơ chế tạo nên các xơ, u cục là xơ hóa tổ chức liên kết, tái tạo và tăng sinh tế bào gan sau hoại tử tạo thành nhân xơ, viêm và thoái hóa hoại tử tế bào gan

2. Nguyên nhân

- Xơ gan do viêm gan virus B, C
- Xơ gan do viêm gan mạn tính
- Xơ gan do rượu
- Xơ gan do nhiễm độc hóa chất và do thuốc
- Xơ gan do ký sinh trùng: sán máng, sán lá gan,...

3. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng

❖ Xơ gan tiềm tàng (giai đoạn còn bù)

Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, bệnh nhân vẫn làm việc bình thường, chỉ có một số triệu chứng gợi ý :

- Người bệnh mệt mỏi, chán ăn, khó tiêu.
- Rối loạn tiêu hóa, trưởng hơi ở bụng, phân lúc lỏng lúc bị táo bón
- Đau nhẹ vùng hạ sườn phải
- Có các mạch ở da, mặt, cổ, ngực, bàn tay són
- Có thể có gan to, mặt đặc chắc, mặt nhẵn, có thể lách to
- Chảy máu cam, chảy máu chân răng

❖ Xơ gan giai đoạn mất bù

Biểu hiện bằng 2 hội chứng chính là suy chức năng gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa

- Sức khỏe toàn thân giảm sút, khả năng làm việc thuyên giảm
- Rối loạn tiêu hóa : đầy hơi, trưởng hơi, ăn uống kém
- Có thể vàng da
- Giảm tĩnh mạch thực quản, có thể có xuất huyết dưới da, chảy máu cam, chảy máu chân răng
- Phù hai chi dưới, phù mềm ẩn lõm
- Cổ trướng từ ít đến nhiều
- Gan thường teo nhỏ, có trường hợp gan to, mặt đặc chắc, bờ sắc, lách to
- Tuần hoàn bàng hệ vùng trên rốn và hai bên màng sườn

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu : HC giảm, BC cầu, các xét nghiệm men gan bị rối loạn rõ rệt, glucose tăng cao khi người bệnh bị đái tháo đường kèm theo.
 - + Bilirubin : tăng cao là suy gan nặng
 - + AST (GOT) bình thường 37 UI nhưng khi bị xơ gan sẽ tăng rất cao
 - + ALT (GPT) bình thường < 40 UI nhưng khi bị xơ gan sẽ tăng rất cao
 - + Điện di protein : albumin huyết tương giảm (bình thường 35 – 50 g/l), gamma globulin tăng, tỷ lệ A/G nhỏ hơn 1
 - + Tỷ lệ prothrombin hạ thấp
- Xét nghiệm nước tiểu : tìm các bệnh ly kèm theo
- Siêu âm : xác định kích thước của gan, nhu mô gan và cấu trúc bất thường của nhu mô gan
- Thực hiện các thủ thuật : soi ổ bụng, chọc dịch cổ trướng, nội soi dạ dày – thực quản

4. Triển triển và biến chứng

Triển triển: bệnh có từng đợt tiến triển và làm bệnh nặng dần lên. Bệnh nhân không được điều trị sớm thì sức khỏe dần bị giảm sút, suy chức năng gan, vàng da (hay sạm da do lăng động sắc tố melanin), cổ chướng, lách to, phù, tuần hoàn bàng hệ, tiền hôn mê, hôn mê và tử vong

Biến chứng

- Xuất huyết tiêu hóa do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản
- Xơ gan ung thư hóa
- Nhiễm khuẩn : viêm phổi, lao phổi
- Nhiễm trùng dịch cổ trướng

5. Điều trị

- Chế độ nghỉ ngơi : nghỉ ngơi tuyệt đối ở giai đoạn tiến triển
- Chế độ ăn uống : đảm bảo đủ lượng calo 2500 -300 calo/ngày, đủ lượng vitamin, uống nhiều nước hoa quả. Ăn nhiều đậm (100g/ngày), chỉ hạn chế đậm khi có tiền hôn mê gan, hạn chế thức ăn mỡ khi có hiện tượng tiêu mỡ, khi bệnh nhân phải ăn nhạt tuyệt đối
- Nhóm thuốc làm cải thiện chuyển hóa ở tế bào gan
 - + Glucose bằng đường uống hay tiêm truyền
 - + Vitamin nhóm B, C, vitamin K, acid folic.
 - + Thuốc làm tăng chuyển hóa mật
- Thuốc lợi tiểu: khi có phù hay có cổ chướng
- Truyền albumin khi có giảm trong huyết tương
- Truyền dịch và truyền máu khi bệnh nhân có tỷ lệ prothrombin hạ thấp hay có xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản
- Cầm máu qua nội soi nếu bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa
- Điều trị cổ trướng: chọc tháo bớt dịch khi bụng quá căng
- Trong đợt tiến triển có hoại tử tế bào gan : có thể dùng các thuốc làm giảm transaminase

6. Chăm sóc

a. Nhận định

Xem bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan còn bù hay mất bù để chăm sóc cho phù hợp

- ❖ Nhận định bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan còn bù
 - Bệnh nhân chán ăn, sợ mỡ, khó tiêu, trướng bụng
 - Suy nhược cơ thể
 - Có khi rối loạn tiêu hóa như tiêu chảy
 - Phù nhẹ hai chi dưới
 - Đau tức hạ sườn phải, có khi chảy máu cam, chảy máu chân răng, có thể trên người bệnh có nghiện rượu
- ❖ Nhận định bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan mất bù
 - Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa : bệnh nhân đầy hơi, bụng chướng, sau đó có cổ trướng, xuất hiện tuần hoàn bàng hệ trên da, tĩnh mạch thực quản giãn ở trên phim chụp, lách to
 - Hội chứng suy tế bào gan : biểu hiện suy nhược, chán ăn, chậm tiêu, sợ mỡ, có dấu hiệu phù, vàng da, thiếu máu, chảy máu cam, chảy máu chân răng

Xem các kết quả cận lâm sàng.

b. Lập kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
- Theo dõi chăm sóc các biến chứng
- Các hành động chăm sóc
- Giáo dục sức khỏe

c. Thực hiện các hành động chăm sóc

- ❖ Thực hiện y lệnh
 - Thực hiện thuốc
 - + Thuốc tiêm, truyền dịch, đạm hoặc máu khi người bệnh có biến chứng chảy máu đường tiêu hóa
 - + Thuốc viên : vitamin B, C, thuốc trợ gan, thuốc lợi tiểu, kali,...
 - Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng
 - + Xét nghiệm máu, xét nghiệm chức năng gan : điện di protein, tỷ lệ prothrombin, cholesterol, bilirubin, transaminase
 - + Xét nghiệm nước tiểu, x quang, siêu âm gan
 - Thực hiện các thủ thuật : phụ giúp bác sĩ làm các thủ thuật (nếu có) như chọc dịch cổ trướng, soi ổ bụng, nội soi thực quản – dạ dày, ... theo dõi tình trạng người bệnh trong và sau khi thực hiện các thủ thuật
 - ❖ Theo dõi DHST và các dấu hiệu bất thường
 - Theo dõi DHST 2 lần/ngày hoặc theo chỉ định của bác sĩ ghi vào phiếu theo dõi
 - Theo dõi các diễn biến, đặc biệt nếu có kết quả bất thường phải báo ngay với bác sĩ để xử trí

- Theo giấc ngủ, tinh thần và sự ăn uống của người bệnh
- Theo dõi lượng nước tiểu trong ngày, màu sắc nước tiểu, cân nặng hằng ngày để đánh giá phù
- ❖ *Theo dõi chăm sóc các biến chứng*
- Biến chứng chảy máu đường tiêu hóa: đặt người bệnh bất động tại giường, nằm đầu thấp, đặt ống thông dạ dày theo dõi tình trạng chảy máu. Phụ giúp đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thực hiện truyền máu, dịch theo y lệnh
- Ủ âm cho người bệnh
- Hôn mê gan: theo dõi tri giác, y thức, biểu hiện run tay do rối loạn trương lực cơ, hơi thở mùi quả thối.
- Thụt tháo phân để loại trừ bớt chất độc ra ngoài
- ❖ *Thực hiện các hành động chăm sóc người bệnh*
- Chăm sóc về tinh thần: động viên an ủi người bệnh, bên cạnh người bệnh để quan sát và theo dõi giúp họ an tâm
- Nghỉ ngơi: tại giường, đặc biệt khi bệnh tiến triển, không làm các công việc nặng nhọc, nghỉ ngơi về thể chất lẫn tinh thần
- Dinh dưỡng cho người bệnh xơ gan
 - + Giai đoạn còn bù
 - Năng lượng 30- 40 kcal/kg/24h
 - Protid 1 – 2 g/kg/ngày
 - Lipid 12 – 15% tổng năng lượng
 - Glucid 300 – 400 g/ngày
 - Ăn nhạt tương đối
 - Vitamin và muối khoáng cung cấp đủ, đặc biệt Vita B, C
 - Lượng nước uống 1,5 – 2 lít/ngày
 - + Giai đoạn mất bù
 - Năng lượng 30- 40 kcal/kg/24h
 - Protid 0,8 – 1 g/kg/ngày
 - Lipid 10 – 12% tổng năng lượng
 - Glucid 300 – 400 g/ngày
 - Ăn nhạt tương đối, không ăn nhiều chất xơ vì dễ gây vỡ tĩnh mạch
 - Vitamin và muối khoáng cung cấp đủ, đặc biệt Vita B, C
 - Lượng nước uống = lượng nước tiểu + 300 ml
 - + Tuyệt đối không uống rượu
 - + Thức ăn hợp vệ sinh, hợp khẩu vị, khi có triệu chứng tăng NH₃, phải giảm lượng protid trong thức ăn và báo bác sĩ
 - Vệ sinh: răng miệng, lau người, chân tay, BPSD, thay quần áo, thay ga trải giường
- ❖ *Hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân*
- Nghỉ ngơi hoàn toàn khi bệnh tiến triển

- Tuyệt đối không uống rượu, ăn gỏi cá, chế độ ăn hạn chế mỡ, tăng đường đạm, vitamin, hạn chế muối hay ăn nhạt khi có phù
- Khám sức khỏe định kỳ
- Không tiêm chích ma túy, có lối sống lành mạnh, vợ chồng chung thủy. Hạn chế dùng thuốc bằng đường tiêm, máu của người cho phải được kiểm tra cẩn thận tránh có virus viêm gan, tiêm phòng vaccin viêm gan, ... những người bị viêm gan mạn tính có đợt cấp phải được theo dõi hậu quả của viêm gan mạn và được quản lý.
- Giải thích để bệnh nhân hiểu về bệnh để họ có kiến thức tự chăm sóc sức khỏe của bản thân khi có đợt tiến triển.

d. Đánh giá

Người bệnh xơ gan được chăm sóc tốt khi:

- Các dấu hiệu sinh tồn dần dần đi vào ổn định
- Tuần hoàn bàng hệ giảm
- Không có chảy máu dưới da, chảy máu cam, chảy máu chân răng
- Ăn thấy ngon miệng
- Không uống rượu
- Không bị xảy ra các biến chứng
- Người bệnh yên tâm điều trị và thực hiện theo hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, thuốc men
- Người bệnh có kiến thức về bệnh và phòng bệnh

BÀI 7 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được các nguyên nhân của bệnh ly suy thận
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển của bệnh ly suy thận
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy thận cấp và suy thận mạn

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Suy thận cấp

Suy thận cấp là một hội chứng tương đối ít gặp. Trong thực tế, tần suất mắc bệnh này chỉ có thể được đánh giá bằng số lượng nhập viện hàng năm: 1-3% bệnh nhân nhập viện hàng năm. Tiêu lượng của suy thận cấp thường là tốt nếu khả năng phục hồi chức năng thận tốt dần.

BAI 7 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được các nguyên nhân của bệnh lý suy thận
- Mô tả được triệu chứng và tiến triển của bệnh lý suy thận
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy thận cấp và suy thận mạn

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Suy thận cấp

Suy thận cấp là một hội chứng xuất hiện khi chức năng thận (chủ yếu là chức năng lọc cầu thận) bị suy sụp nhanh chóng, xảy ra đột ngột ở bệnh nhân không có suy thận trước đó hoặc ở bệnh nhân đã mắc suy thận mạn. Mức lọc cầu thận có thể bị suy giảm hoàn toàn nhưng nó có thể được hồi phục hoàn toàn một cách tự nhiên hoặc dưới ảnh hưởng của điều trị nguyên nhân. Suy thận cấp thể hiện trên lâm sàng đặc trưng với vô niệu, nhưng có những thể bệnh vẫn có lượng nước tiểu bảo tồn.

Gần đây chẩn đoán suy thận cấp được dựa vào tăng créatinine máu so với créatinine căn bản trước đây:

- Nhiều hơn 50 mmol/l đối với créatinine căn bản dưới 250 mmol/l.
- Hoặc lớn hơn 100 mmol/l đối với créatinine máu căn bản trên 250 mmol/l.

Sinh lý bệnh: Chức năng lọc cầu thận trong suy thận cấp giảm hoặc mất hẳn xảy ra do các cơ chế sau:

- Giảm dòng máu qua thận
- Tính đè kháng của tiểu động mạch đi giảm
- Tính đè kháng của tiểu động mạch đến tăng
- Áp lực cầu thận gia tăng.
- Ngoài ra suy thận cấp còn có thể do giảm tính thấm của mạch máu thận mà cơ chế hiện nay chưa được biết rõ.

1.2. Nguyên nhân

❖ **Nguyên nhân trước thận**

Còn gọi là suy thận chức năng được giải thích bằng sự giảm sản xuất nước tiểu ở cầu thận do rối loạn huyết động chủ yếu là trụy tim mạch và giảm huyết áp, giảm thể tích tuần hoàn, khi huyết áp tối đa dưới 60-80mmHg, kéo dài trên 8-12 giờ làm thiếu máu vỏ thận và gây giảm đáng kể mức lọc cầu thận. Điểm chung của nhóm nguyên nhân này là suy thận hồi phục nhanh khi dòng máu đến thận được điều chỉnh tốt, nếu không được điều chỉnh tốt hoại tử ống thận sẽ xuất hiện và dẫn đến suy thận cấp thực thể. Một số nguyên nhân sau thường gặp:

- Choáng do chấn thương.
- Các trường hợp bóng rộng và sâu.
- Tình trạng mất nước và rối loạn điện giải.
- Các trường hợp xuất huyết.
- Các khối u chèn ép làm giảm máu đến thận.

❖ Nguyên nhân tại thận

- Nhiễm độc các hóa chất và các kim loại nặng.
- Sốt rét ác tính.
- Huyết tán.
- Các bệnh về mạch thận.

❖ Nguyên nhân sau thận

- Sỏi niệu quản.
- Các khối u vùng tiêu khung.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

Dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của suy thận cấp thường diễn tiến qua các giai đoạn sau:

1.3.1. Giai đoạn khởi đầu

Là giai đoạn xâm nhập, tấn công của các tác nhân gây bệnh, diễn tiến tùy theo từng loại, ở bệnh nhân ngộ độc thì diễn biến nhanh có thể dẫn đến vô niệu ngay, ở bệnh nhân sốc thì diễn biến nhanh hay chậm tùy theo nguyên nhân sốc và kỹ thuật hồi sức lúc đầu.

1.3.2. Giai đoạn thiểu vô niệu

Thiểu niệu khi lượng nước tiểu $< 500\text{ml}/24\text{ giờ}$ (hoặc dưới 20ml/giờ), có thể bắt đầu từ từ hoặc ngay vài ngày đầu khởi bệnh, trung bình kéo dài 1-2 tuần, khi thiểu niệu kéo dài trên 4 tuần thì cần xem thận bị hoại tử vỏ, viêm cầu thận cấp thể tiến triển nhanh, viêm quanh tiểu động mạch thận, sỏi gây tắc niệu quản. Vô niệu khi lượng nước tiểu $< 100\text{ml}/24\text{ giờ}$ thì hiếm gặp, chính vì nguyên nhân thiểu và vô niệu nên làm cho urê, creatinin tăng cao nhanh trong máu.

❖ Biểu hiện chủ yếu là hội chứng tăng urê máu cấp:

- Về tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, táo bón, đau bụng, giả viêm phúc mạc.
- Về tim mạch: tăng huyết áp thường gấp ở các bệnh viêm cầu thận, còn lại là do lạm dụng dịch truyền gây ú nước, muối, tăng huyết áp nặng, gây phù phổi, phù não.
- Dấu thần kinh: có thể kích thích vật vã, hôn mê, co giật, có khi rối loạn tâm thần.
- Về hô hấp: nhịp thở toan kiểu Kussmaul hoặc Cheyne-Stokes, phù phổi, nhiễm khuẩn phổi.
- Thiếu máu: thường xuất hiện do xuất huyết nặng kéo dài hoặc bệnh có suy thận mạn trước đó.
- Phù thường do uống nhiều nước hoặc truyền dịch quá nhiều, mặt khác là phù nội sinh do giải phóng nước từ hiện tượng phân hủy tổ chức, tế bào.
- Nếu có dấu hiệu vàng mắt, vàng da là biểu hiện của tổn thương gan mật

- Rối loạn điện giải: thường gặp trong suy thận cấp là tăng Kali máu. Trong suy thận cấp tăng kali máu càng nặng thêm do hiện tượng toan máu, giảm calci và natri. Rối loạn điện giải trong suy thận cấp còn có giảm calci, natri, tăng magnesi, phosphat.

- Nhiễm trùng: trong giai đoạn vô niệu nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thường là nhiễm trùng đường hô hấp, tiết niệu và ngoài da.

1.3.3. Giai đoạn tiêu nhiều

Thường bắt đầu từ 300 ml /24 giờ sau đó bệnh nhân tiêu nhiều, thường vào ngày thứ 3 của giai đoạn này lượng nước tiểu đạt 1 lít/ngày. Giai đoạn này gọi là khủng hoảng vì nước tiểu có khi tới 3-4 lít /24 giờ và dễ gây rối loạn nước điện giải nặng, truy tim mạch, nhiễm trùng, viêm tắc tĩnh mạch, nhất là dị hoá cơ gây gầy nhiều. Tỷ trọng thấp dưới 1,005.

1.3.4. Giai đoạn phục hồi

Urê, creatinin máu giảm dần, mức độ cô đặc nước tiểu tăng dần, lâm sàng tốt lên, tuy nhiên chức năng thận phục hồi rất chậm: khả năng cô đặc có khi phải hàng năm mới hồi phục. Mức lọc cầu thận phục hồi nhanh hơn.

1.4. Triển và biến chứng

Trước kia tỷ lệ tử vong rất cao, có khi đến 90%. Hiện nay nhờ những tiến bộ khoa học kỹ thuật, nhất là trong lĩnh vực lọc ngoài thận và kỹ thuật hồi sức, tỷ lệ tử vong còn khoảng 50%. Tỷ lệ tử vong có liên quan với:

+ Nguyên nhân: sốc nhiễm trùng hoặc xuất huyết, suy hô hấp, chấn thương nặng, viêm tụy cấp, co giật.

+ Cơ địa: lớn tuổi, bệnh mạch vành, suy hô hấp, đái đường, ung thư.

+ Những biến chứng thứ phát của hồi sức và đặc biệt nhiễm trùng bệnh viện (nhiễm trùng cathether, bệnh phổi), suy đường.

❖ Những biến chứng chính

+ Những biến chứng chuyển hóa riêng của suy thận cấp: toan chuyển hóa và tăng kali máu, phù phổi cấp. Nguy cơ suy đường.

+ Nhiễm trùng bệnh viện (do đặt xông bàng quang hoặc vô niệu kéo dài làm đường bài niệu mất khả năng đề kháng).

+ Xuất huyết tiêu hóa do loét cấp.

+ Những biến chứng tim mạch: viêm tĩnh mạch, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim tai biến mạch não.

❖ Các yếu tố tiên lượng phụ thuộc

+ Tuổi càng cao thì bệnh càng nặng.

+ Căn nguyên: nặng trong viêm tụy cấp, sau mổ kèm theo nhiễm trùng, viêm phúc mạc, các đa chấn thương.

+ Tiên lượng xa trong đa số trường hợp không để lại di chứng và không chuyển sang mạn tính, nhất là người trẻ.

1.5. Điều trị

- Giải quyết sớm các nguyên nhân nếu có.

- Giải quyết tốt tình trạng shock nếu có.

- Dùng lợi tiểu liều cao bằng đường tĩnh mạch, Lasix ống 20mg, có thể sử dụng đến 500 mg/24 giờ.
- Đảm bảo đầy đủ năng lượng, hạn chế protid và các thức ăn có chứa nhiều kali.
- Cân bằng nước và điện giải.
- Sử dụng kháng sinh khi cần thiết, tránh các kháng sinh độc cho thận.
- Lọc màng bụng, thận nhân tạo nếu điều trị nội khoa không kết quả.

2. Suy thận mạn

Suy thận mạn là hậu quả của các bệnh mạn tính của thận gây giảm sút từ từ số lượng nephron về chức năng làm giảm dần mức lọc cầu thận. Khi mức lọc cầu thận giảm xuống dưới 50% (60 ml/phút) so với mức bình thường (120 ml/phút) thì được xem là có suy thận mạn. Suy thận mạn là một hội chứng diễn biến theo từng giai đoạn: trong giai đoạn sớm chỉ có một số triệu chứng rất kín đáo, ngược lại vào giai đoạn cuối biểu hiện rõ ràng với hội chứng urê máu cao. Quá trình diễn biến của suy thận mạn có thể kéo dài từ nhiều tháng đến nhiều năm.

2.1. Nguyên nhân

Hầu hết các bệnh lý thận mạn tính dù khởi phát là bệnh cầu thận, bệnh ống kẽ thận hay bệnh mạch thận đều có thể dẫn đến suy thận mạn.

- Bệnh viêm cầu thận mạn
- Bệnh viêm thận bể thận mạn
- Bệnh viêm thận kẽ
- Bệnh mạch thận
- Bệnh thận bẩm sinh do di truyền hoặc không di truyền
- Bệnh hệ thống, chuyển hóa

Hiện nay nguyên nhân chính gây suy thận mạn ở các nước phát triển chủ yếu là các bệnh lý về chuyển hóa và mạch máu thận (đái tháo đường, bệnh lý mạch máu thận) trong khi các nước đang phát triển nhóm nguyên nhân do vi trùng vẫn còn chiếm ưu thế với tỷ lệ cao.

2.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Phù: tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây suy thận mạn mà bệnh nhân có thể phù nhiều hay ít
- Thiếu máu thường gặp, thiếu máu nhẹ hay nặng tuỳ từng giai đoạn.
- Tăng huyết áp khoảng 80% bệnh nhân
- Suy tim thường là ở giai đoạn muộn và bệnh nhân rất nặng.
- Hội chứng tăng ure máu trên lâm sàng:
 - + Dấu chứng về tiêu hoá, thường là chán ăn, nôn và buồn nôn, tiêu chảy...
 - + Dấu chứng về thần kinh như nhức đầu, mất ngủ, kích thích hoặc hôn mê tuỳ từng giai đoạn.
 - + Dấu chứng về hô hấp thường là khó thở và rối loạn nhịp thở.
 - + Dấu chứng về tim mạch: mạch nhanh, huyết áp tăng ở giai đoạn đầu, có thể có tiếng cọ màng tim hay rối loạn nhịp.

- + Ngứa ngoài da.
- + Chuột rút.
- + Dấu chứng xuất huyết có thể gặp ngoài da hay nội tạng.

2.2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu thấy thiếu máu.
- Ure, creatinin máu tăng
- Rối loạn điện giải và kiềm toan.
- Protein niệu dương tính
- Ngoài ra một số xét nghiệm khác có thể tìm được nguyên nhân suy thận mạn: siêu âm, Xquang bụng không chuẩn bị, CT-scan ổ bụng...

2.3. Điều trị

❖ Điều trị nội khoa

- Ăn nhạt khi có phù và huyết áp cao.
- Tránh dùng các thức ăn có nhiều kali.
- Hạn chế thịt và cá tuỳ thuộc vào tình trạng tăng ure máu.
- Lượng nước đưa vào khoảng 300-500 ml cộng với lượng nước tiểu trong một ngày.
- Sử dụng các thuốc tăng huyết áp khi có huyết áp tăng.
- Kháng sinh được sử dụng trong những trường hợp có tình trạng nhiễm trùng, nhưng thận trọng đối với các kháng sinh độc cho thận, cần giảm liều khi dùng kháng sinh ở những bệnh nhân này.

❖ Các phương pháp khác

- Lọc máu ngoài thận: thẩm phân màng bụng, thận chu kỳ.
- Ghép thận.

2.4. Tiễn triển và tiên lượng

- Bệnh nhân bị suy thận mạn tiến triển ngày càng nặng dần cho dù là nguyên nhân gì đi nữa.
- Bệnh có thể dẫn đến tử vong nếu không được chạy thận nhân tạo chu kỳ hay ghép thận kịp thời.

II. Chăm sóc người bệnh suy thận cấp

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Hỏi bệnh:

- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có ăn mặn cá trắm hay có dùng các hóa chất gì không?
- Số lượng nước tiểu và màu sắc của nước tiểu?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hoá không?
- Có bị nhức đầu, mất ngủ không?
- Có bị sỏi thận trước đây hay hiện tại có cơn đau vùng hông hay không?
- Có bị bệnh thận và tiết niệu trước đây không?
- Có tiền sử bị tăng huyết áp hay có các bệnh gì khác không?

Quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.

- Tình trạng nôn và buồn nôn.
- Màu sắc của nước tiểu.
- Tình trạng hô hấp và hơi thở của bệnh nhân như thế nào?
- Các dấu hiệu khác do nguyên nhân gây ra nếu có.

Thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu.
- Đánh giá tình trạng phù, đồng thời khám tình trạng bụng của bệnh nhân.
- Khám bụng bệnh nhân để tìm các nguyên nhân.

Thu nhận thông tin

- Các bệnh thận đã mắc trước đây.
- Tìm hiểu qua hồ sơ, bệnh án hay qua các đơn thuốc đã sử dụng.
dưỡng

2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy thận cấp

Người điều dưỡng phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó đi đến chẩn đoán và lập kế hoạch chăm sóc. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân để đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau, đặc biệt cần chú ý đến tình trạng rối loạn nước và điện giải cũng như tình trạng tăng ure máu trên lâm sàng.

- Chăm sóc cơ bản
- Thực hiện các y lệnh
- Theo dõi
- Giáo dục sức khoẻ

3. Thực hiện các hành động chăm sóc

a. Thực hiện chăm sóc cơ bản:

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao, nếu cần thiết cho thở oxy.
- Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân.
- Quan sát và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Đặc biệt là theo dõi tình trạng bệnh nhân khi có chảy thận nhân tạo như tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, tình trạng tăng ure và tình trạng rối loạn nước, điện giải trên lâm sàng.

Chế độ ăn uống:

- Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, tình trạng huyết áp và lượng nước tiểu trong ngày. Thường thì lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Thức ăn: ăn chất dễ tiêu đảm bảo năng lượng và nhiều hoa quả tươi, hạn chế các thức ăn có nhiều kali. Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu của bệnh nhân.
- Ure máu dưới 0,5 g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật. Số lượng đạm đưa vào trong một ngày khoảng 0,25 g/kg trọng lượng

cơ thể.

- Ure máu từ 0,5 đến 1 g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.
- Ure máu trên 1g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết. **Ư** Vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân:
- Hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. áo, quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ. Nếu có ổ loét trên da phải rửa sạch bằng nước oxy già hoặc xanh methylen.

b. Thực hiện các y lệnh:

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc, như: các thuốc tiêm, thuốc uống, nếu có bất thường khi sử dụng thuốc phải báo cho bác sĩ biết.

Thực hiện các xét nghiệm:

- Các xét nghiệm máu: Công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ và dự trữ kiềm.
- Các xét nghiệm siêu âm, điện tim, X quang.
- Các xét nghiệm về nước tiểu: hàng ngày phải theo dõi kỹ số lượng nước tiểu và màu sắc, lấy nước tiểu xét nghiệm phải đảm bảo đúng quy trình. Các xét nghiệm cần làm là: protein, ure, creatinin.

c. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Tình trạng tăng ure và tình trạng rối loạn điện giải cũng như toan kiềm trên lâm sàng. Các dấu chứng này thường hay biểu hiện qua dấu hiệu thần kinh, tiêu hoá, hô hấp.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Theo dõi các biến chứng.

d. Giáo dục sức khoẻ:

- Giáo dục cho bệnh nhân và gia đình biết các nguyên nhân gây suy thận cấp để có biện pháp tránh và phòng ngừa.
- Biết được tiến triển và các biến chứng có thể xảy ra của bệnh để có thái độ hợp tác tốt với thầy thuốc trong chăm sóc và điều trị.

4. Đánh giá chăm sóc

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh và thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu để đánh giá tình trạng bệnh tật:
- Các dấu hiệu sinh tồn có tốt lên không, đặc biệt là mạch và huyết áp.
- Tình trạng tinh thần: nhức đầu, vấn đề ngủ của bệnh nhân.
- Tình trạng tiêu hoá: nôn mửa và tiêu chảy.
- Đánh giá về số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Đánh giá các biến chứng xảy ra.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?

- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc để thực hiện, nhằm giúp cho người bệnh ngày càng tốt hơn về bệnh tật.

III. Chăm sóc người bệnh suy thận mạn

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Hỏi bệnh:

- Gần đây nhất có dùng thuốc gì không?
- Có ăn mặn cá trắm hay có dùng các hóa chất gì không?
- Số lượng nước tiểu và màu sắc của nước tiểu?
- Có buồn nôn, nôn và rối loạn tiêu hóa không?
- Có bị nhức đầu, mất ngủ không?
- Có bị sỏi thận trước đây hay hiện tại có con đau vùng hông hay không?
- Có bị bệnh thận và tiết niệu trước đây không?
- Có tiền sử bị tăng huyết áp hay có các bệnh gì khác không?

Quan sát

- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Tình trạng nôn và buồn nôn.
- Màu sắc của nước tiểu.
- Tình trạng hô hấp và hơi thở của bệnh nhân như thế nào?
- Các dấu hiệu khác do nguyên nhân gây ra nếu có.

Thăm khám bệnh nhân

- Kiểm tra các dấu hiệu sống.
- Đo số lượng nước tiểu.
- Đánh giá tình trạng phù, đồng thời khám tình trạng bụng của bệnh nhân.
- Khám bụng bệnh nhân để tìm các nguyên nhân.

Thu nhận thông tin

- Các bệnh thận đã mắc trước đây.
 - Tìm hiểu qua hồ sơ, bệnh án hay qua các đơn thuốc đã sử dụng.
- dưỡng

2. Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau.

- Chăm sóc cơ bản
- Thực hiện các y lệnh
- Theo dõi
- Giáo dục sức khoẻ

3. Thực hiện các hành động chăm sóc

a. Thực hiện chăm sóc cơ bản:

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao.

- Động viên, trấn an bệnh nhân.
- Luôn giữ âm cơ thể bệnh nhân.
- Quan sát và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

Chế độ ăn uống:

- Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, tình trạng huyết áp và lượng nước tiểu. Lượng nước đưa vào kể cả ăn và uống khoảng 300 ml cộng với lượng nước tiểu trong ngày.
- Chế độ ăn đối với bệnh nhân suy thận mạn cần đảm bảo cho bệnh nhân một lượng calo đầy đủ. Bệnh nhân suy thận càng nặng càng cần đến nhiều calo để giảm bớt sự giáng hóa cơ thể. ít nhất cũng phải đạt 35 kcal/kg trọng lượng/24 giờ.
- Ăn nhạt, thức ăn dễ tiêu, đảm bảo năng lượng và nhiều vitamin (đối với bệnh nhân vô niệu cần hạn chế hoa quả có nhiều K+ như: chuối, cam, quýt,...). Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu của bệnh nhân.
- Ure máu dưới 0,5g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật, số lượng đạm đưa trong một ngày vào khoảng 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể.
- Ure máu từ 0,5 đến 1g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.
- Ure máu trên 1g/l chế độ ăn chủ yếu là glucid và một số acid amin cần thiết.
- Vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. áo, quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.

b. Thực hiện các y lệnh:

- Thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc, như: các thuốc tiêm, thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ biết.

Thực hiện các xét nghiệm:

- Các xét nghiệm về máu như: công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ và dự trữ kiềm.
- Các xét nghiệm siêu âm, điện tim.
- Các xét nghiệm về nước tiểu: hàng ngày phải theo dõi kỹ số lượng và màu sắc nước tiểu. Các xét nghiệm cần làm là: protein, ure, creatinin và tế bào, vi trùng.

c. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.
- Các dấu chứng của tình trạng tăng ure máu trên lâm sàng.
- Cân nặng bệnh nhân, dấu hiệu phù.
- Số lượng và màu sắc nước tiểu.

- Theo dõi chức năng thận thông qua các xét nghiệm ure, creatinin máu và nước tiểu, hệ số thanh thải creatinin.
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm để phát hiện rối loạn nước, điện giải toan kiềm.
- Theo dõi các dấu hiệu của tăng K⁺ máu trên lâm sàng và điện tim.
- Theo dõi các dấu hiệu của hạ Ca⁺⁺ máu.

d.Giáo dục sức khoẻ:

- Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh, cách phòng bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân bị suy thận mạn.
- Điều dưỡng viên phải hướng dẫn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chế độ ăn cần thiết cho người bị suy thận và cách theo dõi chế độ ăn uống đúng quy định.
- Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cần biết về sự cần thiết chạy thận nhân tạo chu kỳ ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

4. Đánh giá chăm sóc

- Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh và thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh mới vào viện để đánh giá tình hình bệnh tật:
- Quan sát tình trạng hô hấp có cải thiện không?
- Quan sát số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.
- Tình trạng thần kinh và tiêu hoá của bệnh nhân.
- Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?
- Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc và điều trị để thực hiện.
- Các biến chứng xuất hiện.

BÀI 8 **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

❖ **Mục tiêu học tập:** Sau khi học xong bài này, người học có thể:

- Nêu được các nguyên nhân bệnh lý ĐTD
- Mô tả được triệu chứng, biến chứng của bệnh
- Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc người bệnh ĐTD

1. Đại cương

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa chủ yếu là glucid, gây tăng đường huyết mạn tính do cơ thể thiếu insulin hoặc không sử dụng được insulin. Bệnh là giảm tuổi thọ, giảm sức lao động, thường gây biến chứng cấp và mạn tính dẫn đến tử vong hoặc tàn tật. Do vậy, việc phát hiện sớm để đề phòng biến chứng là rất quan trọng.

2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân ngoài tuy: cường thuyên trước tuyến yên, cường vỏ thượng thận, cường giáp trạng rất hiếm gây bệnh
- Nguyên nhân do tuy: sỏi tuy, ung thư tuy, viêm tuy, yếu tố di truyền
- Các yếu tố nguy cơ khác: tăng cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, chế độ ăn không hợp lý, huyết áp cao, phụ nữ sinh con nặng > 4 kg hoặc có tiền đái đường ở thời kỳ có thai.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán tiểu đường

Theo hội tiêu đường Mỹ

- Glucose máu lúc đói > 7,0 mmol/lít, kết quả của hai lần liên tiếp (bt 3,9 – 6,4 mmol/l)
- Glucose máu bất kỳ > 11,1 mmol/l (200 mg/dl) kết hợp các triệu chứng lâm sàng như tiểu nhiều, khát nhiều, sụt cân
- Glucose máu sau khi làm nghiệm pháp tăng đường huyết > 11,1 mmol/l (200 mg/dl)

4. Phân loại tiểu đường

- Tiểu đường typ 1
- Tiểu đường typ 2
- Tiểu đường thứ phát sau
 - + Bệnh nội tiết: u tuyến yên tăng tiết GH, cường giáp, hội chứng Cushing
 - + Do sỏi tuy, sau cắt tuy
 - + Bệnh gan: xơ gan
- Tiểu đường thai nghén

5. Triệu chứng lâm sàng

❖ Đái tháo đường typ 1

- Người bệnh thường trẻ, bệnh cảnh thường nhiễm toan ceton
- Uống nhiều, đái nhiều, người bệnh mất nước nhiều, rất khát và thích nước

ngọt

- Gây nhiều do giảm đồng hóa và tăng dị hóa protid, lipid
- Sụt cân 5 – 10 kg trong vài tháng
- Ăn nhiều, người bệnh luôn có cảm giác đói, do vậy ăn rất nhiều
- Mệt mỏi nhiều, hay bị nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng da, sinh dục, tiết niệu.
- + *Đái tháo đường typ 2*
- Thường gặp ở người lớn tuổi
- Phần lớn người bệnh có béo phì, biểu hiện bệnh kín đáo và có diễn tiến tiềm tàng trong thời gian dài
- Biến chứng thường gặp là tăng áp lực thẩm thấu máu

6. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: ure máu, glucose máu tăng
- Nghiệm pháp tăng đường huyết $> 11,1 \text{ mmol/l}$
- Xét nghiệm nước tiểu: đường niệu, ceton niệu, protein niệu
- Soi đáy mắt, ECG, đo điện cơ
- X quang

7. Triển và biến chứng

- Triển: người bệnh đái tháo đường không được phát hiện sớm và điều trị có thể xảy ra tình trạng mất nước, rối loạn chuyển hóa mỡ, cuối cùng sẽ làm cho người bệnh đi vào hôn mê do toan ceton rồi tử vong
- Biến chứng
 - + Cấp tính: hôn mê do nhiễm toan ceton, do tăng áp lực thẩm thấu máu
 - + Mạn tính
 - + Biến chứng mạch máu lớn: nhồi máu não, NMCT, suy vành, viêm tắc động mạch chủ
 - + Biến chứng mạch máu nhỏ: suy thận, bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể.
 - + Biến chứng tĩnh mạch ngoại vi
 - + Biến chứng thần kinh như tê bì, mất cảm giác
 - + Biến chứng nhiễm khuẩn: ngứa, mụn nhọt ngoài da, viêm lợi, rụng răng, áp xe phổi, lao phổi, nhiễm trùng tiết niệu
 - + Bệnh ly bàn chân do đái tháo đường

8. Điều trị

- + Nguyên tắc điều trị
 - Phải dựa vào đường máu để chọn phương thức điều trị
 - Điều trị là kết hợp chế độ ăn, chế độ tập luyện và thuốc
 - Tình trạng bệnh nhẹ: thực hiện chế độ ăn và luyện tập 3- 6 tháng, nếu người bệnh không có kết quả tốt sẽ điều trị thuốc.
- + Nhóm thuốc kích thích tế bào tụy sản xuất insulin (sufamid hạ đường huyết)
 - Chỉ dùng cho người bệnh đái tháo đường typ 2
 - Nên uống trước bữa ăn 10 – 20 phút

- + Các sulfamid: clopropamid, tolbutamid, gliclazid, glibenclamid, glimepirid
- + Nhóm thuốc làm thay đổi hoạt động của insulin
- Dùng cho cả người bệnh đái tháo đường typ 1 và đái tháo đường typ 2, thuốc không gây hạ đường huyết quá mức
- Biguanid uống trong và sau bữa ăn
- Benfluorex uống trong và sau bữa ăn
- Thiazolidinedion uống không liên quan đến bữa ăn
- + Nhóm ức chế men alpha glucosidase (Glucobay) thuốc uống trong bữa ăn
- + Điều trị bằng insulin: đái tháo đường typ 1, đái tháo đường typ 2 (điều trị bằng thuốc thất bại, có biến chứng cấp, stress, nhiễm trùng, có thai, phẫu thuật lớn)

9. Chăm sóc

a. Nhận định tình trạng người bệnh

- Bệnh nhân có uống nhiều, đái nhiều, ăn nhiều, gầy nhiều, mệt mỏi nhiều
- Người bệnh mệt mỏi về thể chất và tinh thần
- Dấu hiệu biến chứng: nhiễm trùng da, ngứa, mụn nhọt, lở loét, nhân mắt đục, viêm mủ chân răng, rụng răng, khó thở, lao phổi, áp xe phổi, tăng huyết áp,...

b. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần cho người bệnh
- Thực hiện y lệnh cho bác sĩ
- Theo dõi người bệnh
- Chế độ ăn uống
- Vệ sinh hằng ngày cho người bệnh
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình

c. Thực hiện chăm sóc

- Chăm sóc về tinh thần: động viên giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh tật để học an tâm phổi hợp trong điều trị và chăm sóc
- Thực hiện y lệnh
- + Thuốc tiêm: đúng thời gian và đúng liều lượng, khi tiêm insulin phải thay đổi vùng tiêm bằng cách thực hiện mỗi mũi tiêm cách nhau 5cm và không tiêm một vùng quá 3 lần
- + Thuốc uống: bao gồm thuốc hạ đường huyết và thuốc điều trị các biến chứng
- + Thực hiện xét nghiệm: glucose máu, protein niệu, đường niệu
- + Thực hiện các thủ thuật và phụ giúp bác sĩ làm các kỹ thuật: ECG, ghi điện cơ, soi đáy mắt,...
- Các vấn đề cần theo dõi
- + Hạ đường huyết nhanh: người bệnh vã mồ hôi, run tay chân, mạch nhanh, đánh trống ngực và bứt rứt
- + Hạ đường huyết chậm: nhức đầu, lỗn lộn, thay đổi cảm xúc, mất trí nhớ,

tê luối và mõi, đai lão đảo, chóng mặt, co giật và hôn mê

- + Theo dõi cân nặng: nhất là đái tháo đường typ 2, sụt cân là dấu hiệu của điều trị có hiệu quả; đối với ĐTD typ 1 nên duy trì được cân nặng
- + Theo dõi chế độ ăn uống: dựa trên kết quả xét nghiệm để lập chế độ ăn uống
- + Theo dõi phát hiện sớm biến chứng: mạch máu lớn, mạch máu nhỏ, thần kinh ngoại vi, nhiễm khuẩn, biến chứng bàn chân,... xoay trở, xoa bóp thường xuyên các vùng dễ bị tỳ đè tránh loét
- + Theo dõi các biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, chán ăn, ỉa chảy, tri giác để phòng các biến chứng cấp tính (hôn mê do nhiễm toan ceton và tăng áp lực thẩm thấu máu)
- + Theo dõi các vùng tiêm insulin
- Chế độ ăn uống
 - + Đảm bảo đủ đạm, béo, đường, vitamin, muối khoáng, nước. Thức ăn phù hợp với lứa tuổi và các bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, suy tim,...)
 - + Xây dựng chế độ ăn dựa trên công thức cân nặng ly tưởng ($BMI = 22$)
 - + Năng lượng hàng ngày: 30 kcal/kg/ngày (nữ), 35 kcal/kg/ngày (nam)
 - + Tỷ lệ: P:L:G = 15-20% : 15-18% : 55-65% tổng số năng lượng
 - + Không làm tăng đường máu nhiều sau khi ăn và không làm hạ đường máu xa bữa ăn. Bữa ăn nên được chia nhỏ bữa/ngày, không cách nhau quá xa, chọn thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp
 - + Chất bột, đường: gạo 200g/ngày = 4 bát cơm, khoai các loại 200 – 400 g/ngày
 - + Hạn chế khoai tây, miến dong, bánh mì vì dễ làm tăng đường huyết (ăn tối đa 1 lần/ngày)
 - + Bánh ngọt (không quá 30 g/ngày), không được ăn kẹo, đường, mật ong trừ khi hạ đường huyết
 - + Chất béo: dầu thực vật 10-20 g/ngày, không ăn mỡ, bơ, không ăn óc, lòng và phủ tạng động vật
 - + Chất đạm: các loại thịt cá 100-150 g/ngày, các loại đạm động vật (đậu nành, đậu phụ,...)
 - + Các loại rau, quả: 300 – 500 g/ngày, không ăn quả sấy khô và quả ngọt, nên ăn quả ít ngọt (cam, dưa, bưởi,...) không ăn quá 200g/ngày cũng chia nhiều lần/ngày.
 - + Chế độ ăn có chất xơ, tránh thực ăn nhiều chất bột, hạn chế xào, rán, nướng, quay mà nên ăn món hấp, luộc.
 - Chế độ tập luyện: tập luyện cho người bệnh khi đường huyết $< 300 \text{ mg/l}$ với nguyên tắc phù hợp với tình trạng người bệnh, khi đường huyết $> 300 \text{ mg/l}$ không được tập luyện
 - Vệ sinh hàng ngày: vệ sinh thân thể sạch sẽ nhất là răng miệng và da, tắm gội bằng nước sạch, tránh nước ao hồ, những chỗ xây xác, mụn nhọt phải được điều trị ngay và làm sạch hàng ngày.

- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân
- + Cần phối hợp giữa chế độ ăn, tập luyện, thuốc để giữ ổn mức đường huyết
- + Cách sử dụng bảng chuyển đổi thức ăn
- + Khi đường huyết > 300 mg hay nồng độ ceton máu cao /ceton niệu thì nên nghỉ ngơi và không tập luyện
- + Con cái người bệnh ĐTD nên được theo dõi tại các cơ sở y tế để phát hiện sớm
- + Cân nhắc kết hôn giữa 2 người bệnh ĐTD
- + Người béo phì nên kiểm soát cân nặng và chế độ ăn, người bình thường nên được theo dõi về các xét nghiệm máu và nước tiểu.
- + Các biến chứng xưa bệnh và cách phát hiện sớm các biến chứng

d. Đánh giá

- Người bệnh ĐTD được chăm sóc tốt khi
- Các kết quả XN tốt và các triệu chứng của bệnh thuyên giảm
- Người bệnh không bị các biến chứng hay được phát hiện sớm và các biến chứng giảm dần
- Người bệnh có kiến thức về bệnh và thực hiện được chế độ ăn uống, tập luyện và thuốc điều trị theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

PHẦN II. CHĂM SÓC BỆNH NGOẠI KHOA

BÀI 1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÂN THƯƠNG SỢ NÃO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Trình bày được nguyên nhân, phân loại chấn thương sọ não
- Trình bày được triệu chứng và biến chứng của chấn thương sọ não
- Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN NHÂN CƠ CHẾ

- Do vật rắn vào đầu: gậy, búa...
- Ngã đập đầu xuống nền cứng: ngã cao, tai nạn giao thông.
- Ngoài tổn thương tại chỗ còn có những tổn thương do đòn ép gây máu tụ.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Chấn thương sọ não kín

Một chấn thương mà không làm rách màng não cứng, nghĩa là khoang dưới nhện không thông với môi trường bên ngoài thì gọi là chấn thương kín.

- Những tổn thương làm bầm tím, xây sát da đầu.
- Vỡ xương sọ: vỡ nền sọ trước, vỡ nền sọ giữa.
- Tổn thương não: chấn động não, giập não, phù não, máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng.

2.2. Vết thương sọ não: tổn thương rách màng cứng thông khoang dưới nhện với bên ngoài.

3. Lâm sàng:

3.1. Hỏi bệnh

Nếu người bệnh còn tỉnh thì hỏi trực tiếp người bệnh, nếu người bệnh mê thì hỏi người đi theo về cơ chế tai nạn: nếu vật cứng đập vào đầu (đầu cố định) thì thường tổn thương trực tiếp nơi bị chấn thương. Ngược lại, nếu đập đầu vào vật cứng (đầu di động) thì thường tổn thương bên đối diện với bên chấn thương.

3.2 Khám da đầu và xương sọ

- Phát hiện những thương tích trên da và vòm sọ; xây xát, bầm tím, máu tụ dưới da đầu.
- Nếu có chảy máu mũi, hoặc bầm tím dưới da quanh hố mắt (dấu hiệu mắt đeo kính râm)
- Nếu thấy chảy máu qua tai hoặc liệt mặt ngoại biên, hoặc máu tụ ở vùng xương chũm phải nghĩ đến vỡ xương đá.

3.3 Dấu hiệu tri giác: dựa vào thang điểm Glasgow

Mắt (M)	Đáp ứng bằng lời nói (L)	Đáp ứng bằng cử động (V)
Mở tự nhiên: 4đ	Nhanh, đúng: 5đ	Báo làm đúng: 6 đ
Gọi mở: 3đ	Chậm chạp: 4đ	Câu, làm đúng: 5 đ
Câu mở: 2đ	Không chính xác: 3đ	Câu quờ quạng: 4 đ

Không mở: 1đ	Không hiểu: 2đ	Gấp chi trên: 3 đ
	Không đáp ứng: 1đ	Duỗi cứng tứ chi: 2 đ
		Không đáp ứng: 1đ

Thang điểm tối đa = 15 điểm

Thang điểm tối thiểu = 3 điểm

Chú ý: Cần theo dõi thang điểm 30 phút/lần, so sánh lần sau với lần trước. Nếu thang điểm giảm dần chứng tỏ trí giác suy giảm mạnh.

Ý nghĩa thực tiễn của thang điểm này là: điểm số càng cao tình trạng tốt, có thể cứu chữa được, điểm số càng thấp tiên lượng càng xấu, ít có khả năng sống.

3.4. Dấu hiệu liệt khu trú, liệt thần kinh sọ não.

- Liệt 1/2 người bên đối diện với bên có máu tụ.
- Giãn đồng tử cùng bên với bên có máu tụ do dây thần kinh số III bị chèn ép.
- Ngoài ra, có thể thấy liệt mặt ngoại biên do vỡ xương đá chèn ép dây thần kinh số VI.
- Dấu hiệu màng não và vỏ não.
- Động kinh.

3.5. Dấu hiệu thần kinh thực vật

- Mạch: giảm dần, tần số có thể từ 90 lần giảm xuống 60 lần/phút.
- Huyết áp: khi có máu tụ thì huyết áp hơi tăng hoặc tăng cao từ 140/90 mmHg -150/90 mmHg. Cần so sánh lần khám sau so với lần khám trước để đánh giá đúng tình trạng của người bệnh.
- o Nhịp thở: tăng dần, có thể dẫn đến rối loạn nhịp thở, tăng tiết dịch đường hô hấp
- Thân nhiệt : sốt cao 39-40 °C do chèn ép thân não.

Riêng đối với trẻ em ít thấy có mạch chậm, trái lại thường thấy mạch nhanh nhở.

3.6. Vết thương sọ não hở

Thấy tổ chức não phòi ra như tổ chức bã đậu hoặc một vết thương xuyên và có 1 lỗ vào, một lỗ ra hoặc đường rách màng cứng làm cho dịch não tủy chảy ra ngoài.

3.7. Khám phát hiện những tổn thương phổi hợp khác

- Chấn thương bụng kín.
- Có thể gãy xương cánh tay, xương đùi, xương cẳng chân, xương chậu.
- Gãy xương hàm mặt: mặt méo, biến dạng, máu mũi chảy nhiều.
- Chấn thương cột sống.
- Tràn máu, tràn khí màng phổi.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chụp sọ không chuẩn bị

- 4.2. Chụp sọ có chuẩn bị
- 4.3. Chụp cách lớp vi tính
- 4.4. Chụp cộng hưởng từ MRI
- 4.5. Làm các xét nghiệm

6. ĐI CHỨNG SAU CHẨN THƯƠNG SỢ NÃO

6.1. Di chứng về thần kinh

- Thường gặp sau giật não: liệt 1/2 người, rối loạn ngôn ngữ, động kinh.
- Liệt dây thần kinh số VII
- Nghe kém hoặc điếc do tổn thương dây thần kinh ốc tai, tiền đình

6.2. Di chứng về tâm thần

- Giảm trí nhớ, chậm chạp, đau đầu, mất ngủ, trầm cảm, cáu gắt, suy nhược thần kinh.
- Nặng nhất là sóng đòi sống thực vật.

7. CHĂM SÓC

7.1.1. Trước mổ

- Nhận định người bệnh tinh hay mê, tri giác, thang điểm Glassgow?
- Dấu hiệu sống có thay đổi hay không?
- Mức độ nôn, đau đầu?
- Có dấu hiệu máu tụ dưới da đầu không, có dấu hiệu vỡ xương sọ không?
- Tình trạng thông khí có tốt hay không?
- Tại chỗ: có rách da, chảy máu, có dấu hiệu tụ máu dưới da đầu không, có dấu hiệu vỡ xương sọ không? Có dịch não tuỷ, chất não chảy ra không? Có chảy máu tai, mũi, có máu tụ quanh hốc mắt không?
- Có liệt thần kinh khu trú không? (liệt mặt, liệt nửa người), đồng tử hai bên có đều nhau không, phản xạ ánh sáng có tốt không?
- Có tổn thương phổi hợp hay không?

7.1.2. Sau mổ

- Nhận định về tri giác của người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow để đánh giá tiến triển của bệnh.
- Nhận định tình trạng toàn thân, dấu hiệu sinh tồn?
- Tình trạng thông khí tốt hay không?
- Tình trạng vết mổ như thế nào? Có chảy máu, nhiễm trùng hay không?
- Tình trạng ống nội khí quản, sondé dạ dày, niệu đạo bằng quang như thế nào?

7.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Giảm thông khí.
- Có rối loạn về tri giác.
- Nôn, đau đầu.
- Có vết thương vùng đầu, mặt.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi...

- Nguy cơ loét những vùng tỳ đè.
- Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
- Người bệnh mất ngủ.

7.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Trước mổ

- Đảm bảo thông khí tốt:

Người bệnh chấn thương sọ não thường thiếu oxy não do: hôn mê tăng, tiết nhiều đờm dãi, máu chảy khoang mũi miệng, răng giả; lưỡi đổ ra sau, bít tắc đường hô hấp làm cho thở kém, thiếu oxy não dẫn đến phù não.

Xử trí:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng, mộc sạch đờm dãi, dị vật...
- Đặt canun – mayor đè lưỡi, hút đờm dãi.
- Đặt sonde dạ dày hút dịch, thức ăn tránh tình trạng trào ngược hô hấp trong lúc người bệnh hôn mê.
- Cho thở oxy 3 – 5 lít/phút.
- Tuần hoàn: Thực hiện y lệnh truyền dịch nâng huyết áp ngay từ đầu, phụ giúp bác sĩ khâu cầm máu vết thương da đầu (nếu có). Đặt người bệnh nằm tư thế cổ ngay ngắn (dù nằm nghiêng hay nằm ngửa) để tránh cản trở máu lưu thông tĩnh mạch cảnh hai bên (hạn chế phù não)
- Theo dõi phát hiện những tổn thương phổi hợp.
- Thực hiện y lệnh thuốc chống phù não, chống sốc. Chỉ dùng thuốc giảm đau, không dùng thuốc ngủ khi còn đang theo dõi.
- Người bệnh hôn mê cần đặt sonde niệu đạo bằng quang theo dõi lượng nước tiểu.
- Chuẩn bị da đầu: trước phẫu thuật cạo tóc vệ sinh sạch sẽ, thay băng vết thương nếu có. Tránh thăm khám thô bạo, tránh dùng vật cứng thăm dò vết thương.
- Lập bảng theo dõi thang điểm Glasgow, dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu liệt khu trú, giãn đồng tử. Phát hiện kịp thời những dấu hiệu có máu tụ trong hộp sọ.
- Thực hiện lấy máu làm xét nghiệm cho người bệnh chụp X quang khi mạch huyết áp ổn định.

7.3.2. Sau mổ

- Đảm bảo không khí cho người bệnh: hút đờm dãi ở mũi miệng, ống nội khí quản.
- Vệ sinh các hốc tự nhiên, thân thể: nhỏ thuốc nhỏ mắt cho người bệnh vì người bệnh hôn mê, mắt nhắm không kín để tránh khô loét giác mạc.
- Xoay trở tư thế để tránh loét do đè ép.
- Theo dõi màu sắc, tính chất của nước tiểu Nếu có tình trạng viêm nhiễm đường tiết niệu, cân cho uống nhiều nước, bơm rửa bằng quang theo y lệnh, báo cho thầy thuốc để dùng kháng sinh thích hợp.

- Vỗ rung lồng ngực, hướng dẫn người bệnh thở sâu, ho có hiệu quả để phòng viêm phổi, xẹp phổi.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, thang điểm Glasgow, đồng tử hai bên. Thời gian theo dõi tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
- Làm các xét nghiệm về máu, nước tiểu.
- Theo dõi ống dẫn lưu:
 - + Nếu ống dẫn lưu ngoài màng cứng: lọ dẫn lưu thấp hơn đầu người bệnh.
 - + Nếu ống dẫn lưu dưới màng cứng hoặc trong não: lọ dẫn lưu để ngang đầu người bệnh.
 - + Nếu ống dẫn lưu ở não thất: lọ dẫn lưu cao hơn đầu người bệnh.
- Đảm bảo dinh dưỡng: Khi người bệnh còn hôn mê, nuôi dưỡng qua sonde dạ dày, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Thay sonde dạ dày, sonde bàng quang 1 tuần 1 lần, đảm bảo vô trùng tốt, tránh nhiễm khuẩn.
- Vận động, xoa bóp tránh teo cơ cứng khớp.

7.3.3. Giáo dục sức khoẻ

- Cần tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng khi tham gia giao thông phải tuân thủ luật lệ giao thông, đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy. Trong lao động sản xuất cần có bảo hộ lao động để giảm tối mức thấp nhất chấn thương sọ não.
- Khi bị chấn thương vào đầu cần đến viện khám ngay, tránh đến viện muộn sẽ để lại nhiều biến chứng sau này.

7.4. Đánh giá

Người bệnh chấn thương sọ não được đánh giá là được chăm sóc tốt khi:

- Được theo dõi phát hiện kịp thời khói máu tụ trong não.
- Đảm bảo tốt đường thở, tránh được phù não. Được nuôi dưỡng tốt.
- Phòng chống loét tốt, tránh được các biến chứng nằm lâu.

BÀI 2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng của thủng dạ dày cấp.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh thủng dạ dày cấp.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng dạ dày cấp là một cấp cứu ngoại khoa. Bệnh cần được chẩn đoán sớm, mổ kịp thời.

Nếu bệnh được chẩn đoán sớm và mổ kịp thời thì tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khoảng 0,5% - 1%. Nếu đến muộn, tình trạng viêm phúc mạc nặng thì tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong khá cao từ 10% - 15%.

Về giới: nam gấp nhiều hơn nữ.

2. Nguyên nhân

- Thủng do loét dạ dày – tá tràng mạn tính.
- Thủng do loét miệng nối.
- Thủng do ung thư dạ dày.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng:
 - + Đau bụng đột ngột, đau dữ dội, đau như dao đâm vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức. Người bệnh phải nằm gấp người lại, không nằm duỗi chân ra được.
 - + Đau liên tục, đau lên vai, ngực, xuyên ra sau lưng và đau lan khắp ổ bụng.
 - Nôn hoặc buồn nôn: rất ít.
 - Bí trung đại tiện

3.2. Triệu chứng thực thể

- Co cứng thành bụng: biểu hiện co cứng toàn bộ thành bụng trước, co cứng liên tục, ngoài ý muốn.

- Nhìn bụng không di động theo nhịp thở.

- Nắn bụng căng cứng như gỗ nếu đến sớm. Nếu đến muộn bụng nắn mềm hơn.

- Cảm ứng phúc mạc: rất rõ, điển hình, ấn vào chỗ nào trên thành bụng trước người bệnh cũng kêu đau.

- Gỗ bụng vang, vùng đục trước gan m้า, gỗ đục vùng thấp.

- Thở trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng và đau.

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Ngay sau khi thủng người bệnh thường có biểu hiện sốc: mặt xanh tái vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, chân tay lạnh. Những biểu hiện này thoáng qua, người bệnh hồi phục dần.

- Nếu đến muộn, trong tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, người

bệnh trong tình trạng sốc thực sự.

3.4. X quang

Chụp phim thẳng và người bệnh ở tư thế đứng thấy có hình liềm hơi dưới cơ hoành hai bên.

4. DIỄN BIẾN

- Viêm phúc mạc toàn thể.
- Viêm phúc mạc khu trú.
- Ô áp xe
- Áp xe dưới cơ hoành.

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

7.1. Nhận định tình trạng người bệnh

7.1.1. Nhận định trước mổ

- Toàn thân:

- Xem người bệnh có bị sốc không?
- Xem có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc không?
- Nhận định về dấu hiệu sinh tồn?

- Tại chỗ:

+ Nhận định cơn đau: hỏi người bệnh bắt đầu đau từ bao giờ? vị trí đau? đau dữ dội hay đau âm ỉ? đau liên tục hay đau thành cơn? Đau có lan đi đâu không?

+ Nhận định nôn: xem người bệnh có nôn hay không? nếu có nôn thì nôn nhiều hay ít, nôn ra chất gì?
+ Có bí trung đại tiện không?

7.1.2 Nhận định sau mổ

- Nếu trước mổ có nhiễm trùng – nhiễm độc thì sau mổ có còn không?
- Người bệnh tỉnh hay chưa tỉnh?
- Có đau vết mổ không? Vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiễm khuẩn không?
- Nhận định tình trạng ở bụng: xem bụng có trương không?
- Cần xem ống dẫn lưu phúc mạc, ống dẫn lưu dạ dày có hoạt động tốt không? Nhận định về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu?
- Nhận định lưu thông tiêu hóa: xem trung tiện, đại tiện được chua?
- Về dinh dưỡng: cần xem người bệnh đã ăn uống được gì?

7.2 Những vấn đề cần chăm sóc:

- Người bệnh sốc
- Đau bụng dữ dội vùng thượng vị
- Nhiễm trùng – nhiễm độc
- Người bệnh trương bụng
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ
- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng

7.3 Lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch

7.3.1 Trước mổ:

- Đặt ống hút dịch dạ dày và hút hết dịch trong dạ dày, để làm hạn chế dịch dạ dày qua lỗ thủng vào trong ổ bụng và chống trương bụng giúp cho người bệnh dễ thở.
 - Truyền dịch và tiêm thuốc theo y lệnh.
 - Dùng kháng sinh trước mổ theo y lệnh.
 - Đặt ống thông tiêu để kiểm soát tình trạng nước xuất nhập nếu người bệnh trong tình trạng sốc.

7.3.2 Sau mổ

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn:
 - o Nếu khó thở, nhịp thở tăng, điều dưỡng phải kiểm tra đường hô hấp xem có cản trở nào không và cho thở oxy
 - o Nếu mạch nhanh dần, huyết áp giảm dần phải báo ngay với bác sĩ.
- Ống hút dịch dạ dày: phải theo dõi thường xuyên tránh tắc nghẽn, cần cho hút ngắt quãng. Không được rút sớm ống hút dịch dạ dày, chỉ rút khi có nhu động ruột.
- Theo dõi tình trạng ổ bụng. Nếu ngày thứ 4 - 5 sau mổ mà bụng trương, kèm theo có đau khắp bụng, bí trung đại tiện, toàn thân có nhiễm trùng thì cần báo ngay với bác sĩ.
- Chăm sóc ống dẫn lưu:
 - o Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - o Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
 - o Tránh làm gấp, tắc ống dẫn lưu.
 - o Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.
 - o Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
 - o Thay băng chàm ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
 - o Ống dẫn lưu thường được rút khi có trung tiện.
- Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang: sau mổ cần được rút sớm để tránh nhiễm trùng ngược dòng.
- Chăm sóc vết mổ:
 - Đảm bảo thay băng vô khuẩn.
 - Bình thường cắt chỉ vào ngày thứ 7.
 - Đối với người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu thì cắt chỉ muộn hơn (ngày thứ 10).
- Dinh dưỡng:
 - +Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch .

+ Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

- Theo dõi các biến chứng:

+ Sốc: thường do giảm khối lượng tuần hoàn, do đau.

+ Nôn: thường xảy ra trong những giờ đầu. Trong trường hợp ống hút dạ dày không hoạt động tốt, người bệnh thường nôn ra dịch nâu đen. Cần cho nằm đầu nghiêng về một bên để chất nôn không lọt vào đường hô hấp.

+ Chảy máu nơi khâu lỗ thủng hoặc miệng nối: thường nôn ra máu tươi.

+ Biến chứng phổi: nhất là ở người bệnh già yếu.

+ Nhiễm trùng vết mổ.

7.3.3 Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn, uống khi xuất viện.
- Ăn lỏng dễ tiêu, giàu dinh dưỡng. Giai đoạn đau ủ ăn nhiều bữa trong ngày, nhất là trường hợp cắt đoạn dạ dày (6 - 8 bữa), mỗi bữa ăn với số lượng ít. Sau đó giảm dần số bữa và tăng số lượng mỗi bữa.
- Hạn chế ăn, uống các chất kích thích (rượu, trà, cà phê, ót, nước có ga...)
- Khi xuất hiện các dấu hiệu bất thường (đau bụng dữ dội, nôn, nôn ra máu) cần đến bệnh viện ngay.

7.4 Đánh giá

- Người bệnh được hồi sức tốt trước mổ.
- Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Người bệnh được chăm sóc tốt sau mổ.
- Sau mổ không có biến chứng xảy ra.

BÀI 3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG - MỒI XƯƠNG

PHẦN I: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của gãy xương.
- Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sau gãy xương.

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là tổn thương đến sự toàn vẹn của xương. Thường gặp do chấn thương hoặc do bệnh lý (u xương, viêm xương)...

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ

2.1. Trực tiếp: do các chấn thương trực tiếp gây gãy xương

- Tai nạn giao thông: bánh xe ô tô, xe máy, công nông va đè trực tiếp lên chi gây gãy xương.
- Mảnh bom mìn phá hủy.
- Do tường đổ, sập hầm...

2.2 Gián tiếp: nơi gãy xương xa nơi chấn thương.

- Ngã cao, gót chân tiếp đất trước gây gãy, lún xuống cột sống, gãy cổ xương đùi...
- Ngã chống tay gây gãy trên lồi cầu cánh tay.

3. PHÂN LOẠI GÃY XƯƠNG

3.1. Gãy xương kín: là ổ gãy không thông với bên ngoài.

3.2. Gãy xương hở: Là ổ gãy mà ổ gãy thông với bên ngoài, có thể thấy đầu xương gãy chọc ra ngoài. Có thể do vật sắc nhọn từ ngoài chọc vào như lưỡi lê, mảnh đạn.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng không chắc chắn

- Đau xảy ra ngay sau khi bị chấn thương.
- Sưng nề, bầm tím vùng gãy xương.
- Giảm hoặc mất cơ năng ở chi gãy.

4.2. Triệu chứng chắc chắn gãy xương

- Biến dạng trực chi: có thể gấp góc xoay, ngắn chi.
- Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương gãy cọ sát vào nhau.
- Chi gãy có cử động bất thường, khi cố gắng cử động.
- Điểm đau chói tại nơi gãy xương.

4.3. Các triệu chứng khác

4.3.1 Tại chỗ

- Da bị tổn thương làm ổ gãy thông với bên ngoài gọi là gãy hở.
- Biểu hiện: máu chảy ra từ ổ gãy có màu đen, không đông hoặc có váng mỡ, hoặc thấy đầu xương gãy chọc ra ngoài.
- Mạch máu và thần kinh có thể bị dập nát, đứt hay bị chèn ép.

- Nếu tồn thương mạch biểu hiện: dấu chỉ tím lạnh mất mạch hoặc mạch yếu.
- Nếu tồn thương thần kinh biểu hiện mất cảm giác vận động vùng thần kinh chi phối.

4.3.2 Toàn thân

- Hội chứng sốc biểu hiện: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, da xanh nhợt, chân tay lạnh, hốt hoảng, lo sợ, vã mồ hôi.
- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao, mạch nhanh, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, đau đầu...

4.4 Triệu chứng Xquang: Chụp phim ở 2 tư thế thẳng và nghiêng, trên một khớp, dưới một khớp để xác định vị trí gãy, đường gãy, hướng di lệch.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

5.1.1. Tình trạng chung

- Nhận định xem có hội chứng sốc hay không? (dựa vào tinh thần, da, niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn).
- Có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, thiếu máu hay không?
- Có tồn thương phổi hợp ở nơi khác hay không?

5.1.2. Tình trạng tại chỗ

- Trước khi bó bột hoặc mổ:
 - + Gãy xương kín hay gãy xương hở?
 - + Chi gãy được bất động chưa? Mức độ đau, sưng nề, bầm tím?
 - + Vết thương rộng hay nhỏ, sạch hay bẩn? có dịch, có mủ hay không?
 - + Có tồn thương mạch máu, thần kinh hay không? Dựa vào dấu hiệu đau, màu sắc, vận động, cảm giác, nhiệt độ của đầu ngón chi.
- Sau bó bột:
 - + Bột rách dọc hay bột vòng tròn kín? Bột có cửa sổ không? (để chăm sóc vết thương hoặc vết mổ)
 - + Bột chặt hay lỏng? Khô hay ẩm? Sạch hay bẩn? Đúng nguyên tắc hay không?
 - + Có dấu hiệu chèn ép mạch máu, thần kinh hay không?
 - + Nếu có vết thương, dịch thấm vào bột nhiều hay ít? Mùi hôi hay không?
 - + Mức độ đau sưng của chi bó bột? Có dấu hiệu chèn ép bột không?
- Sau mổ
 - + Vết mổ chảy máu hay không? Có dịch, có mủ hay không? cắt chỉ chưa?
 - + Có dấu hiệu tồn thương mạch máu thần kinh sau mổ hay không?
 - + Tính chất của dịch dẫn lưu?
 - + Mức độ đau, sưng nề chi tồn thương như thế nào?

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Nguy cơ sốc.
- Đau, sưng nề nơi tổn thương.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ viêm xương.
- Nguy cơ bị tổn thương mạch máu thần kinh sau mổ.
- Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.
- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.
- Người bệnh mất ngủ.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1 Trước khi bó bột hoặc mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn tùy theo tình trạng của người bệnh.
- Phòng chống sốc.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, sau 30 phút dùng nẹp bất động tạm thời.
 - + Bất động chi gãy theo đúng nguyên tắc.
 - Nẹp phải đủ dài trên một khớp và dưới một khớp, đủ chắc, phải được bọc độn trước khi bất động.
 - Độn bông mõ vào đầu xương nhô ra, không được bỏ quần áo nơi gãy xương lúc đặt nẹp.
 - Người phụ nân đỡ nhẹ nhàng nơi gãy xương và từ từ kéo nhẹ cho đến khi nào bất động xong mới được bỏ ra.
 - Buộc dây phải đủ chặt, không được buộc trực tiếp lên ổ gãy xương, bản dây phải đủ rộng.
 - Nâng cao chi bị tổn thương để giảm sưng nề.
 - Bất động chi gãy theo tư thế cơ năng.
 - Nếu gãy hở hay có vết thương kèm theo phải được thay băng vô khuẩn, tránh đưa phần nhiễm bẩn vào trong ổ gãy. Sau đó bất động theo tư thế gãy.
 - Theo dõi màu sắc đầu ngón chi, phát hiện sự bế tắc tuần hoàn sau khi buộc dây bất động nẹp.
 - + Cho người bệnh uống nước chè đường ấm, sưởi ấm, thở oxy.
 - Nếu có dấu hiệu sốc, tổn thương mạch máu, thần kinh, tổn thương phổi hợp, người điều dưỡng phải báo cáo cho bác sĩ.
 - Làm xét nghiệm công thức máu, máu đông, máu chảy chụp X quang...

5.3.2 Sau bó bột

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
- Nếu bột chặt gây chèn ép mạch máu, thần kinh điều dưỡng cần nới bột và báo cáo cho bác sĩ biết tình trạng trên.
- Kiểm tra, chăm sóc bột theo nguyên tắc.

- Nếu bột vỡ, gãy phải thay bột.
- Không được dùng que chọc vào trong bột gây xước da nhiễm trùng. Tránh làm gãy ướt bột.
- Sau 7 – 10 ngày, khi chi hết sưng nề quấn tròn bột nếu như bột không quá lỏng. Nếu bột quá lỏng phải bó bột mới và hẹn đến khám lại tùy theo từng loại gãy xương.
- Khi bột khô cố định tốt hướng dẫn người bệnh vận động co cơ trong bột, vận động các cơ, chi không bó bột để tránh teo cơ, đồng thời phải hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước vỗ rung lồng ngực, vệ sinh thân thể, để giảm nguy cơ viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.
- Thường xuyên quan sát da vùng tỳ đè, dễ loét như vùng gáy, khuỷu, gai chân trước trên, gót chân để phát hiện sự cọ xát phù nề đổi màu, loét.
- Hướng dẫn người bệnh ăn chế độ ăn bồi dưỡng để nâng cao thể trạng, chú ý ăn thức ăn tránh táo bón, sỏi tiết niệu.
- Nếu người bệnh có vết thương thâm dịch mùi hôi phải báo bác sĩ, thay băng vết thương.
- Dặn người bệnh không được tự ý tháo bột, phải giữ bột đủ thời gian theo quy định.
- Nếu đủ thời gian bất động cho người bệnh chụp X quang kiểm tra xem xương liền tốt chưa. Nếu xương chưa liền cần bắt động thêm.
- Chăm sóc vết thương, vết loét nếu có. Hướng dẫn người bệnh ngâm chân vào nước muối chấm, vừa ngâm vừa tập vận động chủ động ngày 3 lần, mỗi lần từ 10 – 15 phút trong 5 – 7 ngày. Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ từ, tránh quá sức, quá đau và tránh ngã.

5.3.3 Sau mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- + Trong vòng 24 giờ sau mổ: để phát hiện tình trạng tai biến của gây mê, phẫu thuật.
- + Những ngày sau: để phát hiện tình trạng nhiễm trùng, tình trạng thiếu máu.
- Chăm sóc thay băng vết mổ tùy từng trường hợp. Nếu chảy máu vết mổ cần thực hiện băng ép cầm máu ngay, sau băng ép vẫn chảy máu phải báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- + Vết mổ tiến triển tốt, chỉ cắt sau 7 ngày.
- + Vết mổ có biểu hiện sưng nề, có dịch mủ cần cắt chỉ sớm để giải phóng mủ, dịch.
- Giảm đau, sưng nề chi tốn thương bằng cách gác chi cao trên dụng cụ thích hợp.
- Theo dõi tuần hoàn của chi, vận động cảm giác của chi tốn thương.
- Hướng dẫn người bệnh ăn chế độ ăn để nâng cao thể trạng
- Hướng dẫn người bệnh tập vận động, vệ sinh thân thể tùy từng trường

hợp.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh, theo dõi tác dụng phụ, tai biến của thuốc.
- Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ.

5.3.4 Giáo dục sức khoẻ

- Khi mang bột về nhà cần dặn dò người bệnh thực hiện một số việc sau:
 - + Không để bột gãy.
 - + Không làm ướt bột.
 - + Không tự ý cắt bột.
 - + Không dùng que chọc vào trong bột.
 - + Đến khám lại theo đúng lịch hẹn.
- Tuyên truyền trong cộng đồng cần thận trọng trong khi tham gia giao thông, trong lao động sản xuất, trong sinh hoạt để làm giảm tỷ lệ gãy xương.

6.4. Đánh giá

Người bệnh gãy xương được chăm sóc tốt khi:

- Được sơ cứu tốt, tránh từ gãy kín thành gãy hở, hạn chế được nguy cơ sốc.
- Được theo dõi chăm sóc tốt, tránh được các tai biến do mổ xương, bó bột.
- Được hướng dẫn tập phục hồi chức năng tốt.

PHẦN II: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được mục đích, chỉ định, chống chỉ định mổ xương.
2. Trình bày được những điều thuận lợi, bất lợi của mổ xương.
3. Trình bày được tai biến do mổ xương
4. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ xương.
5. Chăm sóc được người bệnh sau mổ xương.
6. Chăm sóc được người bệnh sau mổ đoạn chi.

1.BỆNH HỌC

1.1. MỤC ĐÍCH

- Mục đích của phẫu thuật xương là nắn, bất động xương gãy và giúp quá trình lành xương sớm.
 - Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối: gãy xương khó kéo nắn, gãy xương kèm theo đứt dây chằng, sai khớp, gãy nơi đầu xương, gãy nhiều vị trí, thay khớp.
 - Chỉ định phẫu thuật tương đối: các bệnh lý viêm xương, ung thư xương.
 - Chống chỉ định phẫu thuật: xương đang nhiễm trùng, nơi xương gãy có mô xấu, thiếu da, sẹo xấu, xương không vững được sau khi mổ, gãy lồng (trừ gãy cổ xương đùi).

1.2. THUẬN LỢI VÀ BẤT LỢI CỦA MỔ XƯƠNG

- Thuận lợi của phẫu thuật gãy xương là xương gãy sau giải phẫu phải được

nắn sửa gần như toàn diện theo ý muốn. Người bệnh không kéo dài thời gian nằm điều trị. Người bệnh vận động được sớm, tránh được nhiều biến chứng do nằm lâu. Tâm lý người bệnh thoải mái khi về nhà.

- Bất lợi là phẫu thuật biến gãy xương kín thành gãy xương hở và như thế nguy cơ nhiễm trùng là rất cao. Ngoài ra, phẫu thuật có nguy cơ chảy máu và người bệnh bị mất máu nhiều khi mổ lớn. Mất máu nhiều, nhiễm trùng, sưng nề sau mổ, cơ cắt đứt do phẫu thuật, mạch máu, thần kinh tổn thương trong phẫu thuật cũng gây rối loạn quá trình lành xương. Đặt vật lạ vào gây ra tình trạng phản ứng của mô xương tại chỗ cũng gây viêm xương dị ứng khiến người bệnh phải nhập viện mổ lại để lấy ra còn có nguy cơ viêm xương sau mổ. Cuối cùng là tốn kém và đòi hỏi phải có kỹ thuật chuyên khoa, trang thiết bị và trình độ chuyên môn cao.

1.3. TAI BIẾN

Đối với mô: co rút cơ do cắt nhiều mô cơ, nhiễm trùng phần mềm, vết mổ.

Đối với xương: do tác dụng kim loại đặt vào trong trường hợp mổ kết hợp xương đưa đến viêm xương, xương khó lành.

Mạch máu: chảy máu, mất máu, máu tụ dễ đưa đến chèn ép.

Thần kinh: có thể tổn thương theo các mức độ khác nhau.

Toàn thân: nhiễm trùng, viêm tĩnh mạch, thuyên tắc, choáng, thiếu máu, suy dinh dưỡng...

1.4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

Phẫu thuật nào cũng đòi hỏi tình trạng sức khỏe người bệnh thật tốt để quá trình phục hồi của người bệnh sau phẫu thuật tốt hơn; trong phẫu thuật điều trị gãy xương cũng vậy. Nhất là đối với người có mất máu do gãy xương, hay gãy xương hở có nguy cơ nhiễm trùng cao, hay người bệnh có kèm theo choáng, viêm xương, người già thay khớp có kèm bệnh mạn tính... Vì thế, trước mổ người bệnh cần đạt được các yêu cầu sau:

- Người bệnh không có dấu hiệu nhiễm trùng. Người bệnh không sốt cũng là một yếu tố xác định tình trạng người bệnh không nhiễm trùng.
- Dinh dưỡng: protein lớn hơn 60g/dl. Dinh dưỡng tốt đầy nhanh tiến trình lành xương, vết thương sau mổ.
- Không có dấu hiệu thiếu máu, nhận định qua xét nghiệm số lượng hồng cầu đủ. Hồng cầu đủ giúp tạo mô xương mới, máu nuôi tốt giúp cho quá trình lành xương tiến triển, Hct bình thường xác định tình trạng ổn định về chảy máu.
- Không có nhiễm trùng da xung quanh chỗ xương gãy, đây là vấn đề quan trọng vì loại bỏ được nguy cơ nhiễm trùng từ ngoài vào trong và tránh được nguy cơ viêm xương sau mổ.

1.5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

- Điều dưỡng cần thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh và cung cấp những thông tin cần thiết như: phương pháp giải phẫu, thời gian lành xương, cách đi đứng sau mổ, chăm sóc bó bột. Hướng dẫn người bệnh cách tập vận

động, hít thở sâu sau khi phẫu thuật...

- Để chuẩn bị người bệnh trước mổ điều dưỡng phải vệ sinh vùng da trước mổ 12 -24 giờ: rửa da, cạo lông trước mổ không được để trầy rách da, cạo rộng theo qui định của giải phẫu chỉnh hình. Tốt nhất là dùng thuốc làm rụng lông. Thụt tháo buổi tối trước mổ nếu mổ chi dưới. Chụp X quang ngực, xét nghiệm máu nhất là đánh giá hồng cầu, calci, phosphate.

- Tháo bột để chăm sóc da nếu có và nên đặt chi trong nẹp ngay sáng ngày phẫu thuật. Nếu có hệ thống kéo tạ thì nên tháo hệ thống kéo tạ và bất động chi gãy bằng nẹp. Trước ngày phẫu thuật và sáng ngày phẫu thuật điều dưỡng cần thay băng vết thương sạch sẽ nhưng tránh sử dụng dung dịch sát trùng có màu. Không ăn uống vào sáng ngày mổ. Thực hiện kháng sinh dự phòng.

1.6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

- Sau phẫu thuật điều dưỡng cần theo dõi dấu chứng sinh tồn đến khi ổn định, chú ý huyết áp, mạch, nhiệt độ vì khả năng chảy máu sau mổ là rất cao. Phát hiện sớm các dấu hiệu chảy máu qua dẫn lưu, noi bó bột, vết mổ.

- Sau phẫu thuật người bệnh rất đau. Điều dưỡng cần đánh giá mức độ đau để chăm người bệnh đau sau mổ: thực hiện thuốc giảm đau, công tác tư tưởng cho người bệnh, tư thế giảm đau...

- Câu nói hệ thống dẫn lưu kín vô trùng và theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra, chú ý chảy máu. Thường sử dụng lực hút chân không với dẫn lưu xương khớp. Khi dẫn lưu không còn có tác dụng điều dưỡng sẽ rút theo y lệnh. Dẫn lưu này thường kín hoàn toàn nên điều dưỡng không thay băng để tránh nhiễm trùng xương.

- Vết mổ sẽ không thay băng nếu vết mổ vô trùng. Sau mổ, phẫu thuật viên thường băng ép vết mổ với mục đích cầm máu sau mổ nên điều dưỡng không tháo băng trước 24 giờ sau mổ để tránh nguy cơ chảy máu. Khi băng thấm nhiều máu, điều dưỡng chỉ thay băng lớp ngoài. Chú ý, khi thay băng cần nhẹ nhàng, khi tháo băng tránh tình trạng chảy máu. Nếu có dấu hiệu chảy máu nên băng ép lại. Nếu có cắt lọc vết thương điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, chăm sóc vết thương, thực hiện kháng sinh.

- Cần theo dõi dấu hiệu chèn ép do phù nề, do máu tụ chèn ép, do băng ép quá chặt. Điều dưỡng nâng cao vùng phẫu thuật giúp giảm phù nề, kiểm tra mạch, dấu hiệu chèn ép khoang do máu tụ (dấu hiệu 5P).

Pain: đau

Pallor: tím tái

Paresthesia: dị cảm

Paralysis: liệt

Pulselessness: mất mạch.

- Trong trường hợp mổ viêm xương thì cần thay băng mỗi ngày. Đôi khi phải rửa vết thương liên tục, cắt lọc mô hoại tử, xương chết, máu tụ.
- Để ngăn ngừa viêm phổi, điều dưỡng cần khuyến khích người bệnh hít

thở sâu, giữ âm cho người bệnh.

- Để giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục thì vấn đề dinh dưỡng rất quan trọng. Cho người bệnh ăn bình thường khi không nôn ói. Thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, đặc biệt thức ăn có nhiều calci, nhưng do người bệnh nằm trên giường sau mổ, ít vận động vì vậy cần cho người bệnh uống nhiều nước tránh tạo sỏi niệu và cũng tránh táo bón.
- Phục hồi chức năng vận động: tập vận động chủ động 24 giờ sau mổ các phần không bất động như xoay trở, vận động, tập gồng cơ, co duỗi, kéo ròng rọc, tập các khớp, tập cơ dẻo dai. Tập vận động thụ động chỉ bị bệnh, chú ý không gây đau, không gây phù nề thêm, tập gồng cơ nhẹ nhàng. Tập trong khi sinh hoạt, khi nằm, ngồi, đứng, đi... cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, đúng tư thế cơ năng.

2. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ ĐOẠN CHI

2.1. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

- Rửa sạch da bằng dung dịch sát khuẩn không màu giúp phẫu thuật viên dễ nhận định, quan sát da trong và sau mổ. Nếu có vết thương thì cũng thay băng sạch sẽ. Xác định có mạch ngoại biên hay không, so sánh phù nề, màu sắc, nhiệt độ da, phản ứng với mô của cơ thể bên đối diện. Kiểm tra dấu chứng sinh tồn để phát hiện tình trạng nhiễm trùng.

2.2. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG SAU MỔ

- Dẫn lưu tại mỏm cự: số lượng, màu sắc, tính chất dịch.
- Tình trạng phù nề vết thương tại mỏm cự sau mổ.
- Đánh giá đau, tình trạng vận động, mức độ vận động của các chi còn lại.
- Tâm lý người bệnh: lo lắng, đau khổ, thất vọng...
- Tình trạng băng: băng kín thẩm dịch, băng hở, băng ép cầm máu.
- Dấu hiệu nhiễm trùng

2.3. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.3.1. Biến dạng cơ thể do đoạn chi

- Nhận định tình trạng tâm lý về sự thay đổi hình dáng cơ thể do mất chi của người bệnh. Cho người bệnh nói lên cảm giác thất vọng, buồn phiền của mình. Người bệnh và gia đình cùng hợp tác tham gia vào việc mặc quần áo, tập vận động tăng cường sức cơ, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, giao tiếp trong xã hội, tự tham gia vào việc hồi phục.
- Giải thích về việc lắp chi giả để người bệnh cảm thấy không bị biến dạng hay trở thành tàn phế. Cho người bệnh gặp gỡ người bệnh lắp chi giả, cho người bệnh làm quen với dụng cụ chi giả.

2.3.2. Suy giảm chức năng vận động

Tập vận động là phần quan trọng trong việc đưa người bệnh trở về sinh hoạt đời sống bình thường. Tập vận động ngay sau mổ và tiếp tục cho đến khi có khả năng sử dụng được chi giả. Mục đích để ngăn ngừa tư thế xấu của mỏm cự, tập sức mạnh các cơ và tình trạng cân bằng giữa các cơ, giúp người bệnh sử dụng chi giả, tạo mỏm cự có độ dài đúng, thon đều, seо không co

rút.

Các giai đoạn:

- Ngay sau mổ: tư thế đúng trên giường, tập nhẹ toàn thân, băng thun mỏm cụt.
- Một tuần sau mổ: tập nhẹ mỏm cụt, tập đi nặng, tập toàn thân.
- Hai tuần sau mổ sẽ tập khớp: hướng dẫn người bệnh cách tập và băng mỏm cụt.

Điều dưỡng lượng giá khả năng duy trì sự vận động chi bệnh và chi lành. Hướng dẫn người bệnh tập vận động tăng cường sức cơ chi lành, tập vận động chi cụt. Hướng dẫn người bệnh đi nặng, lắp chi giả. Cho người bệnh thực tập các vận động trong sinh hoạt hàng ngày như cách tự phục vụ vệ sinh cá nhân. Các tư thế cần tránh đuổi cổ chân, co gối, gấp háng, co khuỷu, áp cánh tay... vì đây là các tư thế người bệnh thích do giảm đau. Tráng tư thế xấu như ngồi xe lăn tay với khúc cụt bị gấp, chêm gối giữa đùi, thong mỏm cụt xuống cạnh giường, nằm với gối gấp, ưỡn lưng cong, chêm gối dưới hông hay đầu gối, gác mỏm cụt trên nạng.

2.3.3. Đau do cảm giác bàn chân ma, do đoạn chi

- Mốc chi đau chia làm 2 giai đoạn. Ngày hậu phẫu: đau do tổn thương hậu phẫu, do phù nề, chứng đau này có thể biến mất sau 10 ngày sau hậu phẫu. Đau trễ là do chi giả không phù hợp với mấu chi, da phù nề nhiễm trùng, phản ứng với chi giả, giảm tuần hoàn, viêm xương, chồi xương. Có 2 trường hợp đau không rõ nguyên nhân là:

- Đau cháy: cảm giác đau như châm chích ở mỏm cụt da, khúc cụt trở nên trơn láng, phù, cơn đau có thể làm khúc cụt co giật.
- Đau chi ma: là người bệnh cảm giác còn chi sau khi bị cắt. Người trẻ sẽ mau mất cảm giác hơn người lớn tuổi. Cảm giác chi ma mất đi trong vài tuần hay vài tháng. Cảm giác đau tăng khi có những kích thích bên ngoài như sờ vào mỏm cụt,... Thực hiện thuốc giảm đau giúp người bệnh thoái mái trước và trong khi tập. Khuyến khích vận động giúp giảm phù. Giải thích cho người bệnh tình trạng chi của mình. Hướng dẫn cho người bệnh trong vận động, nhắc người bệnh nhớ đến mình đã đoạn chi khi người bệnh đi lại, ngồi dậy. Giải thích với người bệnh tình trạng chi ma, an toàn tránh té ngã. Kê chi cao an toàn, tránh va chạm, chèn ép.

2.3.4. Nguy cơ nhiễm trùng mỏm cụt

- Mỏm cụt được băng thun với những đường băng chéo và súc ép nhẹ lan từ ngoài đầu mỏm cụt vào trong góc chi. Tránh băng theo đường tròn quanh chi. Mục đích băng là ngừa phù nề và tạo dáng mỏm cụt than. Nên cắt chỉ vết thương mỏm cụt sau 2 tuần. Vẫn băng mỏm chi cho đến khi mang chi giả. Thay băng hàng ngày, rửa vết thương nhẹ nhàng. Chú ý: tháo băng nhẹ nhàng, thấm ướt băng trước khi tháo băng tránh làm đau vì thường ngay đầu xương có mạch máu, dây thần kinh. Nên che chở vết thương bằng gạc có tẩm dung dịch mù u hay gạc ẩm để lót sau tháo băng không bị tổn thương

hay đau thêm. Cần châm lót nơi mổ cũ. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử.

BÀI 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THÙA CẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được triệu chứng và biến chứng của viêm ruột thừa cấp.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm ruột thừa cấp là một bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp.
- Khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp thì phải mổ cấp cứu.
- Người điều dưỡng ngoài chăm sóc tốt người bệnh còn phải tuyên truyền về bệnh để hạ thấp tỷ lệ biến chứng của viêm ruột thừa cấp.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Thể điển hình

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng vùng hố chậu phải: đau âm ỉ, đau liên tục, tăng dần, có trường hợp đau dữ dội khi ruột thừa căng sấp vỡ hoặc giun chui vào ruột thừa. Nếu đến muộn, đã có viêm phúc mạc thì đau lan ra khắp ổ bụng.

Có một số trường hợp, lúc đầu đau ở lúc thượng vị hoặc đau quanh rốn, sau đó mới đau khu trú xuống hố chậu phải.

- Rối loạn tiêu hóa:

- + Nôn hoặc buồn nôn.
- + Bí trung đại tiện khi có viêm phúc mạc hoặc đại tiện phân lỏng.

2.1.2 Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng xẹp, di động theo nhịp thở.
- Sờ có phản ứng hố chậu phải: khi thăm khám ấn vào vùng hố chậu phải các cơ co chống lại tay bác sĩ khám.
- Điểm Mac- Burney đau chói: là điểm giữa của đường nối từ gai chậu trước trên bên phải tới rốn.
- Thăm trực tràng: Ấn vào thành bên phải túi cùng, người bệnh đau trong trường hợp ruột thừa nằm trong tiêu khung.

2.1.3. Triệu chứng toàn thân:

Có hội chứng nhiễm trùng, biểu hiện:

- Mệt mỏi, chán ăn.
- Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.
- Có sốt nhẹ $37^{\circ}5$ đến $38^{\circ}5$, khi sốt cao là ruột thừa đã nung mù căng sắp vỡ hoặc đã vỡ.
- Nếu đến muộn đã có viêm phúc mạc, thể trạng suy sụp nhanh. Sốt cao, nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

2.1.4. Cận lâm sàng

- Làm xét nghiệm công thức máu, máu chảy, máu đông.

- Bạch cầu tăng từ 10.000 đến 15.000, song cần lưu ý có từ 10% đến 30% trường hợp số lượng bạch cầu không tăng.
- Bạch cầu đa nhân trung tính tăng ($>80\%$).
- Siêu âm: Thay đổi đường kính ruột thừa to hơn bình thường.

3. BIỂN CHỨNG CỦA VIÊM RUỘT THỪA CẤP

- Đám quánh ruột thừa.
- Áp xe ruột thừa.
- Viêm phúc mạc toàn thể.

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Trước mổ

- Toàn thân:
 - + Xem có hội chứng nhiễm trùng không?
 - + Tình thần tinh hay mệt mỏi.
 - + Vẻ mặt có hốc hác, môi có khô, lưỡi có bẩn không?
 - + Người bệnh sốt nhẹ hay sốt cao?
 - + Nước tiểu có vàng không?
 - + Bạch cầu có tăng không?
- Tại chỗ:
 - + Đau bụng: đau từ khi nào? đau ở vị trí nào? Đau âm ỉ hay đau dữ dội? đau liên tục hay đau thành từng cơn?
 - + Có nôn hay không, nếu có thì nôn nhiều hay ít?
 - + Hỏi người bệnh có bí trung đại tiện không?
 - + Người bệnh có chán ăn và có đầy bụng không?
 - + Bụng xẹp hay trương?

4.1.2. Sau mổ

- Dấu hiệu sinh tồn: cần xem có còn sốt, mạch có nhanh không?
- Vết mổ: Có đau vết mổ không? Xem vết mổ có bị chảy máu và bị nhiễm khuẩn không? Nhất là những trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng. Nếu vết mổ có nhiễm khuẩn thì thường ngày thứ 3 hoặc thứ 4 người bệnh sẽ đau vết mổ.
- Lưu thông tiêu hóa: Người bệnh đã trung tiện chưa? Có nôn không? Có đau bụng không?
 - Dinh dưỡng: người bệnh đã ăn được gì? Ăn ngon miệng không?
 - Với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng: cần phải nhận định ống dẫn lưu.

Xem ống dẫn lưu được đặt ở đâu ra (đặt ở ổ áp xe trong trường hợp dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa, đặt trong ổ phúc mạc nếu mổ viêm phúc mạc ruột thừa hoặc dẫn lưu mạnh tràng trong trường hợp mổ viêm ruột thừa có hoại tử gốc không khâu buộc được)? Số lượng màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài?

- Tư tưởng, hoàn cảnh kinh tế gia đình người bệnh?

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh sốt cao.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Vệ sinh thân thể kém.
- Nguy cơ đau đầu.
- Người bệnh lo lắng về bệnh.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

4.3.1 Trước mổ

- Đối với trường hợp đang theo dõi viêm ruột thừa:
 - + Không được tự ý tiêm thuốc giảm đau.
 - + Theo dõi mức độ đau xem có đau tăng lên không.
 - + Theo dõi sốt: sốt có giảm đi hay tăng lên.
 - + Theo dõi số lượng bạch cầu.
 - + Trong quá trình theo dõi, người điều dưỡng cần so sánh lần sau với lần trước để đánh giá sự tiến triển của bệnh.
- Đối với trường hợp đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp: chuẩn bị để người bệnh mổ cấp cứu càng sớm càng tốt. Công việc chuẩn bị giống như chuẩn bị mổ cấp cứu nói chung.

4.3.2. Sau mổ

- Đối với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng:
 - + Tư thế nằm: tư thế sau mổ thích hợp để tránh các biến chứng của gây tê tuy sống.
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: theo dõi 1 giờ/ 1 lần, theo dõi trong vòng 12 giờ.
 - + Chăm sóc vết mổ: Nếu vết mổ tiến triển tốt thì không cần thay băng hoặc hai ngày thay băng một lần. Cắt chỉ sau 7 ngày.
 - + Chăm sóc về dinh dưỡng: Sau 6 đến 8 giờ mà người bệnh không nôn thì cho uống nước đường, sữa. Khi có nhu động ruột thì cho ăn cháo, súp trong vòng 2 ngày, sau đó cho ăn uống bình thường.
 - + Chăm sóc vận động:
 - Cho người bệnh vận động sớm khi có đủ điều kiện.
 - Ngày đầu cho nằm thay đổi tư thế.
 - Ngày thứ 2 cho ngồi dậy và dùi đi lại.
 - Trường hợp mổ ruột thừa có biến chứng:
 - + Tư thế nằm: khi người bệnh tính cho nằm tư thế Fowler, nghiêng về phía có đặt ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
 - + Chăm sóc ống dẫn lưu:
 - Ống dẫn lưu ở bụng phải được nối xuống túi vô khuỷn hoặc chai vô khuỷn có đựng dung dịch sát khuỷn, để tránh nhiễm khuỷn ngược dòng.
 - Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng. Tránh làm gấp, tắc ống dẫn lưu.

- Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ồ bụng ra với số lượng ít dẫn và không hôi.
- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
- Nếu ống dẫn lưu để phòng ngừa thì thường được rút khi có trung tiện, muộn nhất là sau 48 – 72 giờ.
- Nếu ống dẫn lưu ở ổ áp xe ruột thừa: rút chậm hơn. Khi có chỉ định rút thì rút từ từ, mỗi ngày rút bớt 1 -2 cm đến khi dịch ra trong thì có thể rút bỏ hẳn.

+ Chăm sóc vết mổ: nếu vết mổ nhiễm trùng: cắt chỉ sớm để dịch mủ thoát ra được dễ dàng. Nếu vết mổ không khâu da, điều dưỡng thay băng hằng ngày. Khi vết mổ có tổ chức hạt phát triển tốt (không có mủ, nền đỏ, dễ chảy ròm máu): cần báo lại với bác sĩ để khâu da thì hai.

+ Dinh dưỡng:

Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

- Theo dõi biến chứng sau mổ của viêm ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa:

- + Chảy máu trong ổ bụng.
- + Chảy máu ở thành bụng.
- + Viêm phúc mạc sau mổ
- + Rò manh tràng
- + Nhiễm trùng thành bụng.

- Đối với trường hợp đám quánh ruột thừa: khi ra viện, hướng dẫn người bệnh lúc về nhà nếu có đưa lại hô hấp phải, sốt thì phải đến viện khám lại ngay.

4.3.3 Giáo dục sức khoẻ

- Giáo dục cho cộng đồng hiểu biết về viêm ruột thừa cấp để có ý thức đến viện sớm khi có các triệu chứng của bệnh.
- Đối với người bệnh đã mổ viêm ruột thừa cấp, đặc biệt là viêm ruột thừa cấp đã có biến chứng viêm phúc mạc, cách phòng, chống biến chứng tắc ruột sau mổ là:
 - + Tránh ăn nhiều chất xơ
 - + Tránh gây rối loạn tiêu hoá
 - + Nếu đau bụng cơn và nôn, đến viện khám lại ngay.

4.4. Đánh giá

- Chuẩn bị tốt trước mổ.

- Sau mổ: người bệnh tiến triển tốt, không có nhiễm khuẩn vết mổ.
- Sức khỏe người bệnh nhanh hồi phục.

BÀI 4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẶC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng của viêm phúc mạc.
2. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm phúc mạc là một cấp cứu ngoại khoa, do vi khuẩn, hóa chất xâm nhập vào ổ phúc mạc. Hậu quả rất nặng nề, gây nhiều biến chứng phức tạp. Vì vậy, người bệnh cần phải được điều trị kịp thời và chăm sóc chu đáo.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Viêm phúc mạc nguyên phát: do nhiễm khuẩn trực tiếp từ đường máu, đường bạch mạch, thường do liên cầu, phế cầu, trực khuẩn lao. Những trường hợp này khi chẩn đoán chắc chắn thì điều trị nội khoa, không ổn định mới can thiệp phẫu thuật.

2. Viêm phúc mạc thứ phát: Xảy ra sau các bệnh lý của các cơ quan trong ổ bụng. Những trường hợp này cần phải can thiệp ngoại khoa:

- Do thủng đường tiêu hoá: thủng ruột, thủng dạ dày.
- Do thủng đường mật như hoại tử mật thủng, hoại tử đường mật do sỏi và do viêm đường mật.
- Do vỡ ổ áp xe, hay ổ nhiễm trùng trong ổ bụng như viêm ruột thừa vỡ, áp xe gan vỡ.
- Do các biến chứng sau phẫu thuật vào ổ tiêu hoá, vào đường mật.

III. TRIỆU CHỨNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: đau khấp bụng, đau liên tục, đau tăng dần. Khởi điểm đau, vị trí đau tùy nguyên nhân gây bệnh.

- Nôn: thường nôn nhiều dẫn đến mất nước điện giải.

- Bí trung đại tiện: do tác nhân gây viêm phúc mạc dẫn đến liệt ruột. Có một số trường hợp tiêu phân lỏng.

2. Triệu chứng toàn thân:

- Biểu hiện nhiễm trùng: vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bần, sốt cao 38°C - 39°C

- Biểu hiện nhiễm độc: da xanh tái, lờ đờ, thờ ơ với ngoại cảnh

- Những trường hợp đến muộn thường có sốc: mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt, chân tay lạnh, vã mồ hôi

3. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn bụng trướng, nếu đến muộn bụng trướng căng.

- Nắn bụng có phản ứng thành bụng

- Gõ bụng vang vùng trướng, đục vùng thấp

- Thởm trực tràng, âm đạo túi cùng Douglas phòng đau.

- Chọc dò ổ bụng có dịch, mủ

4. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Chụp ổ bụng thấy khung đại tràng dãn, nhiều hơi.
- Tuỳ từng nguyên nhân gây viêm phúc mạc có thể thấy:
 - + Hình ảnh mucus nước, mucus hơi trong bệnh tắc ruột hoại tử.
 - + Hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành trong bệnh thủng dạ dày – tá tràng, hoặc thủng ruột.
- Siêu âm ổ bụng phát hiện nguyên nhân gây viêm phúc mạc:
 - + Có thể thấy hình ảnh sỏi ống mật chủ trong viêm phúc mạc mật.
 - + Có thể thấy hình ảnh viêm túi mật trong viêm phúc mạc do hoại tử túi mật...

III. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC:

1. Nhận định:

- **Trước mổ:**
 - + Nhận định thể trạng người bệnh: gầy hay béo, có suy kiệt hay không?
 - + Có hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc không?
 - + Có biểu hiện mất nước không?
 - + Nhận định về trung, đại tiện?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
 - + Nhận định về ổ bụng có trương không, nắn có đau không?
 - + Nhận định về nôn: số lần, số lượng, tính chất dịch nôn.
- **Sau mổ:**
 - + Phải xem người bệnh mổ đã được bao lâu rồi?
 - + Có đau vết mổ không?
 - + Có ngủ được không?
 - + Dinh dưỡng ra sao?
 - + Trung đại tiện thế nào?
 - + Nhận định tình trạng ổ bụng sau mổ thế nào? Có trương không? Vết mổ thế nào? Liền tốt hay nhiễm trùng?

2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh bị sốt.
- Mất nước
- Có nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn
- Người bệnh trương bụng
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ

3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- **Trước mổ:** Chuẩn bị để mổ cấp cứu
 - + Nhịn ăn, nhịn uống.
 - + Không được thụt tháo phân.
 - + Đặt ống hút dạ dày.
 - + Hồi sức bằng truyền dịch theo y lệnh.
- **Sau mổ:**

+ Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn.
+ Chống trướng bụng, khó thở bằng cách nằm tư thế thích hợp, đặt ống hút dạ dày liên tục cho tới khi có trung tiện. Tập vận động sớm để chống co nhu động ruột, đặt sonde hậu môn.

+ Truyền dịch nuôi dưỡng, bồi phụ nước điện giải theo y lệnh.

+ Chống nhiễm trùng vết mổ: thay băng vô khuẩn vết mổ hằng ngày.

Nếu vết mổ nhiễm trùng tây đỏ cắt chỉ cách sớm.

Nếu vết mổ có mủ, tách mép vết mổ tháo hết mủ.

Dùng kháng sinh theo y lệnh.

Theo dõi, chăm sóc các loại ống dẫn lưu:

- Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
- Tránh làm gấp, tắc ống dẫn lưu.
- Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dẫn và không hôi.
- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
- Ống dẫn lưu thường được rút khi có trung tiện.

4. Giáo dục sức khoẻ

- Tuyên truyền trong cộng đồng về mức độ nguy hiểm, hậu quả về sau đối với những trường hợp viêm phúc mạc. Vì vậy, khi đau bụng cần đến khám ở y tế cơ sở, không nên tự ý dùng thuốc để tránh viêm phúc mạc.
- Sau mổ viêm phúc mạc có thể bị tắc ruột, vì vậy khi người bệnh ra viện cần hướng dẫn:
 - + Tránh rối loạn tiêu hoá.
 - + Tránh ăn nhiều chất xơ.
 - + Vận động, lao động nhẹ nhàng.
 - + Khi nào đau bụng cơn + nôn cần đến bệnh viện khám lại.

5. Đánh giá:

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- Người bệnh không khó thở, đỡ trướng bụng.
- Người bệnh nhanh có nhu động ruột, vết mổ liền tốt.

BÀI 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIÊU

MỤC TIÊU

1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, hướng điều trị sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ sỏi đường tiết niệu.

PHẦN 1: BỆNH HỌC

1. SỎI THẬN

1.1 Đại cương

- Sỏi thận là bệnh phổ biến trên thế giới thường gặp ở châu Âu và một số nước châu Á, châu Phi ít gặp hơn.
- Về giới: thường nam giới gặp nhiều gấp đôi nữ giới. lứa tuổi thường mắc bệnh này từ 30 đến 50.
- Sỏi thận gây nhiều biến chứng phức tạp, có thể dẫn đến tử vong. Vì vậy, cần được chẩn đoán sớm và điều trị cũng như chăm sóc chu đáo để tránh những biến chứng xảy ra.
- Ngày nay, nhờ vào tiến bộ khoa học việc chẩn đoán cũng như điều trị sỏi đường tiết niệu đã được cải thiện đáng kể.

1.2 Nguyên nhân

1.2.1 Sỏi thứ phát

Là sỏi được hình thành do nước tiểu bị ú trệ mà nguyên nhân chính là do cản trở ở bể thận hoặc niệu quản do bệnh bẩm sinh hay mắc phải, do viêm chít hẹp do lao, giang mai...

1.2.2 Sỏi nguyên phát

- Là những viên sỏi được hình thành tự nhiên. Quá trình hình thành sỏi rất phức tạp.
- Thành phần, cấu tạo của sỏi rất khác nhau, vì vậy hiện nay chưa có một lý thuyết tổng quát về hình thành sỏi.

1.2.3 Các loại sỏi thận

- Sỏi canxi: thường là dưới dạng oxalat canxi hoặc phốt phat canxi.
- Sỏi kết hợp với nhiễm khuẩn: thành phần gồm phốt phat amoniac magnesi, thực tế thường kết hợp với cacbonat apatit. Loại này hay gặp ở phụ nữ dưới dạng sỏi san hô.
- Sỏi axit uric.
- Sỏi crystin.

1.3 Triệu chứng

1.3.1 Triệu chứng cơ năng

- Cơn đau quặn thận:
- + Đau dữ dội, lăn lộn.
- + Đau từ vùng thận bị bệnh lan dọc theo đường đi của niệu quản xuống tận bộ phận sinh dục ngoài.
- + Kèm theo đau có thể có nôn, bí trung đại tiện, trướng bụng.
- + Cơn đau thường xảy ra sau vận động mạnh.
- + Có một số trường hợp không có cơn đau mà chỉ tình cờ phát hiện ra sỏi.
- Tiểu tiện ra máu, tiểu máu toàn bã.
- Tiểu tiện ra mủ.

1.3.2 Triệu chứng thực thể

- Khám thấy đau vùng thắt lưng.
- Rung thận (+).
- Nếu thận to chậm thận, bập bèn thận (+).

1.3.3 Triệu chứng toàn thân

Không có gì đặc biệt trừ những trường hợp có biến chứng như nhiễm khuẩn, suy thận.

1.3.4 Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
 - + Xét nghiệm nước tiểu thấy có hồng cầu, bạch cầu và vi khuẩn.
 - + Xét nghiệm máu bạch cầu tăng, ure máu tăng.
- X quang, siêu âm:
 - + Siêu âm: biết được kích thước thận. Tình trạng đài bể thận có dẫn hay không.
 - + X quang ổ bụng không chuẩn bị phát hiện sỏi cản quang thận.
 - + Chụp hệ tiết niệu có bơm thuốc cản quang qua tĩnh mạch (UIV) phát hiện được sỏi, đánh giá được chức năng thận.
 - + Chụp niệu quản bể thận ngược dòng để phát hiện sỏi không cản quang.
 - + Chụp cắt lớp, chụp niệu đồ bằng đồng vị phóng xạ.

1.4 Biến chứng

Sỏi thận gây nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân

- Sỏi gây tắc đường tiết niệu, làm dẫn đài bể thận, làm mỏng nhu mô thận dẫn đến suy giảm chức năng thận rồi mất hoàn toàn chức năng thận.
- Nếu cả hai thận có sỏi gây tắc người bệnh vô niệu, ure máu tăng cao, tử vong nhanh.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu gây sốc nhiễm khuẩn dễ tử vong. Người bệnh thường đau nhiều bên thận bị bệnh, sốt cao, rét run.

1.5 Hướng điều trị

- Điều trị nội khoa chỉ có vai trò phòng bệnh và chống tái phát.
- Điều trị ngoại:
 - + Mở bể thận lấy sỏi.
 - + Mở nhu mô thận lấy sỏi.
 - + Những trường hợp thận mất chức năng mổ cắt bỏ thận hoặc cắt bán phần thận.
 - + Tán sỏi qua da sỏi nhỏ dưới 2 cm.

2. SỎI NIỆU QUẢN

2.1 Đại cương

- Sỏi niệu quản là bệnh ngoại khoa cấp cứu trì hoãn.
- Một số trường hợp sỏi hai bên niệu quản gây tắc phải mổ cấp cứu, nếu không can thiệp kịp thời có thể tử vong do vô niệu.
- Có một số trường hợp sỏi nhỏ, sỏi di chuyển xuống bàng quang người bệnh tiểu tiện ra sỏi. Thường sỏi dừng lại ở đoạn hẹp của niệu quản: đoạn bể thận – niệu quản, đoạn niệu quản bắt chéo động mạch chậu, đoạn niệu quản sát bàng quang.

2.2 Nguyên nhân sinh bệnh

2.2.1 Sỏi nguyên phát

Thường sỏi từ thận rơi xuống chiếm khoảng 80%.

2.2.2 Sỏi thứ phát

- Do hậu quả của một số bệnh mắc phải như: viêm, lao, giang mai, thương tổn niệu quản do các phẫu thuật gây chít hẹp niệu quản.
- Do dị dạng niệu quản: niệu quản dẫn to, niệu quản sau tĩnh mạch chủ, niệu quản đôi. Nước tiểu ú trệ ở phía trên chỗ hẹp lồng cặn hình thành sỏi.

2.3 Triệu chứng

2.3.1 Triệu chứng cơ năng

- Cơn đau do sỏi dịch chuyển. Người bệnh đau từng cơn dữ dội vùng thắt lưng, đau lan xuống phía dưới.
- Khi có ú đọng nước tiểu ở thận, niệu quản đau âm ỉ, căng tức vùng thắt lưng.
- Khi đau có thể có nôn, trướng bụng.
- Tiểu ra máu toàn bộ, thoảng qua.
- Tiểu buốt, dắt khi sỏi sát bàng quang kích thích.

2.3.2 Triệu chứng thực thể

- Trong cơn đau sỏi niệu quản khám thấy co cứng cơ thắt lưng, cứng nửa bụng bên niệu quản có sỏi, bụng trướng.
- Khi sỏi gây tắc niệu quản, gây ú nước, ú mủ thận, khám thấy thận to.

2.3.3 Triệu chứng toàn thân

- Thể trạng ít thay đổi khi chỉ có sỏi một bên.
- Người bệnh có sốt khi sỏi gây tắc niệu quản và có nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Sỏi niệu quản hai bên gây tắc nước tiểu, toàn thân người bệnh suy sụp nhanh vì gây ure máu cao, thiếu niệu, vô niệu.

2.3.4 Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm thấy hình ảnh sỏi, tình trạng bể thận, niệu quản phía trên sỏi.
- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi niệu quản cản quang.
- Chụp hệ tiết niệu có thuốc cản quang thấy vị trí sỏi, đường đi của niệu quản, đánh giá chứng năng thận.
- Chụp niệu quản, bể thận ngược dòng phát hiện sỏi, nhất là sỏi không cản quang.

2.4 Biến chứng

- Nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Thận to do ú nước, ú mủ.
- Vô niệu khi có sỏi hai bên gây tắc nước tiểu.
- Suy thận.
- Tăng huyết áp.

2.5 Hướng xử trí

- Với sỏi nhỏ, đường kính < 0,5 cm: cho uống nhiều nước, dùng thuốc giảm đau, dẫn cơ, nhảy dây có thể sỏi sẽ xuống được bàng quang.
- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Mổ niệu quản lấy sỏi.
- Lấy sỏi qua đường niệu đạo.

3. SỎI BÀNG QUANG

3.1 Đại cương

- Sỏi bàng quang hình thành liên quan đến sự ú đọng nước tiểu do trưởng ngại ở cổ bàng quang hay ở niệu đạo.
- Có trường hợp sỏi từ thận, niệu quản rơi xuống.
- Gặp ở cả nam và nữ.

3.2 Nguyên nhân

3.2.1 Sỏi nguyên phát

Thường từ thận, niệu quản rơi xuống. Hòn sỏi có thể được gười bệnh tiểu tiện ra ngoài, nếu không thoát ra ngoài được lâu ngày các cặn sỏi tiếp tục bám phủ làm cho hòn sỏi to dần lên.

3.2.2 Sỏi thứ phát

- Do các bệnh gây chít tắc phía dưới như xơ cứng cổ bàng quang, u tiền liệt tuyến, chít hẹp niệu đạo, túi thừa bàng quang.

- Do các dị vật có trong bàng quang như các mũi chỉ không tiêu, đầu ống thông bị đứt.
- Do các dị vật từ ngoài đưa vào.

3.3 Triệu chứng

3.3.1 Cơ năng

- Đau tức vùng hạ vị, đau dội lên khi tiểu gần cuối bãi, hoặc lúc vận động nhiều.
- Đau lan ra đầu dương vật, hoặc lan xuống tầng sinh môn.
- Mót tiểu thường xuyên, tiểu nhiều lần, thỉnh thoảng đi tiểu tắc đột ngột.
- Nếu sỏi nhỏ lọt vào xoang tiền liệt tuyến, người bệnh tiểu rỉ.
- Tiểu tiện ra máu cuối bãi.
- Nếu bị nhiễm khuẩn, tiểu buốt, đắt, nước tiểu đục.

3.3.2 Thực thể

- Khám có cầu bàng quang nếu bí tiểu hoàn toàn.
- Có thể có các lỗ rò từ bàng quang ra thành bụng, tầng sinh môn hoặc âm đạo.
- Nếu sỏi to thăm trực tràng, âm đạo có thể sờ thấy.

3.3.3 Toàn thân

- Người bệnh vật vã khó chịu vì bí tiểu hoặc do các rối loạn tiểu tiện.
- Khi có nhiễm trùng tại bàng quang có thể gây viêm đường tiết niệu ngược dòng, sỏi thận.

3.3.4 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn.
- X quang: chụp phim ổ bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi bàng quang.
- Siêu âm bàng quang phát hiện sỏi.
- Soi bàng quang: đây là phương pháp chẩn đoán chắc chắn nhất.

3.4 Hướng xử trí

- Mổ bàng quang lấy sỏi khi sỏi to, có nhiễm khuẩn và giải quyết nguyên nhân gây ra sỏi (túi thừa bàng quang, hẹp niệu đạo, u tiền liệt tuyến).
- Trường hợp sỏi nhỏ dưới 2 cm tán sỏi.

PHẦN II: CHĂM SÓC

1. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

1.1 Nhận định

- Nhận định toàn trạng:
- + Thể trạng gầy hay béo?
- + Da niêm mạc thế nào?
- + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
- Nhận định cơn đau:

- + Người bệnh đã đau thời gian bao lâu?
- + Đau từng cơn hay đau liên tục
- + Đau dữ dội hay đau âm ỉ?
- + Vị trí đau ở đâu?
- Nhận định tiêu tiện:
 - + Tiểu bao nhiêu lần trong 24 giờ?
 - + Số lượng nước tiểu bao nhiêu trong 24 giờ?
 - + Tiểu tiện có buốt, đắt, nước tiểu có máu, mủ hoặc bí tiểu không?
- Nhận định thực thể:
 - + Bụng có chướng không?
 - + Đối với sỏi thận, sỏi niệu quản chú ý nhận định xem hai hố thận có đầy không, thận có to không?
 - + Đối với bàng quang, phải nhận định xem có cầu bàng quang không?
 - + Phải nhận định xem có ống thông tiểu không? Nếu có thì ống thông chảy tốt không? Nước tiểu trong hay đục?

1.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ ure máu cao.
- Đau vùng hố thận hay vùng hạ vị.
- Mất ngủ.
- Nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu.

1.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Những trường hợp trước mổ cần phải ăn uống đủ chất.
- Đối với người bệnh có nguy cơ ure máu cao:
 - + Cho ăn chủ yếu glucid, hạn chế protid.
 - + Truyền dịch cho y lệnh. Dùng dung dịch đường là chính, hạn chế dịch muối, truyền dung dịch natribicacbonat 1,4 %.
 - + Làm thông đường tiểu.
 - Giảm đau:
 - + Để người bệnh nghỉ ngơi, tránh vận động.
 - + Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh.
 - Làm cho người bệnh ngủ được:
 - + Giải thích về bệnh tật để người bệnh yên tâm điều trị.
 - + Làm giảm rối loạn tiêu tiện: đặt thông tiểu.
 - + Cho nằm phòng thoáng mát yên tĩnh.
 - + Cho dùng thuốc ngủ theo y lệnh.
 - Làm giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu:
 - + Đặt thông tiểu phải đảm bảo vô khuẩn.
 - + Vệ sinh ống thông tiểu.
 - + Thay ống thông tiểu đúng thời hạn, đặt thông tiểu thường từ 5 - 7

- ngày phải thay ống mới.
- + Dùng kháng sinh theo y lệnh.

2. CHĂM SÓC SAU MỔ

2.1 Nhận định

- Hỏi người bệnh đã mổ được bao lâu?
- Xem toàn trạng có tốt không?
- Ăn ngủ, vận động có tốt không?
- Nhận định tiêu tiện có tốt không?
- Nhận định vết mổ, các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu.

2.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Có nguy cơ viêm phổi, loét.
- Có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Chăm sóc các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu.

2.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.3.1 Chống viêm phổi, loét

- Tập vận động sớm cho người bệnh.
- Vỗ rung lồng ngực, xoa vùng tì đè cho nằm đệm chống loét.

2.3.2 Chống nhiễm trùng vết mổ

- Theo dõi thay băng vết mổ hằng ngày.
- Nếu vết mổ tấy đỏ cắt chỉ sớm, vết mổ có mủ phải tách mép vết mổ.

2.3.3 Chăm sóc các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu

- Chăm sóc ống dẫn lưu hô thận: loại ống dẫn lưu này đặt vào hô thận trong trường hợp mổ thận. Sau mổ ống dẫn lưu này chảy ra ít dịch tiết, máu. Dịch chảy qua ống ít dần sau 3 ngày thì rút ống. Nếu nước tiểu qua ống dẫn lưu hô thận quá 200 ml/24h thì không được rút ống và báo với phẫu thuật viên.
- Chăm sóc ống dẫn lưu bể thận: dẫn lưu này thường là ống Malecot hoặc ống Petzer, dẫn lưu mủ hoặc nước tiểu. Nếu đặt quá 25 ngày thì rút thay ống mới, ống này bơm rửa được.
- Chăm sóc ống dẫn lưu bằng quang qua da: thường là ống Malecot hoặc ống Petzer. Bơm rửa ống nếu có máu, cặn mủ. Ống dẫn lưu bằng quang qua da có thể đặt vĩnh viễn hay tạm thời. Đặt tạm thời trước khi rút phải kẹp thử, người bệnh đi tiểu được mới rút. Đặt vĩnh viễn từ 3 đến 6 tuần phải thay ống mới.
- Chăm sóc ống dẫn lưu niệu đạo, bằng quang: Thường dùng là ống Nelaton, trong trường hợp đặt thông tiểu xong rút ngay. Loại ống Foley đặt lưu thông, bơm rửa khi bằng quang có máu, mủ hoặc tắc ống. Đặt từ 5 đến 7 ngày rút thay ống mới. Chú ý vệ sinh chân ống tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Chăm sóc ống dẫn lưu Retzius: Mục đích đặt ống này để dẫn lưu

dịch ở khoang Retzius trong trường hợp mổ bàng quang. Sau 24 đến 48h dịch ra ít dần thì rút ống.

2.3.4 Giáo dục sức khỏe

- Uống nhiều nước hằng ngày.
- Tránh nhịn tiêu.
- Khi có dấu hiệu tiêu tiện buốt, đắt, tiêu khó hoặc tiêu máu đến viện khám lại.

3. ĐÁNH GIÁ

- Không có biến loạn dấu hiệu sinh tồn do ure máu cao.
- Không nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Không nhiễm trùng vết mổ.
- Các ống dẫn lưu không tắc, rút đúng thời gian.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÂN THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại, triệu chứng chính, biến chứng của chấn thương phổi – màng phổi.*
2. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương phổi – màng phổi.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Lòng ngực là nơi chứa hai cơ quan chính và quan trọng là tim và phổi.

- Chấn thương phổi – màng phổi là một cấp cứu ngoại khoa. Việc cấp cứu phải nhanh chóng, kịp thời, đặc biệt sơ cứu tốt sẽ hạn chế những nguy hiểm đến tính mạng cho người bệnh.
- Việc điều trị và chăm sóc cần thực hiện đầy đủ. Khi hết dịch và khí cần chú ý đến việc phục hồi chức năng màng phổi.
- Người điều dưỡng cần hướng dẫn cho người bệnh tập thở sâu, cách vận động trong và sau khi dẫn lưu màng phổi.

2. NGUYÊN NHÂN

- Các chấn thương thời chiến: Các chấn thương do sức ép trong các vụ nổ lớn, chấn thương do sập hầm...
- Thời kỳ hòa bình:
 - + Các chấn thương do tai nạn giao thông: ngã đập thành ngực xuống nền cứng.
 - + Tai nạn lao động: sập hầm lò, tường đổ gây chấn thương ngực...
 - + Tệ nạn xã hội: bị đánh vào ngực bằng vật cứng hoặc gậy...

3. TRIỆU CHỨNG

3.1 Tràn máu màng phổi

- Toàn thân: có thể sốc do đau và do mất máu.
- Cơ năng: đau ngực và khó thở.

- Thực thể:
 - + Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành, di động xương sườn bị hạn chế.
 - + Sờ: rung thanh giảm
 - + Gõ: đục vùng thấp.
 - + Nghe: rì rào phế nang giảm
- X quang: trên phim chụp lồng ngực ở tư thế thẳng ta thấy hình ảnh mở vùng thấp và giới hạn với vùng phổi lành bằng đường cong Damoiseau.

3.2 Tràn khí màng phổi

- Cơ năng: đau ngực khó thở.
- Thực thể:
 - + Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành.
 - + Sờ: rung thanh giảm
 - + Gõ: vang
 - + Nghe: rì rào phế nang giảm.
- X quang: trên phim lồng ngực thẳng sẽ thấy vùng phổi bị tràn khí sáng hơn bình thường và thường ở vùng đỉnh phổi.

3.3 Tràn khí – Tràn máu màng phổi phối hợp

- Khi khám ta thấy có các triệu chứng tràn khí và tràn máu, song khi gõ sẽ thấy đục ở vùng thấp và vang ở vùng cao.
- X quang: hình ảnh mức nước – mức hơi bên phổi bị tổn thương.

4. BIẾN CHỨNG

Sau khi người bệnh bị tràn máu hoặc tràn khí màng phổi nếu không được điều trị tốt sẽ để lại các biến chứng:

- Viêm mủ màng phổi
- Dày dính màng phổi
- Xơ hóa màng phổi

5. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Tràn dịch và tràn khí màng phổi: chọc hút dịch hay khí bằng kim to và dẫn lưu kín hoặc mở màng phổi cầm máu, dẫn lưu màng phổi.

- Tràn khí màng phổi: chọc ở khoang liên sườn II đường giữa xương đòn.
- Tràn máu màng phổi: chọc dẫn lưu máu ở khoang liên sườn VII – VIII đường nách sau.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1 Chăm sóc trước mổ

6.1.1 Nhận định

- Toàn thân:
 - + Người bệnh có sốc không?
 - + Tình trạng hô hấp thế nào?

- + Thể trạng có tốt không?
- Tại chỗ:
 - + Thương tổn thuộc loại nào?
 - + Gãy xương sườn hay gãy xương ức?
 - + Có mảng sườn di động không?
 - + Có tràn máu, tràn khí màng phổi không?

6.1.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh khó thở
- Đau vùng ngực
- Nguy cơ sốc
- Nguy cơ suy hô hấp
- Nguy cơ nhiễm trùng vết thương

6.1.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Phòng và chống sốc:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút/ lần
 - + Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh
 - + Truyền dịch và thực hiện thuốc
 - Chống suy hô hấp
 - + Tư thế người bệnh: nằm tư thế Fowler
 - + Băng cố định xương sườn nếu gãy xương sườn.
 - + Trợ giúp bác sĩ làm các thủ thuật cố định xương sườn nếu người bệnh có mảng sườn di động.
 - + Thở oxy.
 - Chống nhiễm trùng:
 - + Thay băng vô khuẩn vết thương, trợ giúp bác sĩ cắt lọc và rửa vết thương.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Tiêm huyết thanh phòng uốn ván.
 - Chuẩn bị trước mổ:
 - + Hoàn thành hồ sơ bệnh án
 - + Đưa người bệnh đi làm các xét nghiệm
 - + Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật
 - + Thay băng vết thương và sát khuẩn vùng cần mổ.
 - + Giải thích cho người bệnh yên tâm.
 - + Tháo bỏ đồ trang sức giao cho gia đình người bệnh
 - + Giải thích cho gia đình ký giấy cam kết mổ.

6.2 Chăm sóc sau mổ dẫn lưu màng phổi

6.2.1 Nhận định

- Người bệnh có bị nhiễm trùng vết mổ?
- Tình trạng hô hấp thế nào?

- Ông dẫn lưu có thông không và dịch chảy ra thế nào?

6.2.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ mất máu
- Nguy cơ suy hô hấp
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ
- Nguy cơ dày dính màng phổi

6.2.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi chảy máu sau mổ:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng da và niêm mạc. Nếu mất máu nhiều, da xanh và niêm mạc nhợt cần báo lại cho bác sĩ.
 - + Theo dõi chảy máu qua vết mổ bằng cách theo dõi tình trạng dịch thẩm băng.
 - + Máu và dịch chảy qua sonde dẫn lưu: bình thường máu chảy qua sonde dẫn lưu số lượng ít và trong dần.
 - + Xét nghiệm máu nếu số lượng hồng cầu dưới 2 triệu/ 1 mm³ cần báo cho bác sĩ truyền máu cho người bệnh.
 - Hô hấp:
 - + Tư thế người bệnh: nằm đầu cao nghiêng về phía có dẫn lưu.
 - + Theo dõi nhịp thở, tình trạng tím tái môi và đầu chi.
 - Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
 - + Theo dõi dịch ở bình chửa: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thay băng vô khuẩn vết mổ hai ngày một lần nếu vết mổ khô, ngày một lần nếu vết mổ nhiễm trùng và cắt chỉ cách để thoát dịch nếu vết mổ có mủ.
 - + Thay dẫn lưu và bình chửa tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - Theo dõi ống dẫn lưu:
 - + Tránh gập ống dẫn lưu, tránh tắc, dẫn lưu phải được đặt đúng nguyên tắc là dẫn lưu kín và một chiều.
 - + Kẹp ống dẫn lưu: khi không thấy dịch chảy ra. Tình trạng tốt, đồng thời chụp Xquang không thấy hình ảnh dịch và khí màng phổi ta tiến hành kẹp dẫn lưu 24 giờ nếu người bệnh không khó thở thì rút ống.
 - Các chăm sóc khác:
 - + Vệ sinh: vệ sinh cá nhân tránh ướt băng, vệ sinh răng miệng.
 - + Thay đổi tư thế để chống loét.
 - + Dinh dưỡng: đảm bảo chế độ dinh dưỡng, tăng đạm và vitamin chống nhiễm trùng.
- ### 6.3 Giáo dục sức khỏe
- Giảm nguy cơ dày dính màng phổi sau khi rút dẫn lưu:
 - + Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu.

- + Tập thể dục, tập khớp vai và thở cơ hoành
- + Thổi bóng
- Khi người bệnh ra viện tiếp tục hướng dẫn tập thở sâu, tập thể dục nhẹ nhàng. Nếu thấy đột ngột khó thở hoặc khó thở kèm theo sốt cần đến viện khám lại.

6.4 Đánh giá

- Người bệnh hết khó thở
- Hết dịch và khí màng phổi
- Không có các di chứng như dày dính màng phổi hay ổ cặn màng phổi.

BÀI 6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THÙA CẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được triệu chứng và biến chứng của viêm ruột thừa cấp.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm ruột thừa cấp là một bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gấp.
- Khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp thì phải mổ cấp cứu.
- Người điều dưỡng ngoài chăm sóc tốt người bệnh còn phải tuyên truyền về bệnh để hạ thấp tỷ lệ biến chứng của viêm ruột thừa cấp.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Thể điển hình

2.1.1. Triệu chứng cơ nǎng

- Đau bụng vùng hố chậu phải: đau âm ỉ, đau liên tục, tăng dần, có trường hợp đau dữ dội khi ruột thèo căng sắp vỡ hoặc giun chui vào ruột thèo. Nếu đến muộn, đã có viêm phúc mạc thì đau lan ra khắp ổ bụng.

Có một số trường hợp, lúc đầu đau ở lúc thượng vị hoặc đau quanh rốn, sau đó mới đau khu trú xuống hố chậu phải.

- Rối loạn tiêu hóa:

- + Nôn hoặc buồn nôn.
- + Bí trung đại tiện khi có viêm phúc mạc hoặc đại tiện phân lỏng.

2.1.2 Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng xẹp, di động theo nhịp thở.
- Sờ có phản ứng hố chậu phải: khi thăm khám ấn vào vùng hố chậu phải các cơ co chóngh lại tay bác sĩ khám.
- Điểm Mac- Burney đau chói: là điểm giữa của đường nối từ gai chậu trước trên bên phải tới rốn.
- Thăm trực tràng: Án vào thành bên phải túi cùng, người bệnh đau trong trường hợp ruột thèo nằm trong tiểu khung.

2.1.3. Triệu chứng toàn thân:

Có hội chứng nhiễm trùng, biểu hiện:

- Mệt mỏi, chán ăn.
- Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.
- Có sốt nhẹ 37^05 đến 38^05 , khi sốt cao là ruột thèo đã nung mù căng sắp vỡ hoặc đã vỡ.
- Nếu đến muộn đã có viêm phúc mạc, thể trạng suy sụp nhanh. Sốt cao, nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

2.1.4. Cận lâm sàng

- Làm xét nghiệm công thức máu, máu chảy, máu đông.
- Bạch cầu tăng từ 10.000 đến 15.000, song cần lưu ý có từ 10% đến 30%

trường hợp số lượng bạch cầu không tăng.

- Bạch cầu đa nhân trung tính tăng ($>80\%$).
- Siêu âm: Thâý đường kính ruột thừa to hơn bình thường.

3. BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM RUỘT THỪA CẤP

- Đám quánh ruột thừa.
- Áp xe ruột thừa.
- Viêm phúc mạc toàn thê.

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Trước mổ

- Toàn thân:

- + Xem có hội chứng nhiễm trùng không?
- + Tình thần tinh hay mệt mỏi.
- + Vết mặt có hốc hác, môi có khô, lưỡi có bẩn không?
- + Người bệnh sốt nhẹ hay sốt cao?
- + Nước tiểu có vàng không?
- + Bạch cầu có tăng không?

- Tại chỗ:

- + Đau bụng: đau từ khi nào? đau ở vị trí nào? Đau âm ỉ hay đau dữ dội? đau liên tục hay đau thành từng cơn?
- + Có nôn hay không, nếu có thì nôn nhiều hay ít?
- + Hỏi người bệnh có bí trung đại tiện không?
- + Người bệnh có chán ăn và có đầy bụng không?
- + Bụng xẹp hay trướng?

4.1.2. Sau mổ

- Dấu hiệu sinh tồn: cần xem có còn sốt, mạch có nhanh không?

- Vết mổ: Có đau vết mổ không? Xem vết mổ có bị chảy máu và bị nhiễm khuẩn không? Nhất là những trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng. Nếu vết mổ có nhiễm khuẩn thì thường ngày thứ 3 hoặc thứ 4 người bệnh sẽ đau vết mổ.

- Lưu thông tiêu hóa: Người bệnh đã trung tiện chưa? Có nôn không?

Có đau bụng không?

- Dinh dưỡng: người bệnh đã ăn được gì? Ăn ngon miệng không?

- Với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng: cần phái nhận định ống dẫn lưu.

Xem ống dẫn lưu được đặt ở đâu ra (đặt ở ổ áp xe trong trường hợp dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa, đặt trong ổ phúc mạc nếu mổ viêm phúc mạc ruột thừa hoặc dẫn lưu mạnh tràng trong trường hợp mổ viêm ruột thừa có hoại tử gốc không khâu buộc được)? Số lượng màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài?

- Tư tưởng, hoàn cảnh kinh tế gia đình người bệnh?

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh sốt cao.

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Vệ sinh thân thể kém.
- Nguy cơ đau đầu.
- Người bệnh lo lắng về bệnh.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

4.3.1 Trước mổ

- Đối với trường hợp đang theo dõi viêm ruột thừa:
 - + Không được tự ý tiêm thuốc giảm đau.
 - + Theo dõi mức độ đau xem có đau tăng lên không.
 - + Theo dõi sốt: sốt có giảm đi hay tăng lên.
 - + Theo dõi số lượng bạch cầu.
 - + Trong quá trình theo dõi, người điều dưỡng cần so sánh lần sau với lần trước để đánh giá sự tiến triển của bệnh.
- Đối với trường hợp đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp: chuẩn bị để người bệnh mổ cấp cứu càng sớm càng tốt. Công việc chuẩn bị giống như chuẩn bị mổ cấp cứu nói chung.

4.3.2. Sau mổ

- Đối với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng:
 - + Tư thế nằm: tư thế sau mổ thích hợp để tránh các biến chứng của gây tê tuy sống.
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: theo dõi 1 giờ/ 1 lần, theo dõi trong vòng 12 giờ.
 - + Chăm sóc vết mổ: Nếu vết mổ tiến triển tốt thì không cần thay băng hoặc hai ngày thay băng một lần. Cắt chỉ sau 7 ngày.
 - + Chăm sóc về dinh dưỡng: Sau 6 đến 8 giờ mà người bệnh không nôn thì cho uống nước đường, sữa. Khi có nhu động ruột thì cho ăn cháo, súp trong vòng 2 ngày, sau đó cho ăn uống bình thường.
 - + Chăm sóc vận động:
 - Cho người bệnh vận động sớm khi có đủ điều kiện.
 - Ngày đầu cho nằm thay đổi tư thế.
 - Ngày thứ 2 cho ngồi dậy và dùi đi lại.
 - Trường hợp mổ ruột thừa có biến chứng:
 - + Tư thế nằm: khi người bệnh nằm tư thế Fowler, nghiêng về phía có đặt ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
 - + Chăm sóc ống dẫn lưu:
 - Ống dẫn lưu ở bụng phải được nối xuống túi vô khuẫn hoặc chai vô khuẫn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng. Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
 - Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu

ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ở bụng ra với số lượng ít dẫn và không hôi.

- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
- Nếu ống dẫn lưu để phòng ngừa thì thường được rút khi có trung tiện, muộn nhất là sau 48 – 72 giờ.
- Nếu ống dẫn lưu ở ổ áp xe ruột thừa: rút chậm hơn. Khi có chỉ định rút thì rút từ từ, mỗi ngày rút bớt 1 -2 cm đến khi dịch ra trong thì có thể rút bỏ hẳn.

+ Chăm sóc vết mổ: nếu vết mổ nhiễm trùng: cắt chỉ sớm để dịch mủ thoát ra được dễ dàng. Nếu vết mổ không khâu da, điều dưỡng thay băng hằng ngày. Khi vết mổ có tổ chức hạt phát triển tốt (không có mủ, nền đỏ, dễ chảy ròm máu): cần báo lại với bác sĩ để khâu da thì hai.

+ Dinh dưỡng:

Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

- Theo dõi biến chứng sau mổ của viêm ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa:

- + Chảy máu trong ổ bụng.
- + Chảy máu ở thành bụng.
- + Viêm phúc mạc sau mổ
- + Rò manh tràng
- + Nhiễm trùng thành bụng.

- Đối với trường hợp đám quanh ruột thừa: khi ra viện, hướng dẫn người bệnh lúc về nhà nếu có đua lại hố chậu phải, sốt thì phải đến viện khám lại ngay.

4.3.3 Giáo dục sức khoẻ

- Giáo dục cho cộng đồng hiểu biết về viêm ruột thừa cấp để có ý thức đến viện sớm khi có các triệu chứng của bệnh.
- Đối với người bệnh đã mổ viêm ruột thừa cấp, đặc biệt là viêm ruột thừa cấp đã có biến chứng viêm phúc mạc, cách phòng, chống biến chứng tắc ruột sau mổ là:
 - + Tránh ăn nhiều chất xơ
 - + Tránh gây rối loạn tiêu hoá
 - + Nếu đau bụng cơn và nôn, đến viện khám lại ngay.

4.4. Đánh giá

- Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Sau mổ: người bệnh tiến triển tốt, không có nhiễm khuẩn vết mổ.

- Sức khỏe người bệnh nhanh hồi phục.

BÀI 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÂN THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU

3. *Nêu được nguyên nhân, phân loại, triệu chứng chính, biến chứng của chấn thương phổi – màng phổi.*
4. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương phổi – màng phổi.*

7. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ngực là nơi chứa hai cơ quan chính và quan trọng là tim và phổi.

- Chấn thương phổi – màng phổi là một cấp cứu ngoại khoa. Việc cấp cứu phải nhanh chóng, kịp thời, đặc biệt sơ cứu tốt sẽ hạn chế những nguy hiểm đến tính mạng cho người bệnh.
- Việc điều trị và chăm sóc cần thực hiện đầy đủ. Khi hết dịch và khí cần chú ý đến việc phục hồi chức năng màng phổi.
- Người điều dưỡng cần hướng dẫn cho người bệnh tập thở sâu, cách vận động trong và sau khi dẫn lưu màng phổi.

8. NGUYÊN NHÂN

- Các chấn thương thời chiến: Các chấn thương do sức ép trong các vụ nổ lớn, chấn thương do sập hầm...
- Thời kỳ hòa bình:
 - + Các chấn thương do tai nạn giao thông: ngã đập thành ngực xuống nền cứng.
 - + Tai nạn lao động: sập hầm lò, tường đổ gây chấn thương ngực...
 - + Tệ nạn xã hội: bị đánh vào ngực bằng vật cứng hoặc gậy...

9. TRIỆU CHỨNG

9.1 Tràn máu màng phổi

- Toàn thân: có thể sốc do đau và do mất máu.
- Cơ năng: đau ngực và khó thở.
- Thực thể:
 - + Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành, di động xương sườn bị hạn chế.
 - + Sờ: rung thanh giảm
 - + Gõ: đục vùng thấp.
 - + Nghe: rì rào phế nang giảm
- X quang: trên phim chụp lồng ngực ở tư thế thẳng ta thấy hình ảnh mở vùng thấp và giới hạn với vùng phổi lành bằng đường cong Damoiseau.

9.2 Tràn khí màng phổi

- Cơ năng: đau ngực khó thở.
- Thực thể:
 - + Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành.

- + Sờ: rung thanh giảm.
- + Gõ: vang
- + Nghe: rì rào phế nang giảm.
- X quang: trên phim lòng ngực thẳng sẽ thấy vùng phổi bị tràn khí sáng hơn bình thường và thường ở vùng đỉnh phổi.

9.3 Tràn khí – Tràn máu màng phổi hợp

- Khi khám ta thấy có các triệu chứng tràn khí và tràn máu, song khi gõ sẽ thấy đục ở vùng thấp và vang ở vùng cao.
- X quang: hình ảnh mức nước – mức hơi bên phổi bị tổn thương.

10. BIẾN CHỨNG

Sau khi người bệnh bị tràn máu hoặc tràn khí màng phổi nếu không được điều trị tốt sẽ để lại các biến chứng:

- Viêm mủ màng phổi
- Dày dính màng phổi
- Xơ hóa màng phổi

11. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Tràn dịch và tràn khí màng phổi: chọc hút dịch hay khí bằng kim to và dẫn lưu kín hoặc mở màng phổi cầm máu, dẫn lưu màng phổi.

- Tràn khí màng phổi: chọc ở khoang liên sườn II đường giữa xương đòn.
- Tràn máu màng phổi: chọc dẫn lưu máu ở khoang liên sườn VII – VIII đường nách sau.

12. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

12.1 Chăm sóc trước mổ

12.1.1 Nhận định

- Toàn thân:
 - + Người bệnh có sốc không?
 - + Tình trạng hô hấp thế nào?
 - + Thể trạng có tốt không?
- Tại chỗ:
 - + Thương tổn thuộc loại nào?
 - + Gãy xương sườn hay gãy xương ức?
 - + Có mảng sườn di động không?
 - + Có tràn máu, tràn khí màng phổi không?

12.1.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh khó thở
- Đau vùng ngực
- Nguy cơ sốc
- Nguy cơ suy hô hấp
- Nguy cơ nhiễm trùng vết thương

12.1.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Phòng và chống sốc:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút/ lần
 - + Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh
 - + Truyền dịch và thực hiện thuốc
- Chống suy hô hấp
 - + Tư thế người bệnh: nằm tư thế Fowler
 - + Băng cố định xương sườn nếu gãy xương sườn.
 - + Trợ giúp bác sĩ làm các thủ thuật cố định xương sườn nếu người bệnh có mảng sườn di động.
 - + Thở oxy.
- Chống nhiễm trùng:
 - + Thay băng vô khuẩn vết thương, trợ giúp bác sĩ cắt lọc và rửa vết thương.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Tiêm huyết thanh phòng uốn ván.
- Chuẩn bị trước mổ:
 - + Hoàn thành hồ sơ bệnh án
 - + Đưa người bệnh đi làm các xét nghiệm
 - + Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật
 - + Thay băng vết thương và sát khuẩn vùng cần mổ.
 - + Giải thích cho người bệnh yên tâm.
 - + Tháo bỏ đồ trang sức giao cho gia đình người bệnh
 - + Giải thích cho gia đình ký giấy cam kết mổ.

12.2 Chăm sóc sau mổ dẫn lưu màng phổi

6.2.1 Nhận định

- Người bệnh có bị nhiễm trùng vết mổ?
- Tình trạng hô hấp thế nào?
- Ống dẫn lưu có thông không và dịch chảy ra thế nào?

6.2.2 Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ mất máu
- Nguy cơ suy hô hấp
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ
- Nguy cơ dày dính màng phổi

6.2.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi chảy máu sau mổ:
- + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng da và niêm mạc. Nếu mất máu nhiều, da xanh và niêm mạc nhợt cần báo lại cho bác sĩ.
- + Theo dõi chảy máu qua vết mổ bằng cách theo dõi tình trạng dịch thẩm băng.
- + Máu và dịch chảy qua sonde dẫn lưu: bình thường máu chảy qua sonde

dẫn lưu số lượng ít và trong dần.

- + Xét nghiệm máu nếu số lượng hồng cầu dưới 2 triệu/ 1 mm³ cần báo cho bác sĩ truyền máu cho người bệnh.
- Hô hấp:
 - + Tư thế người bệnh: nằm đầu cao nghiêng về phía có dẫn lưu.
 - + Theo dõi nhịp thở, tình trạng tím tái môi và đầu chi.
 - Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
 - + Theo dõi dịch ở bình chứa: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thay băng vô khuẩn vết mổ hai ngày một lần nếu vết mổ khô, ngày một lần nếu vết mổ nhiễm trùng và cắt chỉ cách để thoát dịch nếu vết mổ có mủ.
 - + Thay dẫn lưu và bình chứa tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - Theo dõi ống dẫn lưu:
 - + Tránh gập ống dẫn lưu, tránh tắc, dẫn lưu phải được đặt đúng nguyên tắc là dẫn lưu kín và một chiều.
 - + Kẹp ống dẫn lưu: khi không thấy dịch chảy ra. Tình trạng tốt, đồng thời chụp Xquang không thấy hình ảnh dịch và khí màng phổi ta tiến hành kẹp dẫn lưu 24 giờ nếu người bệnh không khó thở thì rút ống.
 - Các chăm sóc khác:
 - + Vệ sinh: vệ sinh cá nhân tránh ướt băng, vệ sinh răng miệng.
 - + Thay đổi tư thế để chống loét.
 - + Dinh dưỡng: đảm bảo chế độ dinh dưỡng, tăng đạm và vitamin chống nhiễm trùng.

12.3 Giáo dục sức khỏe

- Giảm nguy cơ dày dính màng phổi sau khi rút dẫn lưu:
- + Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu.
- + Tập thể dục, tập khớp vai và thở cơ hoành
- + Thổi bóng
- Khi người bệnh ra viện tiếp tục hướng dẫn tập thở sâu, tập thể dục nhẹ nhàng. Nếu thấy đột ngột khó thở hoặc khó thở kèm theo sốt cần đến viện khám lại.

12.4 Đánh giá

- Người bệnh hết khó thở
- Hết dịch và khí màng phổi
- Không có các di chứng như dày dính màng phổi hay ổ cặn màng phổi.

BÀI 8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ VÀ SAU MỔ

PHẦN I: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

MỤC TIÊU

- Phân biệt thế nào là mổ theo kế hoạch và mổ cấp cứu.
- Thực hiện đầy đủ việc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.
- Thực hiện được chăm sóc, ngăn ngừa, phát hiện sớm các tai biến sau phẫu thuật.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ là một công tác quan trọng, vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến phẫu thuật. Nếu chuẩn bị tốt, sẽ hạn chế được đến mức tối thiểu các tai biến trong khi gây mê và tiến hành phẫu thuật. Ngược lại nếu chuẩn bị không tốt, sẽ ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, đôi khi còn nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

- Do đó phải tiến hành chuẩn bị người bệnh trước khi mổ thật tốt, coi đó là việc hết sức quan trọng của cả quá trình phẫu thuật.

- Người điều dưỡng giữ vai trò chủ yếu trong việc chuẩn bị người bệnh trước khi mổ nhằm mục đích giúp cho người bệnh yên tâm, sẵn sàng chấp nhận cuộc mổ. Chăm sóc, theo dõi và chuẩn bị trước mổ thật tốt góp phần vào sự thành công của cuộc mổ.

- Có hai loại chính: mổ có chương trình (mổ theo kế hoạch) và mổ cấp cứu.

2. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH MỔ THEO KẾ HOẠCH

Loại mổ này sau khi hội chẩn người có trách nhiệm chỉ định mổ sẽ sắp xếp thời gian lịch mổ ngày nào, ai mổ, phương thức mổ... Mổ theo kế hoạch gồm các loại bệnh cần mổ có thể để thời gian nhất định mà không ảnh hưởng đến tình trạng bệnh.

2.1. Chuẩn bị tinh thần cho người bệnh

2.1.1. Đối với người bệnh

- Trong những ngày trước khi mổ, người điều dưỡng phải gần gũi an ủi, giải thích cho người bệnh an tâm, gây cho người bệnh một niềm lạc quan, tin tưởng vào chuyên môn, giải thích cho người bệnh biết mục đích, lợi ích của việc phẫu thuật.

- Cần tìm hiểu những lo lắng, thắc mắc của người bệnh, phản ánh cho bác sĩ và cùng bác sĩ giải quyết cho người bệnh an tâm.

- Không được cho người bệnh biết tình trạng nguy kịch của bệnh mà sinh ra lo lắng sợ hãi. Tuyệt đối không được giải thích những điều gì mà bác sĩ không cho phép.

2.1.2. Đối với thân nhân người bệnh

- Cần giải thích kỹ lưỡng, nói rõ bệnh tình của người bệnh cho người nhà biết, không giấu giếm những tiên lượng xấu, kể cả khả năng có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

- Mặt khác cũng cần phải tranh thủ sự đồng tình của gia đình, kêu gọi họ quan tâm, chia sẻ, động viên người bệnh cùng hợp tác trong việc chuẩn bị bệnh nhân

để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiến hành phẫu thuật.

2.2. Chuẩn bị thể chất cho bệnh nhân

2.2.1. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải có đủ tất cả các giấy tờ có tính pháp lí, cần khai thác kỹ quá trình diễn biến của người bệnh, đặc biệt chú trọng đến các triệu chứng cơ năng và toàn thể, cần hỏi kỹ tiền sử của bệnh, ghi đầy đủ quá trình diễn tiến bệnh tật. Địa chỉ của người bệnh phải ghi rõ ràng chính xác.
- Giấy cam kết chấp nhận phẫu thuật của bệnh nhân hoặc thân nhân.
- Điều dưỡng viên phải kiểm tra sức khỏe của người bệnh:
 - + Kiểm tra chiều cao, cân nặng: cần phải cân người bệnh trước khi mổ vì việc làm này là cần thiết cho việc dùng thuốc hồi sức cho người bệnh sau này.
 - + Xem người bệnh có các vấn đề đặc biệt như hen phế quản, dị ứng thuốc, bệnh tim mạch, cao huyết áp, HIV hoặc mắc các bệnh truyền nhiễm không.
 - + Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
 - + Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ, bình thường trong 24 giờ một người tiêu từ 1,2 lít đến 2,5 lít.
 - + Theo dõi phân: số lần trong ngày, số lượng và màu sắc phân.
 - + Theo dõi nôn: nếu người bệnh nôn thì phải theo dõi số lần nôn, số lượng nôn, chất nôn, màu sắc. v.v...
 - Trong quá trình theo dõi, người điều dưỡng báo cáo kịp thời những diễn biến của người bệnh cho bác sĩ biết để xử trí.
 - Tất cả những theo dõi hàng ngày phải ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án, giúp cho bác sĩ chẩn đoán bệnh và tiên lượng sau này.

2.2.2. Chuẩn bị các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm cơ bản:
 - + Máu: Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu.
 - + Công thức bạch cầu.
 - + Nhóm máu để truyền máu khi cần.
 - + Tốc độ lắng máu.
 - + Thời gian đông máu, thời gian chảy máu.
 - + Tỉ lệ huyết cầu tố.
 - + Protid toàn phần, lipid toàn phần, glucose huyết.
 - + Điện giải đồ.
 - + Ure huyết.
 - + Nước tiểu:
Định lượng ure niệu, protein niệu, glucose niệu, tế bào (hồng cầu, bạch cầu.v.v...)
 - + Phân:
 - Tìm trứng ký sinh vật trong phân.
 - Tìm các tế bào bất thường trong phân (hồng cầu, bạch cầu .v.v...)
- Thăm dò một số chức năng cần thiết:
 - + Thăm dò chức năng gan:

Phản ứng Gros – Mac – Lagan, định lượng cholesterol Transaminase: SGOT, SGPT.

Phosphatase kiềm, bilirubin, prothrombin.

Siêu âm gan mật.

+ Thăm dò chức năng thận:

Ure niệu, ure máu, creatinin máu, creatinin niệu.

X quang: chụp thận không chuẩn bị, chụp thận tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

+ Thăm sò một số chức năng khác:

X quang: chiếu hay chụp tim phổi.

Tim mạch: điện tâm đồ.

Thần kinh: điện não đồ.

Giáp trạng: đo chuyển hóa cơ bản.

+ Một số các xét nghiệm đặc biệt: chụp cắt lớp vi tính (CT Scaner), chụp cộng hưởng từ (MRI).

2.2.3. Khám các chuyên khoa cần thiết

- Khám tai mũi họng: phát hiện những viêm nhiễm để điều trị trước khi mổ, vì nếu có viêm nhiễm mà mổ thì có thể có những tai biến sau này.

- Khám tim mạch: để đề phòng các biến chứng có thể xảy ra trong khi mổ hoặc sau mổ.

- Khám thần kinh: phát hiện những rối loạn tâm thần có ảnh hưởng tới phẫu thuật.

- Khám da liễu: phát hiện các bệnh ngoài da, cần điều trị trước khi mổ.

2.3. Theo dõi và chăm sóc người bệnh trước khi mổ

2.3.1. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi người bệnh về mặt tâm thần, phát hiện sự lo lắng, động viên, an ủi bệnh nhân, người điều dưỡng phải gần gũi, thái độ nhẹ nhàng, chân thực tạo cho bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn.

- Để người bệnh được nghỉ ngơi hoàn toàn, tránh những xúc động, lo âu.

Khuyên không hút thuốc và không cho uống rượu (kể cả các thứ rượu thuốc).

- Hướng dẫn cho người bệnh cách thở sâu, tập ho, cách khạc nhổ, hướng dẫn cách ngồi tựa bằng cách kê các gối, hướng dẫn trở mình và vận động sau mổ để giúp cho sự phục hồi nhanh chóng của người bệnh và đề phòng những biến chứng.

- Bệnh nhân được tắm rửa sạch sẽ, cắt móng tay, móng chân, vệ sinh răng miệng, mũi, họng, mặc quần áo sạch của bệnh viện.

- Chuẩn bị da vùng mổ: làm sạch sẽ da vùng mổ bằng chất sát khuẩn, cạo hết lông ở vùng mổ song lưu ý không để xát da vì dễ bị vi khuẩn xâm nhập, do đó có quan điểm cho rằng không nên cạo lông vùng mổ và chỉ cạo khi cần thiết.

- Thủ thuật:

+ Thụt tháo hàng ngày đối với bệnh nhân mổ đại tràng.

+ Thụt rửa âm đạo đối với bệnh nhân mổ sa sinh dục.

- Chuẩn bị chế độ ăn cho người bệnh trước khi mổ:

- + Đảm bảo cho người bệnh ăn uống tốt, cho ăn chế độ bồi dưỡng tăng protid, như tăng thịt nạc, cá, trứng trong các bữa ăn hàng ngày, nhất là những người bệnh thiếu máu. Đối với những người bệnh không ăn được qua đường miệng báo cáo bác sĩ để cho ăn theo đường khác như cho ăn qua ống thông dạ dày hoặc truyền dịch nuôi dưỡng.
- + Đảm bảo lượng nhất định các loại Vitamin trong hoa quả và rau xanh.
- + Đối với người bệnh thiếu máu, người bệnh mổ nhiều lần, cần thiết phải truyền máu trước, tùy theo mức độ cơ thể truyền một hay hai lần trước khi mổ (do bác sĩ quyết định).

2.3.2. Dự phòng các biến chứng

Để hạn chế những biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi mổ, cần phải điều trị dự phòng trước.

2.3.2.1. Đối với người bệnh có bệnh tim

- Cho ăn chế độ kiêng muối, hạn chế nước.
- Vệ sinh răng miệng tốt.
- Lợi niệu và trợ tim (Digitalis, Coramin.v.v...)
- Điều trị tốt các bệnh phụ: Mũi – họng, hô hấp.v.v...

2.3.2.2. Đối với các bệnh có bệnh thận

- Cho ăn chế độ kiêng muối, hạn chế nước.
- Lợi tiểu tốt.
- Cho kháng sinh (Penicillin...)

2.3.2.3. Đối với người bệnh có bệnh gan

- Cho ăn chế độ ăn giàu protid, hạn chế lipid.
- Cho vitamin B12, vitamin K ...
- Acid glutamic.v.v...

2.3.2.4. Đối với người bệnh có bệnh tiêu hóa

- Cho thụt tháo phân hàng ngày, một tuần trước khi mổ.
- Cho kháng sinh:
 - Clorocid
 - Sulfaguanidin (Ganidan).

2.4. Chuẩn bị người bệnh một ngày trước khi mổ và ngày mổ

2.4.1. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, người điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ vào hồ sơ.

2.4.2. Chế độ ăn uống:

- Trước ngày mổ, người bệnh ăn nhẹ buổi sáng: cháo bột, miến, súp rau, khoai, súp; buổi chiều uống nước đường hoặc truyền dịch.
- Nhịn ăn hoàn toàn 6-8 giờ trước mổ.
- Đối với người bệnh mổ đường tiêu hóa có thể có chỉ định thụt tháo hoặc rửa dạ dày.

2.4.3. Chế độ vệ sinh toàn thân và da vùng mổ

- Cho tắm nước nóng hay lau người sạch sẽ.

- Bỏ lại các tư trang và răng giả (gửi lại người nhà hoặc kho).
- Da vùng mổ: cao lông, tóc... băng dao cạo, tránh gây xát xát da vùng mổ.
- Rửa sạch vùng da bằng xà phòng và nước chín.
- Băng vô khuẩn da vùng mổ.

2.4.4. Thực hiện các thủ thuật cần thiết

- Rửa dạ dày (đối với người bệnh mổ dạ dày).
- Thụt tháo: nên thụt trước khi mổ 3-4 giờ. Thụt bằng dung dịch mặn đắng trương.
- Thông tiêu: nên thông tiêu vô khuẩn trước khi mổ 1 giờ.

2.4.5. Thực hiện thuốc: trước khi ngủ cho người bệnh uống thuốc an thần hay thuốc ngủ.

2.4.6. Chuyển người bệnh lên phòng mổ (sáng hôm mổ)

- Trước khi chuyển người bệnh lên phòng mổ, người điều dưỡng phải kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở. Kết quả phải ghi vào hồ sơ bệnh án.
- Đeo bangle tên vào tay người bệnh.
- Thay quần áo theo qui định cho bệnh nhân mổ.
- Kiểm tra đầy đủ lại hồ sơ.
- Phải chuyển bằng cán. Chuyển nhẹ nhàng, êm dịu, tuyệt đối không để người bệnh tự đi (kể cả trường hợp đi tiểu, đi tiêu). Đảm bảo cho người bệnh ấm áp trong khi chuyển.
- Bàn giao bệnh nhân với điều dưỡng phòng mổ.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH MỔ CẤP CỨU

- Trong ngoại khoa có nhiều bệnh cần phải mổ cấp cứu. Đối với những bệnh này, cần phải tranh thủ từng phút, từng giờ để cứu chữa.
- Do đó công tác chuẩn bị cho phẫu thuật sẽ không đạt yêu cầu hoàn chỉnh. Người bệnh ở trong tình trạng nặng, không có thời gian để hồi sức chu đáo. Nhưng cũng phải chuẩn bị tối thiểu, để đạt những yêu cầu cần thiết cho phẫu thuật.
- Hồi sức: hồi sức ngay bằng truyền máu, truyền dịch, thở oxy, hút dạ dày, chống sốc.v.v...
- Theo dõi:
 - + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án, có trường hợp cứ 15-30 phút phải lấy huyết áp và mạch một lần.
 - + Các chất bài xuất của người bệnh (chất nôn, phân, nước tiểu) về số lượng, và màu sắc, giữ lại và báo cáo cho bác sĩ xem.
- Làm các xét nghiệm cơ bản: số lượng hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, ure huyết, nhóm máu. Thời gian máu chảy, thời gian máu đông.
- X quang cần thiết: chụp ổ bụng cấp cứu, chụp tim phổi.
- Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương chính xác.
- Thay quần áo, làm sạch vùng mổ: sát khuẩn vùng da mổ, băng vô khuẩn.
- Thủ tục hành chính cần làm khẩn trương.

- Chuyển người bệnh lên phòng mổ: nhẹ nhàng, êm dịu.

4. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Hướng dẫn rõ ràng, cụ thể những việc cần phối hợp giữa người bệnh và nhân viên y tế; những việc người bệnh cần phải thực hiện trong suốt thời gian điều trị trước mổ, trong khi chuẩn bị mổ và sau khi mổ.
- Đặc biệt sau khi tháo tháo, người bệnh cần phải làm theo hướng dẫn của y tá, điều dưỡng để cho cuộc mổ tiến hành có kết quả cao.

PHẦN II: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

MỤC TIÊU:

1. *Trình bày được tư thế nằm của người bệnh sau phẫu thuật và những biến chứng sau mổ trong vòng 24 giờ đầu.*
2. *Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Việc chăm sóc sau phẫu thuật có ý nghĩa rất lớn đối với kết quả của cuộc phẫu thuật.
- Trong chăm sóc sau phẫu thuật, việc phát hiện kịp thời các biến chứng xử trí tốt ban đầu các biến chứng đó sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong.
- Để người bệnh chiến thắng được bệnh tật, người điều dưỡng phải có những cử chỉ ân cần, lòng nhiệt tình trong nghề nghiệp, trình độ chuyên môn tốt.
- Chăm sóc sau phẫu thuật cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa người bác sĩ với người điều dưỡng.

2. CÁC TƯ THẾ NẰM SAU PHẪU THUẬT

2.1 Tùy theo đường mổ

- Đường mổ ở thành bụng trước: người bệnh nằm ngửa
- Đường mổ ở thành bụng bên: có thể nằm ngửa hoặc nằm nghiêng về bên lành

2.2 Tùy theo phương pháp vô cảm

- Gây mê nội khí quản, gây mê bằng đường hô hấp: nằm đầu ngửa tối đa.
- Gây tê tủy sống: nếu tỷ trọng của thuốc gây tê nhỏ hơn tỷ trọng của dịch não tủy thì sau mổ cho nằm đầu thấp hơn chân, nếu tỷ trọng của thuốc gây tê lớn hơn tỷ trọng của dịch não tủy thì sau mổ cho nằm đầu cao hơn chân. Tư thế này được duy trì trong vòng 12 giờ sau mổ.

2.3 Tùy theo tình trạng người bệnh

- Nếu mất máu: đặt nằm đầu thấp.
- Nếu khó thở: đặt nằm đầu cao

3. NHỮNG BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1 Những biến chứng sau mổ trong vòng 24 giờ đầu

- Suy hô hấp
- + Do tụt lưỡi
- + Do sặc chất nôn
- + Do liệt cơ hô hấp
- + Do gấp ống nội khí quản
- Sốc sau mổ
- + Do đau
- + Do nhiễm trùng – nhiễm độc
- + Do mất nước – mất máu
- Chảy máu sau mổ:
- + Chảy máu vết mổ
- + Chảy máu trong ổ bụng
- Nôn sau mổ
- + Do kích thích cơ hoành
- + Do tác dụng phụ của thuốc gây mê – gây tê
- + Do vận chuyển không nhẹ nhàng
- Bí đái sau mổ
- + Do tư thế
- + Do tác dụng của thuốc gây mê – gây tê

3.2 Biến chứng những ngày sau

- Dẫn dạ dày cấp: do sau mổ dạ dày chưa có nhu động, người bệnh ăn uống sớm khi chưa có chỉ định làm dạ dày dẫn to.
- Liệt ruột kéo dài:
 - + Do tổn thương nặng trong ổ bụng
 - + Do viêm phúc mạc sau mổ
- Viêm đường hô hấp: là tình trạng viêm phế quản, viêm phổi sau mổ:
 - + Do bị nhiễm lạnh
 - + Do hít phải chất nôn
 - + Do nằm lâu gây ứ đọng đờm dãi
 - + Do mắc các bệnh tai mũi họng từ trước
- Nhức đầu: gấp trong gây tê tuy sống
- Viêm tuyến nước bọt mang tai
- + Do vệ sinh răng miệng kém
- + Do ống nội khí quản chèn vào ống tuyến gây phù nề, cản trở bài tiết nước bọt.
- Biến chứng ở vết mổ:
 - + Bọc máu vết mổ: đây là tình trạng máu đọng lại trong vết mổ, không thoát ra ngoài được, nhưng không có sự hiện diện của vi

khuẩn.

- + Nhiễm trùng vết mổ: do sự phát triển của vi khuẩn, biểu hiện đau vết mổ, sốt, vết mổ sưng nề tấy đỏ, có thể có dịch mủ chảy qua mép vết mổ.
- + Toàn thành bụng: do hai mép vết mổ không liền làm vết mổ toác rộng, có khi nhìn thấy ruột lấp ló dưới vết mổ.
- Viêm tắc tĩnh mạch: hay gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, thường do phẫu thuật vùng tiểu khung.
- Tắc mạch: do cục máu đông hình thành trong hệ thống tuần hoàn gây tắc. Hay gặp tắc mạch vành, mạch phổi, mạch não.
- Tắc ruột sau mổ: do dính, do dây chằng, do xoắn ruột gặp nhiều trong mổ viêm phúc mạc.
- Rối loạn quá trình làm se:
- + Sẹo lồi
- + Sỗ thành bụng
 - Với trường hợp mổ tắc ruột có cắt nối ruột, thì sau mổ có thể xảy ra biến chứng: bục, xì miệng nối.
 - Với trường hợp mổ khâu lỗ thủng dạ dày, sau mổ có thể xảy ra biến chứng bục nơi khâu lỗ thủng (ít gặp)
 - Với trường hợp mổ cắt đoạn dạ dày, có thể bục móm tá tràng, bục miệng nối sau mổ, chảy máu miệng nối.

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1 Nhận định

- *Toàn thân:*
 - + Xem người bệnh tỉnh hay chưa tỉnh
 - + Nhận xét về dấu hiệu sinh tồn
 - + Có hội chứng nhiễm trùng – nhiễm độc không?
 - + Có hội chứng mất nước, mất máu hay không?
- *Nhận định về cơ năng:*
 - + Xem người bệnh có đau vết mổ, đau người do nằm lâu hay không?
 - + Hỏi xem người bệnh có ngủ được hay không?
 - + Nhận định tiêu tiện, đại tiện
 - + Nhận định về tình trạng ăn, uống
- *Tại chỗ:*
 - + Nhận định tình trạng ổ bụng: xem bụng có chướng hay không?
 - + Nhận định vết mổ:
 - * Vết mổ có bị chảy máu không?
 - * Vết mổ có bị nhiễm khuẩn không?
 - + Nhận định các ống dẫn lưu:
 - * Ống dẫn lưu loại nào?

- * Ông dẫn lưu được đặt ở vị trí nào trong ổ bụng?
- * Xem ông dẫn lưu có hoạt động không? Ông dẫn lưu chảy dịch gì? Số lượng? Màu sắc? Tính chất của dịch chảy ra? Ông dẫn lưu có chảy máu ra hay không?
- Nhận định về tâm lý, tiền sử có liên quan đến việc chăm sóc người bệnh, hoàn cảnh kinh tế gia đình.

4.2 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.2.1 Di chuyển người bệnh từ phòng mổ sang phòng hồi sức

- Điều kiện di chuyển:
 - + Mạch và huyết áp ổn định: $M < 100$ lần/1 phút, huyết áp tối đa $> 100 \text{ mmHg}$
 - + Hô hấp: người bệnh thở tốt, không co kéo cơ hô hấp, không ho sặc sụa, không khò khè đờm dài.
 - Cách di chuyển:
 - + Di chuyển phải nhẹ nhàng, tránh gây nôn.
 - + Không được thay đổi tư thế một cách đột ngột.
 - + Khi di chuyển: nhân viên gây mê đi ở phía đầu, điều dưỡng đi ở phía chân người bệnh.
 - + Trong quá trình vận chuyển, người điều dưỡng phải luôn luôn quan sát để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng (nhất là suy hô hấp).

4.2.2 Chăm sóc tư thế

- Người bệnh cần được nằm đúng tư thế sau phẫu thuật.
- Cần lưu ý cho người bệnh nằm nghiêng về một bên để nếu có nôn, chất nôn không lọt vào đường hô hấp. Tư thế này được duy trì đến khi nào hết tác dụng của thuốc gây mê.
- Những ngày sau có thể cho nằm ở tư thế Fowler để người bệnh dễ thở.

4.2.3 Thực hiện ngay, đúng, đủ, an toàn y lệnh của bác sĩ

- Cần lưu ý đảm bảo đường truyền tốt vì:
- + Đa số các trường hợp sau phẫu thuật bụng, những ngày đầu chưa có chỉ định ăn uống bằng đường miệng (do chưa có nhu động ruột)
- + Việc nuôi dưỡng, bồi phụ nước điện giải thông qua đường truyền tĩnh mạch.
- + Đối với người già mắc các bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính, cần phải truyền dịch với tốc độ chính xác theo y lệnh. Nếu truyền với tốc độ nhanh dễ gây phù phổi cấp, suy tim cấp.
- Cần phải phát hiện kịp thời, xử lý đúng và nhanh chóng sốc do truyền dịch, sốc do phản ứng thuốc.

4.2.4 Chăm sóc về dấu hiệu sinh tồn

Tùy theo tình trạng, tùy vào loại phẫu thuật mà người điều dưỡng

phải theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút hay 60 phút/ lần và thời gian theo dõi có thể là 12 giờ, 24 giờ sau mổ:

- + Chăm sóc về hô hấp:
 - + Theo dõi người bệnh thở có đều hay không.
 - + Theo dõi biến chứng ngạt bằng cách theo dõi số lần thở/1 phút, biến độ thở.
 - + Nếu số lần thở > 30 lần/1 phút hoặc < 15 lần/ 1 phút thì phải báo cáo lại với bác sĩ.
 - + Theo dõi liệt cơ hô hấp do thuốc dẫn cơ hoặc tái tác dụng của thuốc dẫn cơ bình thường sau mổ nếu hết tác dụng của thuốc dẫn cơ, người bệnh sẽ nâng đầu nên khỏi mặt giường và giữ được tư thế đó trong 30 giây. Nếu có biểu hiện liệt cơ hô hấp, người bệnh sẽ thở yếu hoặc ngừng thở, lúc đó phải tiến hành hô hấp nhân tạo ngay và báo cáo lại với bác sĩ.
 - + Theo dõi hạn chế hoạt động hô hấp do đau vết mổ, người bệnh không dám hít thở sâu.
 - + Theo dõi phù nề thanh quản do đặt ống nội khí quản khó khăn gây nên, biểu hiện người bệnh sẽ thở rít. Người điều dưỡng cần báo cáo lại với bác sĩ để dùng thuốc giảm phù nề.
 - + Phải luôn luôn giữ thông đường thở bằng cách:
 - * Đề phòng tụt lưỡi bằng cách đặt Canuyn – Mayor
 - * Hút đờm dài (nếu có)
 - * Cho đầu nằm nghiêng về một bên, tránh chất nôn trào ngược vào đường hô hấp.
 - + Chăm sóc về tuần hoàn:
 - * Theo dõi xem mạch có đập đều hay không, số lần mạch đập/1 phút
 - * Đo huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu.
 - * Nếu trong quá trình theo dõi thấy mạch tăng dần, huyết áp giảm dần, da niêm và niêm mạc nhợt nhạt thì có khả năng bị chảy máu sau phẫu thuật. Cần phải báo cáo ngay với bác sĩ.
 - * Đối với gây tê tủy sống: có thể bị hạ huyết áp sau mổ, vì vậy cần theo dõi sát.
 - + Chăm sóc về nhiệt độ:
 - * Đo nhiệt độ
 - * Bình thường nhiệt độ sau mổ tăng từ $0,5^{\circ}\text{C}$ đến 1°C
 - * Sau mổ có thể sốt cao do: nhiễm trùng nhiễm độc, rối loạn nước điện giải trầm trọng.
 - + Xử trí: chườm mát vùng cổ, nách, bẹn.
 - * Cởi bỏ bớt quần áo.
 - * Báo cáo bác sĩ
 - + Sau mổ người bệnh có thể hạ nhiệt độ do: sốc do truyền máu –

truyền dịch, sốc do nhiễm trùng – nhiễm độc nặng.

Xử trí: ngừng truyền dịch, truyền máu, ủ ấm, dùng thuốc theo y lệnh.

4.2.5 Chăm sóc nếu có chảy máu

- Chảy máu vết mổ:
 - + Biểu hiện: máu vết mổ thấm băng liên tục hoặc thấy máu đùn qua mép vết mổ ra ngoài.
 - + Xử trí: chườm lạnh vết mổ, băng ép nếu không có kết quả thì cần báo cáo với bác sĩ để mở vết mổ khâu cầm máu.
- Chảy máu trong ổ bụng:
 - + Toàn thân: người bệnh lo lắng, hoảng hốt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, da xanh tái, niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt, số lượng hồng cầu giảm.
 - + Tại chỗ: bụng chướng, gỗ đục vùng thấp, nếu có ống dẫn lưu thì thấy máu tươi, dây máu theo ống dẫn lưu ra ngoài.
 - + Xử trí: truyền máu và chất thay thế máu theo y lệnh, thở oxy.

4.2.6 Chăm sóc phản ứng của người bệnh

- Kích thích vật vã:
- + Nguyên nhân: do đau, thiếu oxy, bí đái, nằm lâu ở một tư thế.
- + Xử trí: tùy theo nguyên nhân:
 - * Do đau: dùng thuốc an thần, giảm đau.
 - * Do thiếu oxy: hô hấp viện trợ, thở oxy.
 - * Do bí đái: đặt ống thông niệu đạo – bàng quang.
 - * Nằm lâu ở một tư thế: thay đổi tư thế.
- + Run toàn thân:
 - * Do phản ứng thuốc: xử trí phản ứng thuốc.
 - * Sốc truyền dịch: ngừng truyền dịch, ủ ấm, dùng thuốc theo y lệnh.
 - * Do lạnh: nhiệt độ môi trường xuống thấp, truyền máu lạnh, phẫu thuật kéo dài, người già suy kiệt.
- + Xử trí: cần phải đảm bảo môi trường thích hợp.

4.2.7 Chăm sóc nôn

- Cần đặt ống hút dịch dạ dày khi cần thiết để tránh nôn sau mổ.
- Khi phát hiện nôn phải đặt đầu nghiêng về một bên, tránh chất nôn lọt vào đường hô hấp.
- Nếu trong quá trình người bệnh đang nôn mà chất nôn lọt vào đường hô hấp sẽ có biểu hiện sau:
 - + Ho sặc sụa, người tím tái, co kéo các cơ hô hấp, khó thở.
 - + Xử trí: Nhanh chóng hút sạch chất nôn, lau miệng, thở oxy.
- Khi nôn xong, người điều dưỡng vệ sinh răng miệng cho người bệnh.
- Nếu nôn nhiều cần báo cáo lại với bác sĩ để bồi phụ nước điện giải.

4.2.8 Chăm sóc tiêu tiện

- Bình thường sau mỗ từ 6 đến 12 giờ người bệnh đi tiêu được.
- Nếu quá 12 giờ chưa đi tiêu được gọi là bí tiểu tiện sau mỗ.
- Xử trí:
 - + Cho ngồi dậy sớm khi có đủ điều kiện.
 - + Chườm nóng vùng hạ vị.
 - + Châm cứu
 - + Nghiệm pháp tâm lý
 - + Đặt ống thông niệu đạo bằng quang: chỉ thực hiện khi một trong những biện pháp trên không đạt kết quả.

4.2.9 Chăm sóc ống thông (sonde) dạ dày

- Phần lớn sau phẫu thuật bụng được đặt ống thông dạ dày, mục đích là dẫn lưu dịch dạ dày ra ngoài để tránh chướng bụng, tránh nôn.
- Cần phải theo dõi xem dịch dạ dày có qua sonde ra ngoài hay không, tránh gập, tắc ống.
- Theo dõi số lượng màu sắc, tính chất của dịch dạ dày trong vòng 24 giờ (bình thường ở người lớn dịch dạ dày sẽ khoảng 1200 ml đến 1500 ml/24 giờ, dịch màu xanh trong)
- Nếu ống thông dạ dày ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thường ống thông dạ dày được rút khi có trung tiện. Với những trường hợp cắt nối đoạn ruột có nguy cơ bục xì miệng nối cao, những móm tá tràng đóng khó khăn trong cắt đoạn dạ dày, viêm phúc mạc nặng thì ống thông dạ dày để lâu hơn.

4.2.10 Chăm sóc ống dẫn lưu ổ bụng

- Phần lớn sau phẫu thuật bụng có đặt ống dẫn lưu ổ bụng, nhất là những trường hợp viêm phúc mạc.
- Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm trùng ngược dòng.
- Cho nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
- Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.
- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hàng ngày.
- Ống dẫn lưu thường được rút khi người bệnh có trung tiện. Trong trường hợp có miệng nối tiêu hóa mà miệng nối không an toàn thì

ống dẫn lưu được đặt lâu hơn (5 – 7 ngày).

4.2.11 Chăm sóc tình trạng ổ bụng

- Theo dõi xem bụng có chướng hay không.
- Thường sau cắt dây thần kinh X, mổ tắc ruột dính, mổ viêm phúc mạc bụng chướng hơn những trường hợp mổ khác.
- Cần chống chướng bụng bằng cách cho vận động sớm, chăm sóc tốt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Nếu sau mổ 4 – 5 ngày bụng chướng dân lên + đau khắp bụng cần phải báo cáo ngay với bác sĩ (có thể bị viêm phúc mạc thứ phát do bục miệng nối, trong mổ không đánh giá đúng tổn thương).

4.2.12 Theo dõi lượng dịch xuất nhập

- Cần phải theo dõi sát và ghi lại số lượng dịch đã nhận và số lượng dịch đã thải ra:
 - + Dịch đưa vào: qua đường truyền, qua đường ăn uống.
 - + Dịch ra: qua nước tiểu, mồ hôi, hơi thở, qua phân, qua chuyển hóa cơ bản.
- Nếu lượng dịch vào – ra mất cân đối cần báo cáo với bác sĩ.

4.2.13 Chăm sóc đau

- Thường sau mổ, khi hết tác dụng của thuốc vô cảm người bệnh sẽ đau vết mổ.
- + Xử trí: chườm lạnh vết mổ hoặc báo cáo lại với bác sĩ để cho thuốc giảm đau.
- Ngày thứ 2 - 3 sau mổ, người bệnh đau bụng cơn, đó là dấu hiệu nhu động ruột trở lại, và chuẩn bị có trung tiện trở lại.
- + Cần động viên và giải thích cho người bệnh về dấu hiệu này, khuyến khích vận động sớm để nhanh có trung tiện.
- + Khi nào trung tiện được thì dấu hiệu này sẽ mất đi.
- Ngày thứ 4 – 5 sau mổ, nếu có đau vết mổ và sốt thì khả năng bị nhiễm trùng vết mổ.

4.2.14 Chăm sóc vết mổ

- Theo dõi xem vết mổ có bị chảy máu hay không ở những ngày đầu.
- Theo dõi xem vết mổ có bị nhiễm khuẩn hay không ở những ngày sau:
 - + Thường vết mổ nhiễm khuẩn ở ngày thứ 4 – 5 sau mổ
 - + Khi đã chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ thì cắt chỉ sớm, tách mép vết mổ cho dịch mủ thoát ra dễ dàng, có thể cắt chỉ cách quãng hay cắt toàn bộ
- Đối với vết mổ không nhiễm khuẩn:
- + Cắt chỉ vào ngày thứ 7
- + Đối với người già và trẻ em thì cắt chỉ muộn hơn (thường vào ngày thứ 9 – 10 sau mổ)

4.2.15 Chăm sóc dinh dưỡng

- Những ngày chưa có trung tiện: nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.
- Khi đã có trung tiện thì cho ăn từ lỏng tới đặc: sữa, súp, cháo, cơm nát, cơm.

4.2.16 Chăm sóc trung tiện

- Bình thường sau mổ từ 24 – 48 giờ người bệnh sẽ trung tiện.
- Nếu quá 72 giờ chưa trung tiện, được gọi là trung tiện muộn sau mổ.
- Để sớm trung tiện sau mổ, người điều dưỡng cần giúp người bệnh vận động sớm.
- Nếu trung tiện muộn sau mổ, cần phải giúp đỡ người bệnh nhanh trung tiện được bằng cách:
 - + Vận động tích cực
 - + Chống chướng bụng: chăm sóc tốt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
 - + Nếu khi phẫu thuật không can thiệp vào ống tiêu hóa cần báo cáo với bác sĩ

4.2.17 Chăm sóc đại tiện

- Thường sau mổ 3 – 5 ngày người bệnh đi đại tiện được.
- Nếu quá 5 ngày không đi đại tiện được gọi là bí đại tiện sau mổ.
- Tránh bí đại tiện sau mổ bằng cách:
 - + Cho uống nhiều nước
 - + Cho ăn những thức ăn có tính chất nhuận tràng: đu đủ chín, chuối tiêu, khoai lang.
 - + Cho vận động sớm.
 - Nếu bí đại tiện sau mổ: thụt nhẹ
 - Sau mổ có thể tiêu chảy do:
 - + Nhiễm khuẩn đường ruột
 - + Cắt ruột rộng
 - + Loạn khuẩn ruột do dùng nhiều kháng sinh

Cần phải bồi phụ đủ nước và điện giải.

4.2.18 Chăm sóc vận động

- Người bệnh cần phải vận động sớm sau mổ khi có đủ điều kiện
- Điều kiện vận động sau mổ:
 - + Người bệnh tỉnh lại
 - + Dấu hiệu sinh tồn bình thường, ổn định, không bị khó thở.
 - Tác dụng của vận động sớm sau mổ:
 - + Phục hồi nhanh nhu động ruột.
 - + Tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
 - + Tránh viêm tắc tĩnh mạch.

- + Tránh loét, mảng mục.
- Trong 24 giờ đầu người điều dưỡng giúp người bệnh trở mình trên giường
- Ngày thứ 2: cho ngồi dậy, vỗ rung lồng ngực.
- Ngày thứ 3: đỡ đi lại nhẹ nhàng trong phòng.
- Đối với người bệnh suy tim, suy hô hấp tránh cho vận động sớm
- Khi đang vận động mà người bệnh có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt thì phải cho nằm nghỉ ngay và kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn.
- Trước khi vận động cần giải thích, động viên để người bệnh yên tâm.
- Đối với người bệnh vận động lần đầu tiên, cần tránh thay đổi tư thế một cách đột ngột: nằm – ngồi, ngồi – đứng.

4.3 Đánh giá

4.3.1 Trước mổ

- Người bệnh đỡ hoặc hết đau bụng
- Bụng đỡ chướng
- Không ôn
- Đỡ hoặc hết sốt
- Chuẩn bị tốt trước mổ

4.3.2 Sau mổ

- Không bị suy hô hấp sau mổ
- Không bị chảy máu sau mổ
- Đỡ chướng bụng
- Ống thông dạ dày, ống thông bàng quang, dẫn lưu ổ bụng hoạt động tốt.
- Vết mổ không bị nhiễm khuẩn, không đau vết mổ.
- Người bệnh an tâm điều trị và hợp tác với cán bộ y tế.

PHẦN III: CHĂM SÓC BỆNH SẢN KHOA

BÀI 1 CHĂM SÓC THAI PHỤ SẤY THAI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1- Định nghĩa được sẩy thai.
- 2- Kể được các nguyên nhân thường gặp của sẩy thai.
- 3- Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của ba giai đoạn sẩy thai.
- 4- Trình bày được hướng xử trí và chăm sóc đối với từng loại sẩy thai.

NỘI DUNG

1- ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai là tình trạng thai ra khỏi tử cung người mẹ, khi nó chưa có khả năng tự sống được. Thời gian thai nghén của thai đến lúc bị sẩy hiện nay quy định là dưới 21 tuần (từ tuần thứ 22 trở lên là đẻ non).

Đa số sẩy thai là loại sẩy sớm (80%) khi tuổi thai từ 12 tuần trở xuống. Thai sẩy trên 12 tuần đến 21 tuần gọi là sẩy thai muộn. Tuổi thai càng lớn thì tỷ lệ sẩy càng ít.

Thai sẩy trong những tháng đầu thường đã chết trong tử cung.

2- NGUYÊN NHÂN GÂY SẤY THAI

Có rất nhiều và cũng rất khó xác định một cách chắc chắn, nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân. Ở đây nêu lên những nguyên nhân chính đã biết:

2.1- Do rối loạn thể nhiễm sắc tế bào và gen: Qua nghiên cứu của nước ngoài, có thể tới trên 60% số sẩy thai có nguyên nhân về rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen của tế bào trứng đã thụ tinh, mà nguồn gốc có thể từ các tế bào sinh dục của bố, mẹ. Có thể do những đột biến của tế bào phôi, trước tác động của các yếu tố bên ngoài hay bên trong.

2.2- Nguyên nhân về phía mẹ

- Tử cung bất thường: Tử cung quá bé (nhi dạng), tử cung dị dạng (tử cung đôi, có vách ngăn, tử cung 1 sừng, 2 sừng), tử cung bị u xơ, cổ tử cung bị hở (hở eo tử cung).

- Bệnh của mẹ: các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh sốt rét, các bệnh chuyển hóa (tiểu đường), nội tiết (cường giáp trạng, cường năng hoặc suy thượng thận).

- Do hoàng thể thai nghén hoạt động kém hoặc teo sớm.

- Mẹ bị thiếu dinh dưỡng: không đủ ăn, kiêng không dám ăn, do rối loạn hấp thu (tiêu chảy, nôn nặng) hay do bị ăn chặn (giun sán).

- Tình trạng bị nhiễm độc: thuốc trừ sâu, rượu, thuốc lá, thuốc lào, thuốc chữa bệnh, thuốc mê, các hóa chất độc (xăng dầu, chì, thạch tín), tia phóng xạ.

- Các chấn thương khi đang mang thai: ngã, bị đánh (bạo lực gia đình hay xã hội), tai nạn, giao hợp quá thô bạo.

2.3- Nguyên nhân về phía thai

- Thai bị dị dạng nặng.
- Thai suy dinh dưỡng.
- Thai bị mắc bệnh ngay khi còn trong tử cung.

3- LÂM SÀNG CÁC GIAI ĐOẠN SẤY THAI

Sẩy thai diễn biến qua ba giai đoạn: doạ sẩy, đang sẩy và đã sẩy.

3.1- Doạ sẩy thai

Là giai đoạn đầu của sẩy thai khi thai còn trong tử cung và bánh rau còn ở vị trí bám trên tử cung của nó. Nếu không phải do nguyên nhân quá trầm trọng, thì doạ sẩy thai có thể điều trị qua khỏi, nhưng nguy cơ bị sẩy rất cao, nhất là khi nguyên nhân là do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen.

Khi doạ sẩy:

- Thai phụ ra máu ít (hoặc nhẹ) từ tử cung đang mang thai (gọi là ra máu ít khi khăn vệ sinh hoặc quần lót phải lâu hơn 5 phút mới bị ướt). Máu màu đỏ, thường chưa có cục máu đông.
- Có cảm giác tức nhẹ bụng dưới, mỏi lưng.
- Thăm khám trong: âm đạo có máu, nhưng cổ tử cung còn dài và còn đóng kín.

3.2- Đang sẩy

Là tình trạng bánh rau đã và đang bong khỏi tử cung, rời chỗ bám di chuyển về phía cổ tử cung. Đang sẩy có các triệu chứng sau:

- Đau bụng từng cơn, các cơn đau mỗi ngày một tăng thêm về cường độ và độ dài.
- Lượng máu ra nhiều hơn, thường có cục máu đông. (Lượng máu được đánh giá là nhiều, khi băng vệ sinh hay quần lót bị ướt trong vòng 5 phút).
- Thăm khám bên trong: âm đạo nhiều máu đông và máu loãng, cổ tử cung hé mở, có hình con quay (do rau đẻ vào làm dãn nở rộng lỗ trong cổ tử cung), có thể sờ thấy rau hoặc một phần thai nhi thập thò ngay tại cổ tử cung.
- Về toàn thân: Tuỳ theo lượng máu ra ít hay nhiều và tình trạng đau đớn. Nếu đau nhiều kèm theo mất máu nặng, thì thai phụ có thể bị sốc (choáng).

3.3- Đã sẩy

Là tình trạng rau và thai đã ra khỏi tử cung, có các triệu chứng sau:

- Thai phụ thấy bớt ra máu.
- Giảm và hết đau bụng.
- Thăm khám: tử cung nhỏ hơn, co chắc hơn, lỗ cổ tử cung thu hẹp lại hay đã đóng.

Có hai tình huống đối với giai đoạn đã sẩy:

- Sẩy hoàn toàn (sẩy hết hay sẩy trọn), khi toàn bộ thai và rau đã ra khỏi tử cung, lòng tử cung sạch. Trường hợp này, thường ngừng chảy máu và cổ tử cung đóng kín lại sớm. Thăm dò siêu âm: buồng tử cung sạch.
- Sẩy không hoàn toàn, khi còn sót lại một phần rau thai trong tử cung

(sót rau). Trường hợp này, máu vẫn chảy rì rì liên tục hay từng đợt, cổ tử cung không khép kín, rất dễ bị nhiễm khuẩn. Thăm dò bằng siêu âm, có thể phát hiện sót rau hoặc thai bên trong tử cung.

4- CÁC THẾ LÂM SÀNG KHÁC NHAU CỦA SẤY THAI

Sẩy thai được chia ra nhiều loại lâm sàng khác nhau:

- Sẩy tự nhiên: Sẩy thai diễn biến ở người đang mong muốn có thai, do các nguyên nhân đã nêu trên.

- Sẩy chủ động (hay phá thai) là trường hợp gây sẩy thai nhân tạo, để làm ngừng thai nghén. Phá thai có thể do bệnh lý người mẹ hay bệnh lý ở thai không thể để cho thai phát triển được, gọi là phá thai điều trị. Phá thai do đã có đủ số con, do có thai ngoài ý muốn, gọi là phá thai kế hoạch hóa gia đình. Phá thai còn chia ra: phá thai an toàn (thực hiện ở nơi được phép làm, có đủ cán bộ chuyên môn và đủ phương tiện) và phá thai không an toàn (khi phá thai ở cơ sở không được phép hoặc do cán bộ không có đủ trình độ chuyên môn và phương tiện). Phá thai nhỏ là phá thai ở tuổi thai dưới 12 tuần, phá thai to là những trường hợp phá thai khi tuổi thai từ 13 tuần trở lên đến 21 tuần.

- Thai đã chết một thời gian trong tử cung, rồi mới sẩy được (thường gọi là thai chết lưu).

- Sẩy thai băng huyết: máu chảy nhiều gây sốc cho thai phụ, nặng có thể tử vong.

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: sau sẩy bị nhiễm vi khuẩn từ dưới lên hay do sót rau, sót thai hoặc do tai biến, nhất là khi phá thai không an toàn (phạm pháp).

Trường hợp sẩy thai nhiễm khuẩn, người bệnh thường sốt cao, tại đường sinh dục tiếp tục ra máu và mủ tạo thành một loại khí hư màu đỏ nâu, hôi, tử cung to và đau, thể trạng suy sụp nhanh, hốc hác, có thể bị sốc nhiễm khuẩn, mức độ nặng hay nhẹ phụ thuộc sự phát triển và lan tỏa của các loại vi khuẩn gây bệnh. Sẩy thai nhiễm khuẩn nặng, cũng có thể dẫn đến tử vong.

Ngoài ra hậu quả của sẩy thai nhiễm khuẩn, có thể gây viêm tiểu khung (viêm phần phụ) dẫn đến ú nước, ú mủ vòi trứng, tắc vòi trứng, làm cho người phụ nữ không còn khả năng sinh đẻ nữa (vô sinh).

- Giả sẩy là trường hợp thai ở ngoài tử cung, nhưng niêm mạc buồng tử cung vẫn phát triển trở thành ngoại sản mạc. Khi lớp màng này bong ra, bị đẩy ra ngoài, thì hình ảnh giống như sẩy thai.

- Sẩy thai liên tiếp: khi đã sẩy thai 2 lần liền trở lên. Nguyên nhân loại sẩy này, thường do những dị tật bất thường ở tử cung (đặc biệt là hở cổ tử cung), do bất đồng nhóm máu giữa mẹ và thai, do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen di truyền.

5- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Sẩy thai là bệnh cảnh cần phân biệt với các tình huống ra máu do bệnh khác, khi có thai trong ba tháng đầu sau đây:

5.1- Chữa ngoài tử cung

- Ra máu với những đặc điểm riêng: chảy máu ít một, máu đen, lợn cợn.
- Bụng đau âm ỉ, có khi đau nhói, nhưng thường tập trung một bên bụng dưới (nơi có thai ngoài tử cung).
- Khám trong, tử cung hơi nhỏ hơn tuổi thai, bên cạnh tử cung có một khối bất thường nắn đau.

5.2- Chửa trứng

- Ra máu ít một, thất thường, lúc ra lúc không. Máu màu đen, loãng.
- Không kèm theo đau bụng.
- Thường có tình trạng nghén nặng.
- Tử cung to nhanh và rất mềm.

5.3- Ra máu do tổn thương ở cổ tử cung hay âm đạo

Nếu cổ tử cung đã có tổn thương (lành tính hay ác tính), âm đạo và cổ tử cung bị viêm nhiễm thì có thể thấy ra máu nhưng số lượng thường ít, lẫn với khí hư. Thăm khám đặt mỏ vịt quan sát, sẽ dễ dàng phát hiện.

6. XỬ TRÍ

6.1 Tiếp nhận thai phụ

- Đón tiếp
- Thăm khám và chẩn đoán chăm sóc
- Tuỳ mức độ mà xử trí

6.2 Xử trí và chăm sóc

6.2.1- Đoạ sẩy thai

- Cho nằm nghỉ tại giường là điều quan trọng nhất. Tránh làm việc, đi lại nhiều, kiêng giao hợp.
- Có thể cho thuốc giảm co bóp tử cung như papaverin, spasmaverin.
- Nếu đau và ra máu tăng lên thì chuyển tuyến trên điều trị.

6.2.2- Đang sẩy

Cần lấy rau và thai ra càng sớm càng tốt.

- Ở tuyến xã nếu sờ thấy rau và thai ở ngay cổ tử cung, thì lấy ra, rồi chuyển tuyến trên.

- Ở bệnh viện, cần tiến hành hút thai hoặc nạo cấp cứu.

- Nếu thai phụ bị sốc, cần vừa hồi sức tích cực, vừa hút, nạo ngay khi huyết áp tối đa được 100 mmHg.

6.2.3- Đã sẩy

- Nếu sẩy thai hoàn toàn:

- + Về nguyên tắc không cần hút hay nạo.
- + Điều trị chống nhiễm khuẩn, thiếu máu và nâng cao thể trạng.
- + Ở bệnh viện có thể làm siêu âm để xác định chắc chắn rau có còn sót hay không.

- Nếu sẩy thai không hoàn toàn, sót rau:

- + Tuyến xã cho kháng sinh, rồi chuyển lên bệnh viện.
- + Tại bệnh viện: Cho kháng sinh. Siêu âm tử cung để xác định rau sót. Nếu sót rau rõ, thì tiến hành hút, nạo buồng tử cung, sau khi đã tiêm bắp 5

đơn vị oxytocin. Nếu không có siêu âm: cần hút, nạo sạch buồng tử cung cho mọi trường hợp.

6.2.4- Sảy thai nhiễm khuẩn

- Ở tuyến xã: tiêm kháng sinh, rồi chuyển tuyến.
- Ở tuyến trên:
 - + Bắt đầu phải dùng kháng sinh ngay với liều cao, phối hợp, ít nhất 4-6 giờ sau, mới hút hay nạo rau sót.
 - + Trước khi hút, nạo cần cho oxytocin 5 đơn vị tiêm bắp.
 - + Trường hợp đến bệnh viện vẫn còn chảy máu nhiều, thì vẫn phải hút nạo ngay và vừa làm, vừa hồi sức, vừa điều trị kháng sinh và thuốc co tử cung.
 - + Nếu nhiễm khuẩn lại kèm theo chảy máu nặng, cần mổ cắt tử cung.

6.3- Tư vấn phương pháp tự chăm sóc và đề phòng sảy thai lần sau.

6.4- Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc theo qui định.

7- CHĂM SÓC THAI PHỤ SẤY THAI

7.1- Nhận định:

- Nhận định chung:

- + Các yếu tố về tiền sử bệnh tật, tiền sử sản, phụ khoa nhiều khi có liên quan chặt chẽ đến lần sảy thai này.
 - + Tiền sử bệnh tật: người bệnh bị mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh nhiễm khuẩn (đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đặc hiệu: giang mai, Toxoplasma...).
 - + Tiền sử sản phụ khoa: người bệnh có thể bị sảy thai, thai chết trong tử cung... trong các lần có thai trước. Đôi khi được phát hiện khối u và dị dạng ở bộ phận sinh dục.
 - + Các yếu tố về điều kiện sống sinh hoạt hàng ngày của thai phụ.

- Tình trạng hiện tại của người bệnh:

- + Đau tức nặng vùng hạ vị, đau mỏi lưng hoặc đau bụng từng cơn.
- + Ra huyết từ tử cung: huyết ra ít hoặc nhiều, đỏ sẫm hoặc đỏ tươi lẫn máu cục, có khi băng huyết.
- + Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, mạch nhanh, huyết áp hạ nếu máu chảy nhiều.
 - + Có hoặc không có con co tử cung.
 - + Cổ tử cung còn dài, đóng kín hoặc đã xoá mờ.
 - + Tử cung to tương đương với tuổi thai.

7.2- Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, mất ngủ do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường.
 - Nguy cơ sảy thai do ra huyết âm đạo.
 - Người bệnh thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu (khi thai đang sảy hoặc đã sảy thai).

- Nguy cơ nhiễm khuẩn buồng tử cung do sót rau hoặc can thiệp thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn...

7.3- Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:

+ Quan tâm động viên người bệnh.

+ Giúp đỡ người bệnh trong các sinh hoạt thường ngày, cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, dễ tiêu.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, da - niêm mạc, sắc mặt.

+ Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

- Giảm nguy cơ sẩy thai:

+ Hướng dẫn người bệnh nghỉ tuyệt đối tại giường khi còn đau bụng và ra huyết.

+ Hướng dẫn người bệnh ăn uống đủ chất, dễ tiêu và phòng chống được táo bón.

+ Theo dõi dấu hiệu đau bụng, ra huyết và các rối loạn kèm theo.

+ Tránh kích thích tình dục, đặc biệt là giao hợp

+ Thực hiện thuốc giảm co, thuốc nội tiết theo y lệnh.

- Giảm mức độ chảy máu khi thai đang sẩy hoặc đã sẩy:

+ Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ kịp thời, phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.

+ Thực hiện thuốc giảm đau, thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, chống thiếu máu và suy tuần hoàn...theo y lệnh.

+ Theo dõi số lượng- màu sắc máu trong và sau nạo.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo:

+ Theo dõi nhiệt độ, số lượng - màu sắc - mùi của sản dịch.

+ Hướng dẫn, trợ giúp bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày.

+ Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

7.4- Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Hỏi thăm về gia đình, sức khỏe và bệnh tật của người bệnh. Nói về khả năng chuyên môn để bệnh nhân yên tâm tin tưởng, quyết định giữ thai hay không.

- Cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, Gardenal (nếu có chỉ định)

- Đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, hướng dẫn hoặc trợ giúp người bệnh vận động nhẹ nhàng khi cần thiết.

- Hướng dẫn hoặc cho người bệnh ăn thức ăn giàu đạm, dễ tiêu, ăn thêm rau quả tươi.

- Theo dõi biểu hiện đau bụng và ra huyết âm đạo.

- Tiêm (hoặc uống) thuốc nội tiết hoặc giảm co: Progesteron, Papaverin, Spasmagil...(theo y lệnh).

* Nếu người bệnh không định giữ thai hoặc không giữ được, cần phải chuẩn

bị và tiến hành nạo thai:

- Đặt người bệnh nằm trên bàn theo tư thế sản khoa, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thông đái, trải sảng, tiêm thuốc giảm đau, chuẩn bị bộ dụng cụ nạo thai. Phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm đầu bằng sau khi nạo.
- Đếm mạch, đo huyết áp trong và sau nạo.
- Theo dõi số lượng, màu sắc máu chảy ra từ âm đạo.
- Thực hiện y lệnh tiêm (hoặc uống): Oxytocin, Transamin, truyền dịch hoặc máu nếu có chỉ định.
- Đo nhiệt độ hàng ngày.
- Quan sát, đánh giá về số lượng- màu sắc- mùi của huyết âm đạo.
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Tiêm hoặc cho người bệnh uống kháng sinh theo y lệnh.

7.5- Đánh giá chăm sóc:

- Chăm sóc có hiệu quả khi:

- + Người bệnh thoải mái, ăn ngủ được, đỡ mệt mỏi, đỡ thiếu máu, đau bụng và chảy máu giảm dần, thai được bảo tồn.
- + Người bệnh được can thiệp thủ thuật kịp thời, không xảy ra biến chứng trong và sau nạo.

- Chăm sóc chưa có hiệu quả khi:

- + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, mệt mỏi, thiếu máu, thai bị sảy.
- + Xảy ra biến chứng trong và sau nạo.

BÀI 2 **CHĂM SÓC THAI PHỤ TRƯỚC VÀ SAU MỔ LẤY THAI**

KẾT QUẢ HỌC TẬP:

1. Trình bày được cách chuẩn bị và chăm sóc thai phụ trước mổ lấy thai
2. Thực hiện được cách chăm sóc và theo dõi thai phụ sau mổ lấy thai.

I. ĐẠI CƯƠNG:

Chăm sóc thai phụ trước và sau mổ lấy thai là một công tác rất quan trọng, góp phần vào sự thành công của cuộc mổ, làm giảm những nguy cơ tai biến xảy ra trong khi gây mê, trong và sau khi mổ lấy thai.

Công tác chuẩn bị và chăm sóc bao gồm cả về thể chất và tinh thần cho thai phụ để đảm bảo tốt cho quá trình chào đón thai nhi ra đời.

II. CHĂM SÓC THAI PHỤ TRƯỚC MỔ LẤY THAI:

1. Nhận định:

- Tình thần, tâm lý của thai phụ trước khi mổ
- Chế độ dinh dưỡng
- Tổng trạng chung, dấu hiệu sinh tồn
- Chế độ vệ sinh
- Các xét nghiệm cần thiết

2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Lo lắng do phải mổ lấy thai
- Nguy cơ trào ngược thức ăn vào đường hô hấp khi gây mê do thai phụ ăn trước mổ

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Tình thần, tâm lý
- Chế độ dinh dưỡng
- Chăm sóc vệ sinh
- Đánh giá tổng trạng thái thai phụ, tình trạng thai
- Thực hiện các thủ tục hành chánh
- Công tác chuẩn bị cho trẻ sơ sinh khi chào đời

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Công tác tư tưởng, giải thích và trấn an sản phụ.
- Hướng dẫn thai phụ nhịn ăn để làm sạch đường tiêu hóa.
- Thụt tháo hết phân, vệ sinh vùng mổ, cao lông bộ phận sinh dục, phủ ga sạch cho thai phụ.
- Quan sát tổng trạng, màu sắc da niêm, theo dõi dấu hiệu sinh tồn của thai phụ
- Đánh giá tình trạng thai, cơn co tử cung, ngôi thai, nghe tim thai, xem có các bất thường nào kèm theo hay không.
- Lấy các bệnh phẩm để là xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ
- Thực hiện các thủ tục hành chánh chuẩn bị cho ca mổ

- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ trước mổ: tiêm thuốc, dấu hiệu sinh tồn,...
- Chuẩn bị những thủ tục cần thiết để chào đón trẻ sơ sinh, dụng cụ cấp cứu, hỗ trợ nếu có ngạt cần hồi sức sơ sinh.

5. Đánh giá kết quả chăm sóc:

- Thai phụ hết lo lắng
- Các thủ tục trước khi mổ thực hiện đầy đủ

III. CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU KHI MỔ LẤY THAI:

1. Nhận định:

- Tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Sự cử động của sản phụ: Khó khăn và gây đau
- Tình trạng vết mổ
- Những nhận định hậu sản giống như hậu sản thường: sự co hồi tử cung, sản dịch, sự xuống sữa.

2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ do quá trình phẫu thuật và vệ sinh kém
- Nguy cơ tắt ruột sau mổ
- Nguy cơ nhiễm trùng hậu sản do bế sản dịch, vệ sinh kém

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Theo dõi tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn hàng ngày
- Theo dõi tình trạng vết mổ, chảy máu vết mổ
- Theo dõi sự co hồi tử cung, sản dịch
- Chế độ dinh dưỡng, vệ sinh cơ thể
- Chăm sóc vú và vùng sinh dục
- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ
- Tư vấn kế hoạch hóa gia đình

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Khi tiếp nhận sản phụ sau mổ phải tiến hành theo dõi tổng trạng và dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt trong 24h đầu sau mổ. Trong giờ đầu mỗi 15 phút/lần, giờ tiếp theo 30 phút/ lần, sau đó thưa dần, các ngày sau theo dõi như thường quy.
- Thực hiện cho sản phụ ăn sớm, không chờ trung tiện, ăn chế độ từ lỏng đến đặc dần, uống đủ nước để cung cấp đủ sữa cho trẻ bú.
- Thực hiện y lệnh: tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng vết thương, cắt chỉ, thường cắt vào ngày thứ 7.
- Vệ sinh vùng vú sạch sẽ, theo dõi bất thường ở vú để kịp thời xử lý.
- Vệ sinh vùng sinh dục để tránh nhiễm trùng
- Theo dõi sự co hồi tử cung, số lượng, màu sắc và tính chất của sản dịch hằng ngày.
- Hướng dẫn sản phụ ngồi dậy sớm, đi lại nhẹ nhàng để tránh ứ sản dịch, chống tắc ruột sau mổ.
- Giáo dục sản phụ lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ, cách cho trẻ bú đúng cách.
- Chế độ dinh dưỡng đầy đủ, cung cấp đủ năng lượng, uống đủ nước để cung

cấp đủ sữa cho trẻ.

- Chế độ lao động, sinh hoạt và nghỉ ngơi hợp lý để đủ sức khỏe nuôi con.
- Tư vấn kế hoạch hóa gia đình: Hướng dẫn các biện pháp tránh thai phù hợp sau thời kỳ hậu sản, khuyên sản phụ không nên mang thai lại trong vòng 2 năm để đảm bảo sức khỏe.

5. Đánh giá kết quả chăm sóc:

- Không bị nhiễm trùng vết mổ
- Không bị tắt ruột sau mổ
- Không có dấu hiệu nhiễm trùng hậu sản

BÀI 3 **CHĂM SÓC THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT**

KẾT QUẢ HỌC TẬP:

1. Trình bày được các đặc điểm về bệnh học của tiền sản giật
2. Lập kế hoạch và thực hiện được chăm sóc cho thai phụ tiền sản giật

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Tiền sản giật là tăng huyết áp thường gặp nhất trong thời kỳ thai nghén, thường xảy ra sau tuần thứ 20. Bệnh được biểu hiện bằng tăng huyết áp và protein niệu $\geq 0,3\text{g}/24\text{h}$.

2. Các yếu tố nguy cơ:

- Bà mẹ mang thai dưới 20 tuổi hoặc trên 35 tuổi, đặc biệt là con so
- Tiền sử gia đình có người bị tiền sản giật
- Mùa rét, ẩm ướt hay gấp nhiều hơn mùa nóng
- Thai phụ có tiền sử bệnh thận hoặc tăng huyết áp mạn tính
- Tiền sử mang thai lần trước bị tiền sản giật
- Yếu tố khác: béo phì, đa thai,...

II. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG CỦA TIỀN SẢN GIẬT:

1. Thể nhẹ:

- Huyết áp $\geq 140/90\text{mmHg}$
- Protein niệu: dương tính (+)
- Men gan có thể tăng nhẹ
- Phù: trắng mềm, ẩn lõm. Phù từ thấp lên cao, từ chân lên mặt.

2. Thể nặng:

- Tăng huyết áp tâm trương: $\geq 110\text{mmHg}$
- Protein niệu: (++)
- Hematocrit, men gan tăng
- Hồng cầu và huyết sắc tố giảm
- Số lượng tiểu cầu giảm
- Creatinin máu và acid uric máu tăng
- Ure máu tăng là biểu hiện biến chứng ở thận
- Một số triệu chứng khác: nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, buồn nôn, nôn, thiếu niệu,...

V. CHĂM SÓC THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT:

1. Nhận định:

- Tình trạng tăng huyết áp
- Các triệu chứng kèm theo: nhức đầu, nôn, hoa mắt, thiếu niệu,....
- Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hàng ngày
- Quan sát thể trạng chung, tính chất phù, mức độ phù
- Đánh giá kết quả xét nghiệm protein niệu, chức năng gan thận

- Tình trạng thai

2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Nguy cơ bị sản giật do chưa kiểm soát được huyết áp tăng
- Phù do ú nước
- Nhức đầu do huyết áp tăng
- Nguy cơ thai phụ không tuân thủ chế độ điều trị do thiếu kiến thức về bệnh.

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Chăm sóc cơ bản
- Theo dõi tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Thực hiện y lệnh, xử trí theo y lệnh
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý
- Theo dõi sự phát triển của thai
- Giáo dục sức khỏe

4. Thực hiện chăm sóc:

- Thai phụ nghỉ ngơi tại giường, tránh kích động làm ảnh hưởng đến thai phụ
- Theo dõi tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn hằng ngày.
- Theo dõi mức độ phù hằng ngày, cân nặng hằng ngày
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ: tiêm thuốc, các xét nghiệm cần thiết.
- Chế độ dinh dưỡng: tăng lượng protein, ăn nhạt, lượng muối không vượt quá 6gr/ngày. Lựa chọn thực phẩm phù hợp, tránh những chất kích thích: rượu, bia, thuốc lá,...
- Theo dõi tình trạng thai nhi: cử động thai, tim thai, siêu âm để theo dõi
- Giáo dục sức khỏe cho bà mẹ kiến thức về bệnh, cách phòng ngừa tai biến và cách xử trí khi có bất thường xảy ra.

5. Đánh giá chăm sóc:

- Huyết áp ổn định, thai phụ hết phù
- Thai phụ tinh táo, hết mệt mỏi, xét nghiệm protein niệu âm tính
- Tình trạng thai nhi ổn định và được duy trì thai kỳ

BÀI 4 **CHĂM SÓC THAI PHỤ DỌA VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG**

KẾT QUẢ HỌC TẬP:

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây vỡ tử cung
2. Mô tả được các triệu chứng của dọa vỡ và vỡ tử cung
3. Thực hiện được kế hoạch chăm sóc thai phụ dọa vỡ và vỡ tử cung

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Dọa vỡ tử cung là một dấu hiệu lâm sàng sắp dẫn tới vỡ tử cung. Nếu phát hiện sớm và kịp thời giai đoạn dọa vỡ tử cung có thể phòng ngừa được vỡ tử cung và giảm được một trong năm tai biến sản khoa, giảm được tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cho mẹ và con.
- Vỡ tử cung là một tai biến có thể xảy ra trong chuyển dạ, biểu hiện bằng tử cung bị vỡ và thai có thể bị đẩy vào trong ổ bụng một phần hoặc toàn bộ thai và rau tùy theo chỗ vỡ nhỏ hay to, gây tử vong cao.
- Vỡ tử cung đôi khi xảy ra ở nửa cuối thời kỳ thai nghén hoặc trong chuyển dạ thường ở những tử cung có sẹo mổ cũ. Vỡ tử cung loại này không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY VỠ TỬ CUNG:

1. Nguyên nhân về phía mẹ:

- Khung xương chậu bất thường làm thai không qua được: khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu méo, bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.
- Do tử cung bị tổn thương: con rã đẻ nhiều lần, hoặc có lần sinh đôi, sinh ba hay tử cung có sẹo mổ cũ(mổ lấy thai, mổ u xơ, mổ bóc nhau xơ,...)
- Do khối u tiền đạo, u nang buôn trứng trong dây chằng rộng, u xơ tử cung ở đoạn dưới,...làm cản trở đường đi của thai.

2. Những nguyên nhân về phía thai:

- Ngôi chỏm thai to gây bất tương xứng với khung chậu, ngôi chỏm sa chi, ngôi chỏm đầu to,...
- Ngôi mông mắc đầu hậu, ngôi chỏm thai to mắc vai, ngôi chỏm hay ngôi mông bụng cóc.
- Những ngôi thai bất thường như ngôi vai, ngôi trán, ngoi thóp trước, ngoi mặt kiều thế cằm sau.

3. Những nguyên nhân từ phía cán bộ y tế:

- Dùng oxytocin để tăng co bóp tử cung không đúng chỉ định, truyền quá tốc độ rất dễ gây vỡ tử cung.
- Do kỹ thuật đỡ đẻ
- Các thủ thuật kéo thai thô bạo trong ngôi ngược, giác hút.

III. TRIỆU CHỨNG:

1. Dọa vỡ tử cung:

- Đau bụng từng cơn ngày càng tăng sau khi vỡ ối
- Cơn co tử cung ngày càng mạnh, đồn dập, cơn co càng kéo dài
- Hình dáng tử cung thay đổi
- Nghe tim thai: có thể tim thai còn bình thường, nhưng thông thường là dấu hiệu của suy thai.
- Thăm âm đạo thấy ngôi bất thường hoặc ối đã vỡ hoặc khung chậu hẹp.

2. Vỡ tử cung:

2.1. Cơ năng:

- Đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung bị bỏ qua như đau bụng đồn dập sau khi vỡ ối, đau quằn quại.
- Sau đó bệnh nhân đau nhói lên rồi tự nhiên hết đau.
- Bệnh nhân thấy ngày càng mệt, vã mồ hôi và cảm thấy máu chảy ra qua âm đạo.

2.2. Thực thể:

- Nhìn thấy bệnh nhân mệt mỏi, da niêm ngày càng nhợt nhạt, thở nồng và nhanh, bụng chướng nhẹ, không thấy hình tử cung.
- Chân tay lạnh, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt. Nắn bụng đau toàn bụng và có một điểm đau mạnh hơn, cảm giác các phần thai nhi lõn nhôn dưới da bụng, không thấy tử cung.
- Nếu vỡ tử cung không hoàn toàn thì nhìn thấy tử cung không còn hình tròn, con co tử cung không rõ, nắn đau nhói, nghe không thấy tim thai.
- Thăm âm đạo không thấy ngôi thai hoặc ngôi thai cao hơn trước, có máu chảy ra nhiều, màu máu đỏ tươi.

3. Vỡ tử cung ở tử cung có sẹo mổ cũ:

Do nứt sẹo mổ cũ nên không có giai đoạn dọa vỡ như ở tử cung bình thường. Tuy nhiên cũng có dấu hiệu báo động trước khi nứt sẹo mổ cũ, có thể xảy ra trong 3 tháng cuối hay trong chuyển dạ.

3.1. Dấu hiệu báo trước khả năng nứt sẹo mổ cũ:

- Tiền sử mổ lấy thai hoặc mổ bệnh lý khác
- Trong 3 tháng cuối hoặc trong chuyển dạ thai phụ thấy đau bụng từng cơn nhẹ, thấy ở vùng sẹo mổ cũ có điểm đau khu trú ở vùng sẹo cũ, nắn trên thành bụng thấy có điểm đau cố định khu trú ở vùng sẹo cũ.

3.2. Dấu hiệu nứt sẹo, hay vỡ tử cung ở tử cung có sẹo mổ cũ:

a. Cơ năng:

- Tiền sử mổ lấy thai hoặc mổ bệnh lý khác
- Đau bụng từng cơn nhẹ, có điểm đau cố định khu trú ở vùng sẹo cũ
- Thấy có vài giọt máu đỏ tươi qua âm đạo, cơn co và điểm đau khu trú càng rõ rệt hơn.

b. Thực thể:

- Con co tử cung rõ nhưng không mạnh
- Nắn tử cung có điểm đau khu trú, hình dáng tử cung bình thường
- Thăm âm đạo: ối còn hoặc vỡ, có máu đỏ tươi kèm theo.

IV. CHĂM SÓC THAI PHỤ CÓ DẤU HIỆU DỌA VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG:

1. Chăm sóc thai phụ có dấu hiệu dọa vỡ tử cung:

1.1. Nhận định:

- Các yếu tố sản khoa của thai phụ
- Nguyên nhân tiềm năng từ mẹ và thai
- Chọn phương pháp phù hợp để xử lý, tránh các biến chứng

1.2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Lo lắng do đau nhiều
- Nguy cơ vỡ tử cung nếu không được theo dõi sát và điều trị tích cực

1.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Động viên tinh thần thai phụ, cho thai phụ nằm nghỉ ngơi
- Theo dõi tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng, tình trạng mẹ và thai
- Hồi sức thai nếu có suy thai
- Thực hiện y lệnh tiêm thuốc, hồi sức nếu có
- Chuẩn bị thai phụ để can thiệp xử lý phẫu thuật

1.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Động viên tinh thần thai phụ
- Theo dõi tổng trạng, lấy dấu hiệu sinh tồn
- Thực hiện khẩn cấp các y lệnh của bác sĩ như: tiêm thuốc, hồi sức, y lệnh để thường hoặc để mổ.
- Báo cáo và xin ý kiến bác sĩ trong quá trình xử lý

1.5. Đánh giá:

Đánh giá kết quả tốt hay xấu dựa vào khả năng theo dõi lâm sàng, chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời, đúng quy trình kỹ thuật.

2. Chăm sóc thai phụ bị vỡ tử cung:

2.1. Nhận định:

- Tình trạng mất máu, sốc, hiện tượng chảy máu ngoài và chảy máu trong.
- Khả năng xử lý tại cơ sở để kịp thời xử lý, tránh gây tử vong

2.2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Choáng do đau và mất máu
- Thai phụ có nguy cơ tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Chuẩn bị về mặt tâm lý
- Chăm sóc cơ bản, dấu hiệu sinh tồn
- Chuẩn bị những thủ tục cần thiết để hồi sức, phẫu thuật
- Thực hiện y lệnh

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Giải thích cho thai phụ và người nhà về tình trạng của thai phụ
- Theo dõi tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn của thai phụ thường xuyên
- Thực hiện các y lệnh: tiêm thuốc, hồi sức, cấp cứu mất máu
- Chuẩn bị các công tác cần thiết cho việc xử lý tích cực, công tác phẫu thuật,

các thủ tục hành chánh.

- Theo dõi sát quá trình thực hiện để báo cáo tình hình với bác sĩ.

2.5. Đánh giá:

Kết quả tốt hay xấu tùy thuộc vào:

- Khả năng chẩn đoán vỡ tử cung
- Khả năng xử trí khẩn trương
- Khả năng hồi sức và chăm sóc trước, trong và sau mổ.

BÀI 5 **CHĂM SÓC SẢN PHỤ TRONG THỜI KỲ CHUYỀN DẠ**

KẾT QUẢ HỌC TẬP:

1. Mô tả được các dấu hiệu trong quá trình chuyển dạ
2. Lập được kế hoạch và thực hiện chăm sóc sản phụ trong quá trình chuyển dạ.

I. ĐẠI CƯƠNG:

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý mà kết quả là thai và rau được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo. Chuyển dạ đẻ thường xảy ra sau một thời gian thai nghén, trung bình là 40 tuần, lúc này thai đã trưởng thành và có khả năng sống độc lập ngoài tử cung.

II. NHỮNG DẤU HIỆU TRONG THỜI KỲ CHUYỀN DẠ:

1. Cơ năng:

- Đau bụng từng cơn: Cơn đau lúc đầu nhẹ ngắn, thưa, về sau mạnh lên, đau nhiều hơn, khoảng cách giữa các cơn đau ngắn lại.
- Ra chất nhầy hồng ở âm đạo lần vài giọt máu
- Thai phụ có cảm giác mỏi vùng thắt lưng ngày một tăng
- Trong trường hợp bất thường thai phụ còn thấy ra nước ối (ối vỡ non) hay ra máu nhiều (rau tiền đạo).

2. Thực thể:

a. Cơn co tử cung

- Đặc điểm: gây đau ngoài ý muốn theo chiều hướng tăng, cơn co tử cung mau dần, thời gian ngày càng kéo dài hơn.
- Tần số cơn co tăng dần và khoảng cách giữa các cơn co giảm dần
- Thời gian mỗi cơn co cũng tăng dần
- Cường độ cơn co tăng dần.

b. Cổ tử cung xóa mở:

- Xóa: là hiện tượng lỗ trong giãn dần, cổ tử cung ngắn và mỏng dần. Khi xóa hết thì không còn ống cổ tử cung, không còn lỗ trong mà chỉ còn lỗ ngoài.
- Mở: là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến 10cm. Lúc đó không còn lỗ ngoài, buồng tử cung thông với âm đạo.

Ở người con so, cổ tử cung xóa hết rồi mới mở, ở người con rạ, cổ tử cung vừa xóa vừa mở.

c. Đầu ối thành lập: dưới áp lực của cơn co tử cung, cổ tử cung mở, màng ối ở đoạn dưới bong ra, nước ối bị đẩy xuống chỗ thấp thành lập nên đầu ối.

3. Các giai đoạn của chuyển dạ:

Chia làm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: tính từ lúc cổ tử cung bắt đầu xóa đến khi mở hết
 - + Giai đoạn 1a: từ lúc cổ tử cung bắt đầu xóa đến khi mở được 3cm
 - + Giai đoạn 1b: tính từ lúc cổ tử cung mở được 3cm đến khi mở hết 10cm

- Giai đoạn 2: tính từ lúc cổ tử cung mở hết cho đến khi thai sô ra ngoài
- Giai đoạn 3: tính từ lúc thai sô ra ngoài đến khi nhau sô

Ở người con so chuyển dạ trung bình từ 16 – 24 giờ, người con rạ trung bình từ 8 – 12 giờ.

III. CHĂM SÓC SẢN PHỤ TRONG THỜI KỲ CHUYỂN DẠ:

1. Nhận định:

- Tinh thần: sản phụ lo lắng về cuộc đẻ
- Việc ăn uống của sản phụ không đảm bảo đầy đủ do ảnh hưởng của cơn co tử cung gây đau.
- Công tác vệ sinh: khi chuyển dạ sẽ ra chất nhầy, ối hoặc máu tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình viêm nhiễm xảy ra.
- Nhận định thời gian chuyển dạ, giai đoạn của chuyển dạ, độ xóa mở tử cung
- Tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn của sản phụ trong quá trình chuyển dạ
- Tình trạng thai nhi trong quá trình chuyển dạ: ngồi, thế, kiệu thế, độ lọt, tim thai

2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Lo âu do sắp đẻ
- Rối loạn giấc ngủ do lo lắng
- Đau do cơn co tử cung
- Mệt mỏi do thiếu ngủ và lo lắng

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Chăm sóc về tinh thần
- Chăm sóc về chế độ ăn uống
- Chăm sóc vệ sinh
- Theo dõi các dấu hiệu chuyển dạ

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

4.1. Chăm sóc về tinh thần:

- Giải thích cho sản phụ hiểu các bước diễn biến của chuyển dạ để sản phụ phối hợp tốt với cán bộ y tế.

- Trần an tinh thần để sản phụ an tâm và hết lo lắng.

4.2. Chăm sóc chế độ ăn uống:

- Hướng dẫn người nhà chuẩn bị sẵn thức ăn, uống cho sản phụ để phòng chuyển dạ kéo dài, cho ăn vào khoảng thời gian hợp lý.
- Thức ăn cho sản phụ nên giàu chất dinh dưỡng, không phải nhai lâu, hợp khẩu vị, có thể ăn nhanh giữa 2 cơn co tử cung.
- Nên uống những loại nước giàu chất dinh dưỡng và không nên uống nhiều

4.3. Chăm sóc vệ sinh cho thai phụ:

- Sản phụ nên tắm nước ấm, tắm nhanh vào thời gian thích hợp.
- Thay quần áo riêng của phòng sinh
- Vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ sau mỗi lần khám tử cung

4.4. Chăm sóc và theo dõi các dấu hiệu chuyển dạ:

- Theo dõi tổng trạng và dấu hiệu sinh tồn thường xuyên trong quá trình chuyển

dạ

- Theo dõi cơn co tử cung, thời gian mỗi cơn co và khoảng cách giữa các cơn co
- Theo dõi và đánh giá biến động của tim thai
- Khám, đánh giá độ lọt, sự xóa mờ cổ tử cung để tiên lượng cuộc đẻ
- Khám và xác định tình trạng ối
- Ghi đầy đủ các chỉ số theo dõi vào biểu đồ chuyển dạ.

4.5. Giáo dục sức khỏe:

- Hướng dẫn sản phụ cách rặn đẻ
- Hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú ngay sau khi sinh, hướng dẫn cho con bú đúng cách, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.

5. Đánh giá chăm sóc:

- Chuyển dạ bình thường, tiên lượng cuộc đẻ tốt
- Thai phụ đẻ an toàn, không xảy ra các tai biến sản khoa
- Thai nhi phát triển bình thường

BÀI 6

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

MỤC TIÊU

1. Nêu được các hình thái viêm nhiễm sinh dục thông thường ở phụ nữ.
2. Lập kế hoạch chăm sóc cho phụ nữ bị viêm nhiễm đường sinh dục.
3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc cho phụ nữ viêm nhiễm đường sinh dục

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nhiễm cơ quan sinh dục là bệnh khá phổ biến trong đời sống của người phụ nữ, nguyên nhân đa dạng, diễn biến phức tạp dẫn đến việc điều trị khó khăn, đôi lúc để lại biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, đẻ non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh..

II. HÌNH THÁI LÂM SÀNG

2.1. VIÊM ÂM HỘ

Viêm âm hộ là nhiễm trùng khu trú từ màng trinh tới 2 môi lớn.

2.1.1. Nguyên nhân

- Do vi trùng: thường gặp E.coli, liên cầu, tụ cầu, Proteus, Diphteroid...
- Điều kiện thuận lợi: do vệ sinh cá nhân kém, giao hợp thô bạo gây trày xước niêm mạc tiền đình.

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.1.2.1. Viêm âm hộ cấp tính: thường gặp ở người trẻ, do không giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục.

- Thường xuất hiện đau, khó chịu sau giao hợp trong một hai ngày đau và ra nhiều khí hư. Khí hư màu vàng lấm mốc, đôi khi có mùi hôi. Sau đó quan hệ tình dục đau và rất khó chịu. Tiểu nóng rát và đau.

- Khám vùng tiền đình có màu đỏ, nhiều khí hư màu vàng lấm mốc.
- Cấy hoặc soi hoặc nhuộm gram có thể thấy vi trùng gây bệnh
- Làm kháng sinh đồ (KSD) để chọn kháng sinh phù hợp

2.1.2.2. Viêm âm hộ mãn tính: thường xuất hiện sau viêm âm hộ cấp tính không điều trị tích cực hoặc không điều trị.

- Lâm sàng: triệu chứng đau giảm nhưng khí hư không giảm, nên xuất hiện triệu chứng ngứa.

- Xét nghiệm: nhuộm gram, KSD

2.1.3. Xử trí

- Hạn chế tình dục.
- Vệ sinh cá nhân hàng ngày.
- Vệ sinh trong sinh hoạt tình dục.

- Vệ sinh khi kinh nguyệt.
- Kháng sinh dùng theo kết quả KSĐ.

2.2. VIÊM HAY ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

Nang tuyến bartholin là bệnh lý phụ khoa ở phụ nữ tuổi sinh sản. Hàng năm, phụ nữ bị nang tuyến bartholin chiếm 2% số bệnh phụ khoa. Mặc dù việc điều trị đơn giản nhưng vấn đề được quan tâm là sự tái phát và chẩn đoán phân biệt nang tuyến với áp-xe hoặc tổn thương ác tính.

Vị trí của tuyến Bartholin

Tuyến Bartholin là tuyến thuộc cơ quan sinh dục ngoài, nằm ở cửa âm đạo vị trí 4 giờ và 8 giờ. Đây là những tuyến nhỏ nên rất khó để nhìn hay nhận thấy khi tuyến bình thường. Tuyến có dạng hình cầu, đường kính 1cm, được cấu tạo bởi tế bào trụ tiết nhầy. Chức năng của tuyến là tiết ra chất nhầy vào trong bề mặt môi nhỏ của âm hộ bao quanh âm đạo, giữ cho vùng đó được bôi trơn khi giao hợp và giữ ẩm.

2.2.1. Nang tuyến Bartholin

Sự hình thành nang tuyến là do tắc nghẽn ống tuyến, trong khi tuyến vẫn tiếp tục tiết ra chất nhầy, làm hình thành một nang có thành mỏng. Gọi là nang tuyến Bartholin. Sự tắc nghẽn của ống tuyến có thể do nguyên nhân nhiễm trùng và phù nề làm chèn ép ống tuyến, hoặc do chấn thương, nhiễm trùng mãn tính làm tắc miệng ống tuyến.

- Lâm sàng: Nang tuyến Bartholin là loại tổn thương dạng nang, kích thước 1,5-3cm. Thường không có triệu chứng gì, nên không cần điều trị.

- Điều trị khi có sự tăng kích thước, có khi 5 - 10cm hoặc bị nhiễm trùng và gây đau ở vùng âm hộ. Thường gặp lứa tuổi 25 - 45. Xác định nang tuyến Bartholin là một chẩn đoán hoàn toàn lâm sàng. Phương pháp chẩn đoán đầu tiên và đơn giản nhất là quan sát tổn thương, xác định kích thước, mật độ, độ di động và cảm giác đau khi ấn.

2.2.2. Viêm hay áp xe tuyến Bartholin

2.2.2.1. Cấp tính

- Khi nang tuyến bị nhiễm trùng thì nang tăng kích thước rất nhanh sau 2 - 4 ngày và gây đau nhiều, kèm theo sốt.

- Khám thấy: vùng âm hộ và vùng cửa tuyến viêm đỏ

Nắn vào vùng tuyến bệnh nhân than đau, đôi khi thấy mủ từ trong cửa tuyến chảy ra.

2.2.2.2. Mãn tính: Tuyến Bartholin thường có biểu hiện viêm mãn tính bằng áp xe tuyến Bartholin. Sau một thời gian viêm cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị thì sẽ trở thành áp xe.

- Lâm sàng: tình trạng viêm âm hộ giảm dần, nhưng vẫn còn ra nhiều khí hư và đau. Một bên âm hộ (môi lớn và môi bé) gần phía sau ngày càng nổi to lên. Khi đi lại hoặc giao hợp bệnh nhân cảm thấy rất đau.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng tuyến Bartholin có thể bị áp-xe mà không cần có tổn thương nang trước đó. Trước đây, quan niệm phổ biến cho rằng, áp-xe

tuyến Bartholin là do hai tác nhân chính là lậu cầu hoặc chlamydia. Ngày nay, với những bằng chứng vi sinh học qua các nghiên cứu, các nhà khoa học kết luận rằng áp-xe của cơ quan này là do nhiều loại vi khuẩn gây ra.

2.2.2.3.. Xử trí áp-xe tuyến Bartholin

- Kháng sinh toàn thân dùng loại như: cefotaxim 1g tiêm tĩnh mạch kết hợp Tobi 80mg tiêm bắp.
- Giảm đau: panadol 0,5g và alpha chymotrypsin. Sau 24 - 48 giờ.
- Rạch khói áp-xe của tuyến đặt penrose dẫn lưu. Có thể bóc hoàn toàn tuyến Bartholin. Tiếp tục thuốc kháng sinh bằng đường uống.
- Khoảng 20% trường hợp nang tuyến và áp-xe tuyến Bartholin bị tái phát và thường do vi trùng bệnh lậu gây nên.
- Cân vệ sinh vùng âm đạo sạch sẽ. Sử dụng bao cao su trong giao hợp nhằm ngăn ngừa sự lây truyền.

2.3.VIÊM ÂM ĐẠO- CỔ TỬ CUNG(CTC)

2.3.1. Nguyên nhân:

Do vệ sinh kém: hằng ngày, sau giao hợp, hành kinh...

- + Viêm âm đạo do vi trùng: 40 - 50%
- + Viêm ÂH, ÂĐ do vi nấm: từ 20 - 25%, thường do nấm Candida.
- + Viêm âm đạo do Trichomonas: chiếm 15 - 20%
- + Ngoài ra, viêm ÂH, ÂĐ còn do nguyên nhân dị ứng, kích ứng
- + Lượng oestrogen thấp ở người mãn kinh.

2.3.2. Các hình thái lâm sàng

2.3.2.1. Viêm âm đạo- CTC do trùng roi (Trùng roi âm đạo: Trichomonas vaginalis)

Là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lây qua đường quan hệ tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh còn có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt.

Triệu chứng:

- Khí hư: số lượng nhiều, loãng có bọt, màu vàng xanh, hôi. Đặc điểm của khí hư do trùng roi âm đạo có tính chất riêng biệt

Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp.

-Khám:

Hình ảnh chấm viêm đỏ âm đạo, cổ tử cung (hình ảnh trái dâu tây), phù nề, có nhiều khí hư màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ.

-Xét nghiệm:

- + Lấy dịch khí hư cho vào nước muối sinh lý soi tưới thấy có trùng roi âm đạo có hình hạt chanh đang di động.

- + Chứng nghiệm Sniff (Whiff test): nhỏ một giọt KOH 10% vào dịch khí hư thấy mùi cá ươn và mất đi nhanh.

- + Đo pH >4,5.

Điều trị viêm âm đạo do trùng roi:

-Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng.

-Không giao hợp trong thời gian điều trị.

-Metronidazole 2g uống liều duy nhất hoặc
Hoặc Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Có thể phối hợp đặt thuốc âm đạo.

- Cần điều trị cho người chồng hoặc bạn tình:

Metronidazole 2g liều duy nhất.

2.3.2.2. Viêm âm đạo- CTC do nấm

- + Là bệnh do nhiễm một loại nấm chủ yếu là Candida albicans.
- + Chiếm khoảng 20% các trường hợp viêm âm đạo.
- + Có các yếu tố thuận lợi như dùng kháng sinh nhiều ngày, đái tháo đường, có thai, bệnh tự miễn, mặc quần quá chật, hoặc thay đổi các sản phẩm dùng cho vệ sinh phụ nữ.

-Triệu chứng Cơ năng

- + Bệnh nhân thường ngứa nhiều.
- + Khí hư có màu trắng đục như váng sữa, không hôi, nhiều hoặc ít.
- + Có thể kèm theo đi tiểu khó, đau khi giao hợp.
 - **Khám thực thể :** Âm hộ - âm đạo viêm đỏ, có thể bị xây xước nhiễm khuẩn do gãi, trường hợp nặng bị viêm cả vùng tầng sinh môn và đùi bẹn. Khí hư thường nhiều, màu trắng như váng sữa, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, ở dưới có vết trót đỏ.

- Xét nghiệm:

- + Soi tươi hoặc nhuộm gram tìm nấm men. Nuôi cấy ở môi trường Sabouraud.
- + Chứng nghiệm Sniff (Whiff test) (-).
- + Đo pH< 4,5.

- Điều trị:

Có thể dùng một trong các cách sau.

+Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng.

+Không giao hợp trong thời gian điều trị.

+Uống :

Itraconazole (Sporal) (100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất.

+ Đặt âm đạo :

Miconazole hoặc Clotrimazole 200mg, đặt 1 viên trước khi đi ngủ x 3 ngày.

Clotrimazole 500mg, đặt 1 viên duy nhất.

Nystatin 100.000 đơn vị, đặt 1 viên trước khi đi ngủ x 14 ngày liên tục .

Tỷ lệ tái phát 15%.

2.3.2.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn

Là viêm âm đạo không đặc hiệu, bệnh nhân ra nhiều khí hư nhưng không có biểu hiện đau, không có biểu hiện viêm âm hộ - âm đạo. Bệnh không phải lây qua quan hệ tình dục nên không cần điều trị cho chồng hoặc bạn tình. Căn nguyên chủ yếu do vi khuẩn Gardnerella vaginalis, Mycoplasma Hominis, Prevotella, Mobiluncus có thể phối hợp với một số vi khuẩn yếm khí khác.

Triệu chứng:

Ra nhiều khí hư, mùi hôi như mùi tanh cá là lý do đưa người bệnh đi khám.

Khám:

Khí hư mùi hôi như mùi cá ươn, màu xám trắng, đồng nhất như kem phết đều vào thành âm đạo một lớp mỏng, không có viêm âm đạo.

Xét nghiệm:

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào nhuộm Gram hoặc có 3 trong 4 tiêu chí của Amsel: ra khí hư, pH > 4,5, có Clue cells và test Sniff (+).

Soi tươi hoặc nhuộm gram có tế bào âm đạo dính các vi khuẩn, (Clue cells).

Test Sniff (+).

pH âm đạo > 4,5.

Điều trị:

-Metronidazole là thuốc có hiệu quả nhất.

- Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng.

- Không giao hợp trong thời gian điều trị.

- Metronidazole 2g uống liều duy nhất, hoặc

- Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc

- Kem Clindamycin 2% bôi tại chỗ trong 7 ngày, hoặc

- Clindamycin 300mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Có thể phối hợp đặt thuốc âm đạo

Chú ý: Metronidazole không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu. Trong khi uống thuốc không được uống rượu, không quan hệ tình dục.

2.3.2.4. Viêm cổ tử cung và niệu đạo do Chlamydia trachomatis:

Nhiễm Chlamydia trachomatis ở sinh dục - tiết niệu nữ thường không biểu hiện triệu chứng (70%), thông thường được phát hiện khi bạn tình có viêm niệu đạo.

Triệu chứng:

Có dịch tiết từ cổ tử cung: màu vàng hoặc xanh, số lượng không nhiều. Cổ tử cung đỏ, phù nề và chạm vào dễ chảy máu.

Ngứa âm đạo, tiểu khó.

Ngoài ra có thể tổn thương viêm niệu đạo, tuyến Bartholin, hậu môn hoặc nhiễm trùng cao hơn ở buồng tử cung, vòi trứng - buồng trứng.

Xét nghiệm:

Lấy bệnh phẩm ở CTC, niệu đạo, hậu môn, tuyến Bartholin.

Điều trị:

Có thể lựa chọn một trong các loại thuốc sau:

-Doxycyclin : 100mg uống 2 lần/ngày trong 10 ngày.

- Erythromycin 500mg uống 2 lần/ngày trong 10 ngày.

- Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

Chú ý:

-Không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú.

- Đè phòng lậu mắt ở trẻ sơ sinh : Ngay khi trẻ mới được đẻ ra phải nhỏ mắt cho trẻ dung dịch Nitrat Bạc 1%. Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa điều trị có thể điều trị phòng ngừa cho trẻ (Cần chuyển tuyến).

Đánh giá nguy cơ viêm âm đạo cổ tử cung

Một người có nguy cơ bị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (*viêm cổ tử cung mủ nhầy do lậu và/hoặc Chlamydia*) khi :

Có ít nhất một trong 4 yếu tố sau:

+ Bạn tình có triệu chứng nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

+ Có hành vi tình dục không an toàn.

+ Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao như mại dâm, ma túy.

Có hai trong 3 yếu tố sau:

- Thanh niên tuổi dưới 20, chưa lập gia đình và có quan hệ tình dục.

- Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhiều người khác.

- Mới thay đổi bạn tình trong vòng 3 tháng gần đây.

Tư vấn tình dục an toàn

Tất cả các trường hợp mắc hội chứng tiết dịch âm đạo đều phải được tư vấn về tình dục an toàn. Các vấn đề cần được tư vấn là:

Các hậu quả của bệnh như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung... Các nguy cơ lây nhiễm cho trẻ sơ sinh như trong trường hợp viêm cổ tử cung mủ nhầy có thể gây viêm kết mạc mắt dẫn đến mù loà, viêm phổi trẻ sơ sinh hoặc các bệnh khác do vi khuẩn lậu (viêm khớp, viêm màng não).

Tuân thủ phác đồ điều trị dù triệu chứng bệnh đã hết và khám lại theo hẹn.

Khả năng lây bệnh cho bạn tình.

Điều trị cho bạn tình đối với các trường hợp viêm cổ tử cung mủ nhầy và trùng roi.

2. 3.2.5. Viêm âm đạo- cổ tử cung ở người mãn kinh.

- Triệu chứng cơ năng: ngoài triệu chứng mãn kinh, bệnh nhân thấy ngứa âm hộ, âm đạo do khí hư ra màu vàng, số lượng ít, mùi hơi hôi.

- Đặt mỏ vịt: bệnh nhân than đau, niêm mạc âm đạo có vùng đỏ, cổ tử cung nhỏ hơn bình thường, có chỗ trày xước màu đỏ, trong âm đạo có ít khí hư loãng, màu hơi vàng.

- Xét nghiệm khí hư: có thể nhuộm gram, hay cây tìm vi trùng hoặc tìm những tế bào bất thường để phát hiện sớm ung thư đường sinh dục.

-Xử trí:

+ Vệ sinh vùng sinh dục bằng thuốc sát trùng

+ Bôi hay đặt estrogen.

+ Bôi hay đặt kháng sinh

2.4. VIÊM TỬ CUNG

Thường là viêm niêm mạc tử cung

2.4.1. Nguyên nhân:

- Thường sau sanh, sau sảy thai, sau hút điều hòa kinh nguyệt, đặt và tháo dụng cụ tử cung.
- Sau những thủ thuật thăm dò đường dưới như: bơm hơi vào trứng, chụp buồng tử cung, thăm dò buồng tử cung (nạo sinh thiết, đo buồng tử cung, bơm thụ tinh nhân tạo...)
- Viêm niêm mạc tử cung sau sau viêm âm đạo, cổ tử cung.
- Viêm niêm mạc tử cung, viêm dính do lao.

2.4.2. Triệu chứng

2.4.2.1. Viêm niêm mạc tử cung cấp tính: thường xảy ra sau một biến cố sản khoa: sau sanh vài ngày sản phụ mệt mỏi, da xanh xao, thiếu máu, sốt 39^0 - 40^0 , mạch nhanh, sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm.

2.4.2.2. Viêm niêm mạc tử cung mãn tính

- Triệu chứng: Ra nhiều khí hư, đôi khi lẫn mủ vàng hoặc lẫn máu
- Khám âm đạo: kích thước tử cung bình thường, nắn tử cung không có gì đặc biệt.

2.4.2. Triệu chứng

2.4.2.1. Viêm niêm mạc tử cung cấp tính:

- Thường xảy ra sau một biến cố sản khoa: sau sanh vài ngày sản phụ mệt mỏi, da xanh xao, thiếu máu, sốt 39^0 - 40^0 , mạch nhanh, sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm.

2.4.2.2. Viêm niêm mạc tử cung mãn tính

- Triệu chứng: Ra nhiều khí hư, đôi khi lẫn mủ vàng hoặc lẫn máu
- Khám âm đạo: kích thước tử cung bình thường, nắn tử cung không có gì đặc biệt.
 - Hướng điều trị
 - + Nghỉ ngơi
 - + Dùng thuốc kháng viêm, kháng sinh toàn thân hay đặc trị
 - + Điều trị nguyên nhân nếu tìm được nguyên nhân.

2.5. VIÊM PHẦN PHỤ

Yếu tố thuận lợi

- Sau khi sinh hoặc sảy thai, sức đề kháng của thai phụ giảm sút, nguồn bệnh sẽ qua đường sinh dục, gây viêm nhiễm ống dẫn trứng và buồng trứng dẫn đến Viêm khoang chậu.
 - Trong khi sử dụng các biện pháp tránh thai, người bệnh không chú trọng tới vấn đề vệ sinh cá nhân hoặc thao tác khi làm phẫu thuật, thủ thuật nạo hút... không vô trùng kỹ nên sinh ra bệnh.
 - Trong kỳ kinh hay giao hợp trong kỳ kinh không giữ vệ sinh.
 - Các bộ phận khác trên cơ thể bị viêm nhiễm, chưa điều trị triệt để, vi

khuẩn sẽ đi theo đường máu gây ra chứng viêm buồng trứng và ống dẫn trứng. Nguyên nhân này có thể thường thấy ở những người có vấn đề về hạch.

- Những bộ phận gần khoang chậu, ống dẫn trứng mà bị viêm như viêm ruột thừa sẽ trực tiếp lây lan sang ống dẫn trứng, buồng trứng, phúc mạc khoang chậu. Vùng viêm thường phát sinh ở lân cận buồng trứng và ống dẫn trứng.

- Lây nhiễm những bệnh xã hội như lậu, giang mai... có thể làm viêm niêm mạc từ đó lan rộng dẫn tới viêm ống dẫn trứng và buồng trứng.

Khi phát hiện và xác định chính xác là viêm phần phụ, nữ giới nên đến các cơ sở y tế đáng tin cậy, tích cực điều trị bệnh nếu không sẽ để lại hậu quả nghiêm trọng tới tinh thần, cuộc sống và là gánh nặng cho gia đình nếu không được chữa trị triệt để

5.1. Viêm phần phụ cấp tính:

- Nguyên nhân: thường do lậu cầu, Chlamydia trachomatis..
- Triệu chứng: đau bụng dưới , phát sốt còn tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh và độ viêm nhiễm khác nhau mà có sự phân biệt. Một số bệnh nhân trước khi sốt cao có biểu hiện rùng mình, đau đầu, chán ăn, khí hư thường ra nhiều là do chất tiết ở ống dẫn trứng bị viêm gây nên, còn một số lại có triệu chứng kích thích bàng quang và đường ruột.

2. Triệu chứng của Viêm phần phụ mãn tính:

- Viêm ống dẫn trứng và buồng trứng, đau bụng dưới, sốt nhẹ,mệt mỏi, có lúc có triệu chứng như ở thể cấp tính và không rõ ràng đồng thời có cảm giác đau mỏi thắt lưng. Khi giao hợp thấy đau, nhất là sau kỳ kinh triệu chứng nặng dần.

Khí hư màu vàng

- Khám âm đạo:

+ Kết hợp nắn tay ngoài thấy âm đạo, tử cung, cổ tử cung bình thường
+ Hai bên cạnh tử cung có khối nhỏ , bờ không rõ, mật độ không chắc, nắn đau. Di động tử cung sang bên trái bệnh nhân đau bên phải và ngược lại.

- Xử trí:

- + Nghỉ ngơi
- + Chuờm lạnh hoặc nóng
- + Lý liệu pháp , song ngắn hay hồng ngoại để chống viêm.
- + Kháng sinh toàn thân, phối hợp hay theo KSD

- Biến chứng

+ Viêm ống dẫn trứng mãn tính khiến niêm mạc trong ống dẫn trứng bị kết dính, tắc dẫn đến vô sinh.
+ Viêm ống dẫn trứng mãn làm cho khoang ống dẫn trứng gặp vấn đề, đây cũng là một trong những nguyên nhân gây chửa ngoài dạ con. Ngoài ra còn cơ số những mầm bệnh khác ẩn chửa mà người bệnh không cảm nhận được
Điều trị Viêm phần phụ mãn tính là cả quá trình lâu dài, kiên trì và bền bỉ đồng thời có cả những rủi ro chửa đựng trong đó.

III. CHĂM SÓC PHỤ NỮ VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

a. Nhận định

- Mức độ lo lắng và sự không thoải mái của người bệnh.
- Điều kiện nơi sinh sống, thói quen của người bệnh.
- Toàn trạng: màu sắc da, niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn...
- Hình thái viêm nhiễm đường sinh dục: cần nắm vững tính chất khí hư của từng hình thái và những dấu hiệu kèm theo như ra máu, tính chất kinh nguyệt.
- Tác nhân gây bệnh: ngoài những dấu hiệu lâm sàng,
- Quan trọng là lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm xác định nguyên nhân.
- Chế độ ăn uống, vệ sinh của người bệnh.

b. Chẩn đoán điều dưỡng

- Nguy cơ bội nhiễm do chẩn đoán và điều trị không kịp thời
- Nguy cơ lây truyền bệnh do chăm sóc và phòng bệnh không tốt.
- Nguy cơ tái phát bệnh do điều trị dự phòng không tốt.

c. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc về tinh thần.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống vệ sinh.
- Theo dõi toàn trạng: màu sắc da, niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi tình trạng viêm có liên quan đến các chức năng khác: tiết niệu, tiêu hóa, ra huyết, hoạt động sinh dục, khả năng sinh sản.
- Lấy các mẫu bệnh phẩm làm xét nghiệm, lấy kết quả xét nghiệm cho bác sĩ xác định chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị.
- Thực hiện y lệnh nghiêm túc, tránh lây chéo cho bệnh nhân khi chăm sóc.
- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và phòng tái phát sau điều trị.

d. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Cung cấp thông tin về bệnh cho bệnh nhân: nguyên nhân, diễn tiến, phương pháp điều trị có thể áp dụng, động viên, giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống hợp lý giàu dinh dưỡng để nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm khi bị viêm nhiễm đường sinh dục:
 - + Vệ sinh cá nhân: người điều dưỡng cần chăm sóc, giải thích lợi ích của vệ sinh cá nhân sau mỗi lần đại hay tiểu tiện cần rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng các dung dịch sát khuẩn nhẹ như Lactacid để hạn chế bội nhiễm.
 - + Vệ sinh kinh nguyệt: trong thời gian hành kinh cơ thể người phụ nữ mất máu, sức đề kháng giảm, máu kinh là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập nên dễ bội nhiễm. Do đó, người bệnh cần giữ vệ sinh trong thời gian hành kinh, dùng dung dịch sát khuẩn để rửa vùng sinh dục ngoài, không được đưa tay vào sâu trong âm đạo để rửa vì dễ bội nhiễm
 - + Vệ sinh giao hợp: khi đang bị viêm nhiễm đường sinh dục không nên giao hợp. Trước và sau khi giao hợp vợ chồng cần phải vệ sinh. Không giao hợp khi đang hành kinh hay ra huyết âm đạo

- Theo dõi tình trạng: màu sắc da, niêm mạc, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ghi vào phiếu chăm sóc.
- Mẫu bệnh phẩm đưa làm xét nghiệm, có kết quả báo bác sĩ.
- Theo dõi tiến triển lâm sàng của các hình thái viêm.
- Thực hiện y lệnh chính xác: đặt thuốc âm đạo đúng cách, uống thuốc đúng liều và đúng giờ.
- Giáo dục bệnh nhân thay đổi cách sống để điều trị có kết quả tốt, như: dinh dưỡng hợp lý, chế độ vệ sinh, thói quen sống. Quần áo, đặc biệt là đồ lót cần thực hiện chế độ thanh và diệt trùng đầy đủ.

e. Đánh giá chăm sóc

- Kết quả chăm sóc tốt
- Kết quả chăm sóc chưa tốt khi
- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng, khó chịu.
- Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng không giảm.
- Xảy ra biến chứng.

BÀI 7 **CHĂM SÓC THAI PHỤ THAI CHẾT LƯU**

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1- Định nghĩa được thai chết lưu trong tử cung.
- 2- Kể được các nguyên nhân gây chết thai lưu trong tử cung về phía mẹ, về phía thai và phần phụ của thai.
- 3- Mô tả được các triệu chứng thai chết lưu trong tử cung trong hai giai đoạn sớm và muộn.
- 4- Kể được 2 tai biến nặng nhất có thể xảy ra của thai chết lưu trong tử cung đối với người mẹ.
- 5- Trình bày được hướng xử trí và kế hoạch chăm sóc cho thai phụ có thai chết lưu trong tử cung.

NỘI DUNG

1- ĐỊNH NGHĨA

Thai chết lưu trong tử cung là những trường hợp thai đã chết trước khi bắt đầu có chuyển dạ mà không được tống xuất ra ngoài ngay. Thời gian tối thiểu lưu lại trong tử cung từ lúc thai chết đến khi được tống xuất tự nhiên thường được cho là từ 48 giờ trở đi.

2- NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây nên thai chết lưu trong tử cung:

- Về **phía người mẹ**: Các bệnh người mẹ mắc trước hoặc trong khi mang thai, đều có thể ảnh hưởng đến sự sống của thai, đặc biệt các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục. Có thể kể một số bệnh như sau:

- + Cao huyết áp.
- + Tiền sản giật, sản giật.
- + Bệnh tiểu đường.
- + Bệnh thận
- + Các bệnh nhiễm khuẩn nặng: nhiễm khuẩn huyết, thương hàn, sốt rét, giang mai.
- + Tử cung dị dạng

- Về **phía thai**, có thể do:

- + Những thai có rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen.
- + Thai dị dạng.
- + Bất đồng nhóm máu mẹ - con.
- + Thai suy dinh dưỡng nặng.
- + Thai quá ngày sinh.

- Về **phía phần phụ của thai**, có thể gặp:

- + Dây rau bị xoắn hay bị thắt nút, giây rau quấn cổ chặt nhiều vòng làm ngừng trệ tuần hoàn rau-thai.

- + Dây rau ngắn.
- + Bánh rau bị nhồi máu, bị xơ hoá nặng.
- + Những trường hợp đa ối hay thiếu ối.

3- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1- Thai chết khi tuổi thai dưới 20 tuần

- Nếu thai phụ còn đang nghén, thì khi thai chết, tình trạng nghén sẽ mất.
- Đau r้าo bụng dưới
- Xuất huyết âm đạo. Tuy nhiên triệu chứng này không phải lúc nào cũng có.
 - Vú nhỏ lại
 - Tử cung không phát triển, mà nhỏ dần đi, thăm khám có thể thấy không phù hợp với tuổi thai.
 - Chủ yếu dựa vào siêu âm. Đối với thai nhỏ, siêu âm có thể thấy túi thai không chứa phôi hay không có tim thai, túi thai hình dạng méo mó.

3.2- Thai chết khi tuổi thai trên 20 tuần

Dấu hiệu lâm sàng

- Sản phụ cảm nhận thai không còn máy nữa.
- Bụng nhỏ dần đi. Khám thấy tử cung nhỏ hơn, chiều cao tử cung cũng giảm so với lần khám trước.
 - Ngôi thai bất thường như ngôi trán, ngôi ngang, ngôi mặt.
 - Không nghe được tiếng tim thai.
 - Khám âm đạo: nếu cổ tử cung đã mở có thể thấy bọc ối hình quả lê mềm thò ra ngoài lỗ cổ tử cung. Khám ngôi thai không rõ, đầu thai ọp ẹp, đôi khi thấy dấu chòng sọ. Nếu ối vỡ có thể thấy màu nước ối đỗ nâu.

Dấu hiệu cận lâm sàng

- Trên màn hình siêu âm thấy thai không cử động, tim thai không đập, xương sọ chòng khớp, da đầu bong khỏi xương sọ. Nước ối ít hoặc cạn.
- Fibrinogen/máu giảm nếu thai chết lưu > 6 tuần.

4- DIỄN BIẾN CỦA THAI CHẾT LUU TRONG TỬ CUNG

- Thai chết trong tử cung sớm muộn thế nào cũng sẽ bị đẩy ra ngoài.
- Đối với thai nhỏ dưới 4 tháng: hiện tượng sảy thai tự nhiên cũng giống như những trường hợp sảy thai khác, sản phụ không mất máu nhiều.
- Đối với thai trên 4 tháng: thai và nhau sẽ bị tống xuất như cuộc chuyển dạ tự nhiên với những đặc điểm: cơn co tử cung thường yếu, ngôi thai bất thường.
 - Nếu thai chết trong tử cung kéo dài từ 4 tuần trở lên, mà chưa sảy, đẻ thì do tình trạng thai rữa nát trong tử cung, có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng rối loạn đông máu, biểu hiện rõ nhất là chất sinh sợi huyết trong máu giảm nhiều, do đó khi sảy, đẻ, dễ bị băng huyết nặng.
 - Trường hợp thai chết trong tử cung bị vỡ ối non hay vỡ ối sớm, thì nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ rất cao. Vì thế, khi đã bị vỡ ối, thì băng mọi cách phải xử trí cho thai ra sớm, để tránh tai biến này.

5- XỬ TRÍ

5.1- Theo quy định hiện hành, tất cả thai chết lưu trong tử cung phải được xử trí tại bệnh viện huyện trở lên, không được xử trí tại tuyến xã.

- Ghi chép tất cả các hoạt động thăm khám, chăm sóc vào hồ sơ bệnh án theo qui định, chuẩn bị đủ hồ sơ giấy tờ để chuyển tuyến, nếu cần.
- Hướng dẫn thai phụ và gia đình họ phương pháp tự theo dõi, tự chăm sóc.
- Nếu thai chết trong tử cung đang ở giai đoạn sảy hay chuyển dạ đẻ, cần theo dõi và xử trí như các trường hợp sảy và sinh non khác. Tuy nhiên, phải chú ý phòng ngừa tai biến băng huyết và nhiễm khuẩn trong và sau đẻ. (ở tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên)
 - Nếu thai chết lưu trong tử cung được phát hiện thì sau khi làm đủ các xét nghiệm và tư vấn cho thai phụ, có thể dùng các biện pháp điều trị để lấy thai ra:
 - + Khi thai nhỏ dưới 12 tuần: dùng biện pháp hút, nạo thai như các trường hợp phá thai ngoài kế hoạch.
 - + Nếu thai chết có tuổi thai lớn hơn, kết hợp dùng thuốc cho cổ tử cung mềm ra, dễ xoá mờ, rồi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin để gây chuyển dạ đẻ.

5.2- Xử trí thai chết lưu trong tử cung, nhất thiết không được vội vàng, có khi phải vài ba ngày, thai mới ra, vì thế phải làm tốt công tác tư vấn cho thai phụ và gia đình để họ khỏi lo lắng hoặc hiếu nhâm.

- Trường hợp thai chết lưu trong tử cung chưa chuyển dạ đã bị vỡ ối, thì bằng mọi cách phải cho thai ra càng sớm càng tốt.

- Sau khi thai chết trong tử cung đã ra, cần kiểm soát tử cung nếu thai phụ tự đẻ theo đường dưới, sau đó phải tiêm thuốc co tử cung, để hạn chế chảy máu, và cho kháng sinh để chống nhiễm khuẩn.

6- CHĂM SÓC THAI PHỤ THAI CHẾT LUU TRONG TỬ CUNG

6.1- Nhận định:

- Tiền sử: bệnh tật

- + Mẹ mắc bệnh nội khoa mạn tính, bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc thai nghén, nhiễm độc hoá chất ...
 - + Thai chết trong tử cung, thai dị dạng, thai bất đồng nhóm máu với mẹ...
 - + Toàn trạng: Da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.

- Tình trạng bệnh lý :

- + Có lúc biểu hiện thai phát triển: bụng to lên, nghén, thai máy...
- + Biểu hiện thai chết: hết nghén, bụng nhỏ dần, ra huyết âm đạo, thai không máy, vú cương tiết sữa.

- Cận lâm sàng:

- + Siêu âm hình ảnh thai chết.
- + Xét nghiệm máu: Fibrinogen giảm.

6.2- Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Mệt mỏi do lo lắng mất ngủ vì tình trạng thai nghén bất thường.
- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu trong hoặc sau sảy (hoặc sau

nạo).

- Nguy cơ nhiễm khuẩn sau sẩy, sau nạo thai chết lưu trong tử cung.

6.3- Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm mệt mỏi do lo lắng mất ngủ cho người bệnh:

- Động viên, an tâm người bệnh, ăn uống tăng đậm, nghỉ ngơi tuyệt đối.

- Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh

- Giảm thiếu máu hoặc suy tuần hoàn:

- Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ để tiến hành thủ thuật kịp thời.

- Thực hiện thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, máu và các dịch thay thế theo y lệnh.

- Theo dõi mạch, huyết áp, sự thu hồi tử cung, sự ra huyết âm đạo.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn:

- Theo dõi thân nhiệt.

- Theo dõi sản dịch về số lượng, mùi, màu sắc.

- Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh.

- Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

6.4- Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Hỏi thăm về tình trạng sức khỏe, giải thích về tình trạng thai, động viên để người bệnh an tâm tin tưởng.

- Cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn tăng đậm, nằm nghỉ tuyệt đối tại giường.

- Người bệnh được nạo thai chết trong tử cung sớm, phát hiện kịp thời biến chứng chảy máu.

- Đếm mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, theo dõi màu sắc da, niêm mạc.

- Khám sự thu hồi tử cung, đánh giá số lượng, màu sắc của máu và sản dịch.

- Hướng dẫn hoặc vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, đóng khố sạch.

- Tiêm hoặc cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, Rotulda ... theo y lệnh. - Tiêm thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu: Oxytocin, Transamine theo y lệnh.

- Truyền máu hoặc các dịch thay thế theo y lệnh.

- Tiêm kháng sinh theo y lệnh.

6.5- Đánh giá chăm sóc:

- **Hiệu quả chăm sóc tốt:**

+ Người bệnh đỡ lo lắng, ngủ được.

+ Người bệnh đỡ thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu).

- **Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:**

+ Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ.

+ Người bệnh vẫn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn).

PHẦN IV: CHĂM SÓC BỆNH NHI KHOA

BÀI 1. CHĂM SÓC TRẺ CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Sau khi học xong, người học phải có khả năng:

1. Trình bày được vai trò của Vitamin D đối với cơ thể trẻ em.
2. Nêu được ba nhóm yếu tố nguy cơ đối với bệnh thiếu Vitamin D.
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng bệnh thiếu Vitamin D.
4. Lập được kế hoạch chăm sóc và phòng bệnh thiếu Vitamin D.

NỘI DUNG:

1. Vai trò của Vitamin D

Vitamin D giúp cho cơ thể:

- Tăng cường hấp thu calci, phospho tại ruột nhờ tăng tổng hợp protein mang calci.
- Kích thích quá trình gắn calci vào xương nhờ sự có mặt của hormon cận giáp trạng.
- Tăng tái hấp thu calci ở ống thận nhờ sự có mặt của hormon cận giáp trạng.

Khi thiếu Vitamin D sẽ làm giảm 3 quá trình trên do đó làm giảm calci máu. Khi calci máu giảm sẽ kích thích cơ thể tăng tiết hormon cận giáp trạng.

Tình trạng cường giáp trạng sẽ dẫn đến:

- Giảm phosphat máu do giảm tái hấp thu ở ống thận làm cho trẻ có các biểu hiện rối loạn chức năng hệ thần kinh như kích thích và ra nhiều mồ hôi.
- Tăng cường vận chuyển calci từ xương vào máu gây loãng xương.

2. Các yếu tố nguy cơ

2.1. Ăn uống

Cơ thể trẻ nhận được Vitamin D từ sữa mẹ và các loại thức ăn như gan, sữa, trứng và các loại rau quả có tiền Vitamin D được hấp thụ ở ruột. Vì vậy trẻ dễ bị thiếu Vitamin D nếu:

- Mẹ thiếu sữa hoặc trẻ bị cai sữa sớm.
- Ăn bổ sung không đúng số lượng và chất lượng.

2.2. Trẻ sống trong môi trường thiếu ánh nắng mặt trời

- Chất tiền Vitamin D ở da được chuyển thành Vitamin D nhờ bức xạ của tia cực tím trong ánh nắng mặt trời, cũng là một trong các nguồn cung cấp Vitamin D quan trọng. Do đó trẻ cũng dễ bị thiếu Vitamin D nếu:

- + Không cho trẻ ra ngoài trời nhất là những tháng đầu sau đẻ.
- + Nhà cửa chật, thấp, ẩm, tối, thiếu ánh sáng mặt trời.
- + Mùa đông mặc nhiều quần áo che kín cả cơ thể.
- + Mùa đông và xuân nhiều sương mù kéo dài.

2.3. Cơ địa trẻ

- Trẻ nhỏ, nhất là trẻ dưới 1 tuổi vì tuổi này hệ xương đang phát triển mạnh.

- Trẻ bụ bẫm, cân nặng tăng nhiều trên kênh A thì nhu cầu Vitamin D hàng ngày lớn hơn lượng cung cấp vào.

- Trẻ đẻ non, sinh đôi, trẻ đẻ thấp cân.

- Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như ly, sởi, viêm phổi.

- Trẻ mắc các bệnh rối loạn tiêu hóa kéo dài, tắc mật bẩm sinh.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Biểu hiện ở hệ thần kinh: đây là dấu hiệu sớm nhất của bệnh: trẻ ngủ không yên giấc, hay giật mình, ra nhiều mồ hôi, rụng tóc sau gáy.

3.2. Biểu hiện ở hệ xương

Các dấu hiệu ở xương thường xuất hiện muộn và phụ thuộc vào tuổi bị bệnh

- Xương sọ

+ Mềm xương: khi ấn nhẹ đầu ngón tay vào giữa các bản xương sọ ở hai bên thái dương sẽ thấy xương bị lõm xuống. Khi nâng ngón tay lên thì vết lõm xương phồng trở lại như cũ. Dấu hiệu này thường chỉ gặp ở trẻ dưới 3 tháng.

+ Thóp rộng, bờ thóp mềm và các thóp chậm kín.

+ Các bướu xương sọ: thường là bướu trán làm trán dô ra phía trước bướu đỉnh làm đầu bẹt ra hai bên và bướu chẩm làm đầu lồi ra phía sau.

- Xương hàm: xương hàm dưới chậm phát triển và xương hàm trên úp quá mức dẫn đến vòm miệng sâu.

- Răng: chậm mọc răng và mọc không đúng thứ tự.

- Lồng ngực:

+ Chuỗi hạt sườn: sờ thấy ở phía trước ngực đôi khi có thể nhìn thấy giống như đeo chuỗi tràng hạt.

+ Biến dạng lồng ngực: lồng ngực thường nhô ra phía trước giống như ngực gà.

- Các chi:

+ Các dấu hiệu “vòng cổ tay” là do các đầu xương phì đại ra mà thành.

+ Cong các xương chân và tay dẫn tới dấu hiệu chân vòng kiềng hoặc chân chữ X.

- Xương sống: gây gù vẹo cột sống.

3.3. Hệ cơ: giảm trương lực cơ làm cho trẻ chậm biết lẫy, chậm biết ngồi, chậm biết đứng hoặc chậm biết đi.

3.4. Các biểu hiện khác: Thiếu máu, lách to là thể bệnh đặc biệt trong các trường hợp còi xương nặng.

4. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ bị còi xương.

4.1. Nhận định

- Hỏi:

+ Trẻ đẻ đủ tháng hay thiếu tháng.

+ Trẻ có được bú mẹ không?

+ Ăn bổ sung có đúng và đủ số lượng không?

+ Điều kiện môi trường sống của trẻ.

- + Trẻ có mắc các bệnh nhiễm khuẩn, rối loạn tiêu hóa kéo dài...
- Quan sát:
 - + Trẻ ngủ có yên giấc không? Ra mồ hôi, rụng tóc sau gáy...
 - + Thóp rộng, chậm kín?
 - + Mọc răng có chậm không?
 - Khám:
 - + Lồng ngực có chuỗi hạt sùm hoặc biến dạng lồng ngực...
 - + Phát hiện thiếu máu, lách to...
 - + Gù veo cột sống.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Dinh dưỡng trẻ chưa đảm bảo.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh.
- Bà mẹ chưa biết cách phòng bệnh.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Chế độ ăn đảm bảo dinh dưỡng

- Với trẻ nhỏ tăng cường bú mẹ.
- Trẻ lớn ăn thêm sữa nhân tạo.
- Chế độ ăn bổ sung đảm bảo đủ thành phần của ô vuông thức ăn.
- Uống nước hoa quả.

4.3.2. Theo dõi chiều cao, cân nặng và dấu hiệu sinh tồn

- Cân trẻ hàng ngày.
- Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở.

4.3.3. Thực hiện y lệnh thuốc

Uống Vitamin D liều cao theo y lệnh.

4.3.4. Hướng dẫn bà mẹ cách phòng bệnh

Hướng dẫn bà mẹ nhận biết được các dấu hiệu của bệnh. Giáo dục cho bà mẹ biết tác hại của bệnh còi xương ảnh hưởng đến cơ thể trẻ đang phát triển và trưởng thành. Nếu không phát hiện được từ giai đoạn sớm để điều trị kịp thời sẽ chuyển sang giai đoạn di chứng làm cho trẻ có hình vóc không cân đối, xấu về hình thức và chậm chạp trí tuệ.

- Muốn phòng bệnh còi xương phải bắt đầu từ khi trẻ còn nằm trong bụng mẹ và tiếp tục trong năm đầu sau khi đẻ.

*** Đối với bà mẹ**

Mẹ có thai phải ăn uống đầy đủ, thường xuyên hoạt động ngoài trời. Tắm nắng, tránh kiêng khem quá mức, không nên ngồi nhiều trong nhà. Trong 3 tháng cuối của thời kỳ có thai mẹ uống thêm Vitamin D 1000 - 1200 đv/ngày hoặc uống một liều duy nhất 100.000 - 200.000 đv nếu mẹ không có điều kiện tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Ăn uống đầy đủ tránh kiêng khem quá nhiều.

*** Đối với con**

- Sau khi đẻ cho trẻ bú mẹ càng sớm càng tốt. Đến tháng thứ 5 ngoài sữa mẹ phải cho ăn thêm thức ăn bổ sung theo ô vuông thức ăn. Nên cai sữa khi trẻ

được 24 tháng.

Sau đẻ 2 tuần có thể cho trẻ ra ngoài trời trong những ngày ám áp để tắm nắng.

- Uống Vitamin D hàng ngày với liều 800 - 1600 đv cho các trẻ có nguy cơ cao.

Dùng Vitamin D₁ liều cao 200.000 đv/6 tháng 1 lần cho các trẻ mà bà mẹ không thể nhớ được việc cho uống thuốc hàng ngày đều đặn.

BÀI 2. CHĂM SÓC TRẺ NÔN TRỚ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Sau khi học xong, người học phải có khả năng:

1. Kể được 4 nhóm nguyên nhân gây nôn thường gặp ở trẻ em.
2. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ bị nôn trớ.

NỘI DUNG:

Nôn là tình trạng thức ăn và các chất dịch có trong dạ dày bị đẩy ra ngoài. Nôn là triệu chứng hay gặp ở trẻ nhỏ do có những đặc điểm riêng về giải phẫu và sinh lý do là: cơ tròn của tâm vị còn yếu, không khép kín được dạ dày, dạ dày có nhiều khí và trẻ em thường nằm nhiều.

1. Nguyên nhân

- Nôn do các bệnh ở ngoài đường tiêu hóa

+ Do tổn thương não, màng não làm tăng áp lực nội sọ: bao gồm viêm não, màng não, u não, xuất huyết não màng não, chấn thương sọ não

+ Nôn trong một số bệnh nhiễm trùng: nhiễm khuẩn đường hô hấp như: viêm phổi, viêm mũi họng; nhiễm trùng đường tiết niệu

+ Nôn do các bệnh rối loạn chuyển hóa: không dung nạp được Fructose, bệnh nôn từng đợt ceton, rối loạn chuyển hóa

- Nôn do bệnh ở đường tiêu hóa

+ Các bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa: Viêm ruột, tiêu chảy cấp, tả, lỵ, thương hàn; viêm gan siêu vi trùng; nhiễm giun và các ký sinh trùng đường ruột khác; viêm phúc mạc; loét dạ dày tá tràng gây hẹp môn vị

+ Hẹp phì đại môn vị: bệnh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái; tuy là bệnh bẩm sinh nhưng triệu chứng nôn lại xảy ra sau một khoảng "thời gian trống" không nôn trung bình từ 3 tuần lễ đến 1 tháng sau đẻ; nôn thường xảy ra rất sớm sau bữa ăn với đặc điểm là nôn vọt, mạnh, sữa vọt ra cả mũi làm cho bà mẹ rất lo lắng; không lên cân, gầy sút, hay bị táo bón; nhìn bụng có thể thấy nhu động ruột nổi lên khi kích thích vào thành bụng; trường hợp người bệnh đến chậm, có thể sờ thấy môn vị như hạt xoan

+ Luồng trào ngược dạ dày thực quản: trường hợp này, tâm vị không khép kín, bệnh nhi nôn với đặc điểm: không có quãng thời gian trống, nôn không nhiều, không nôn vọt, nôn do thức ăn lỏng. Trong chất nôn bệnh có lẫn ít máu do niêm mạc thực quản bị viêm. Có một số bệnh nhi bị viêm phổi tái đi tái lại và thiếu máu, cơ thể phát triển kém

+ Các dị tật đường tiêu hóa: thoát vị cơ hoành; tắc tá tràng, teo ruột bẩm sinh, phình to đại tràng bẩm sinh; tắc ruột, lồng ruột; xoắn ruột, thoát vị bẹn nghẹt; viêm phúc mạc, viêm ruột thừa

- Do ngộ độc: ngộ độc thuốc, hóa chất, ngộ độc thức ăn

- Do sai lầm về ăn uống

+ Sai về số lượng: do ăn quá nhiều loại thức ăn một lúc, ăn quá no, ăn một số thức ăn không phù hợp với khẩu vị của trẻ, ăn đặc quá, thành phần thức

ăn không cân đối

+ Sai về chất lượng: thường gặp ở các trẻ ăn nhân tạo, ăn bồ sung quá sớm, nấu bột hoặc nấu cháo không đúng..

2. Điều trị

- Cần tìm được nguyên nhân của nôn để điều trị
- Điều chỉnh chế độ ăn uống
- Không đặt người bệnh nằm ngay sau khi ăn
- Dùng thuốc làm thay đổi co bóp dạ dày để chống nôn: Primperan, motilium, mylom

3. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ bị nôn trớ

3.1. Nhận định

- Hỏi:

+ Trẻ nôn từ bao giờ, bao nhiêu lần/ngày, nôn vào lúc đói hay lúc no?

+ Trẻ có sút cân không? Có dấu hiệu mất nước không?

+ Tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.

- Quan sát:

+ Giữ chất nôn của bệnh nhân vào bô có đầy nắp thủy tinh để đưa thầy thuốc xem trước khi đồ đi.

+ Toàn trạng: thể trạng, niêm mạc miệng lưỡi...

+ Trẻ nôn: nôn vọt, nôn tự nhiên hay nôn sau khi ăn, sau ho, sau khóc...

+ Thời gian nôn: nôn vào lúc đói hay lúc no; nôn sau khi ăn hay nôn xa bữa ăn nôn có chu kỳ không? Nôn sáng hay thường nôn vào buổi chiều. Nôn khi thay đổi tư thế?

+ Mức độ nôn: ít hay nhiều, có thể gây mất nước và điện giải nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Cần theo dõi số lượng, chất nôn để xử lý kịp thời.

+ Chất nôn: trẻ nôn ra thức ăn mới ăn vào hay thức ăn ứ đọng lâu trong dạ dày. Nôn ra mật vàng thường tắc tá tràng...

- Khám:

+ Các dấu hiệu mất nước.

+ Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Khám phát hiện các bệnh ngoại khoa như: Lòng ruột, tắc ruột...

3.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ bị sặc chất nôn.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước.
- Thực hiện y lệnh thuốc.
- Dinh dưỡng trẻ chưa được đảm bảo.
- Vệ sinh thân thể.
- Giáo dục sức khỏe.

3.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Phòng chống chất nôn vào phế quản gây sặc

- Động viên an ủi người bệnh nếu là trẻ lớn, hoặc người nhà người bệnh

cho họ yên tâm.

- Đặt trẻ nằm nghiêng về một bên, đầu tháp để trẻ không bị hít chất nôn vào đường thở.

- Cầm khay quả đậu sạch cho bệnh nhân nôn vào, tránh để bệnh nhân nôn tự do bắn lung tung dưới nền nhà.

3.3.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo giờ tùy tình trạng bệnh nhân.

- Sưởi ấm, đắp chăn nếu bệnh nhân cảm thấy lạnh hoặc có nguy cơ trụy mạch. Không được chườm nóng khi viêm màng bụng.

3.3.3. Theo dõi dấu hiệu mất nước

- Khi nghỉ ngơi nôn do ngộ độc thì nên tiếp tục để người bệnh nôn hết sau đó cho người bệnh uống than hoạt.

- Sau mỗi lần nôn để trẻ nghỉ 5 – 10 phút rồi cho uống Oresol để phòng mất nước và điện giải.

- Theo dõi nước tiểu 24 giờ.

3.3.4. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc

- Truyền dịch bù nước điện giải, dùng chất chống nôn, đưa chất nôn đi xét nghiệm, hoặc đưa bệnh nhân đi chụp X quang để có hướng chẩn đoán và điều trị theo nguyên nhân.

3.3.5. Chế độ ăn uống

Cho trẻ ăn nhẹ, tránh không cho ăn quá nhiều và cho các thức ăn dễ tiêu hóa, chia làm nhiều bữa nhỏ.

3.3.6. Vệ sinh thân thể

- Lấy nước cho bệnh nhân súc miệng, lau miệng và mũi cho bệnh nhân.

- Thay quần áo, tã lót khi bị ướt hoặc bẩn.

3.3.7. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc con, phòng tránh chất nôn trào ngược gây sặc.

- Gia đình về tình trạng bệnh của trẻ giúp gia đình yên tâm.

BÀI 3. CHĂM SÓC TRẺ BỊ BỆNH TIÊU CHÁY

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Sau buổi học, học viên phải trình bày được:

1. Trình bày được sinh lý bệnh của tiêu chảy
2. Xác định được một trẻ bị tiêu chảy và những hậu quả của nó.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh tiêu chảy.

NỘI DUNG

1. Sinh lý bệnh: khi tác nhân gây tiêu chảy xâm nhập vào đường tiêu hóa sẽ:

Sản xuất ra các độc tố ruột kích thích tiết các chất điện giải

- Xâm lấn trực tiếp và phá hủy các tế bào biểu mô niêm mạc ruột
- Xâm nhập gây viêm tại ruột và toàn thân
- Tuy nhiên hậu quả quan trọng nhất và nặng nhất trong tiêu chảy là:
- Mất nước
- Rối loạn thăng bằng kiềm toan với xu thế toan máu
- Sốc do mất nước

2. Xác định tiêu chảy

Tiêu chảy là triệu chứng có thể xảy ra do rối loạn chức năng tiêu hóa, hấp thu và bài tiết của ống tiêu hóa. Tiêu chảy được xác định khi trẻ đi ngoài phân lỏng, nhiều nước từ 3 lần/ngày trở lên. Tuy vậy ở trẻ em do chức năng của đại tràng chưa ổn định nên có thể có một số trẻ nhỏ còn bú 2 – 3 ngày mới đi ngoài 1 lần phân rắn và một số trẻ khác thì đi ngoài từ 5 – 8 lần/ngày, mỗi lần đi ra một ít phân, mềm hoặc hơi lỏng vẫn là bình thường. Vì vậy khi muốn xác định xem trẻ có bị tiêu chảy hay không thì điều quan trọng là phải xem xét thêm các yếu tố sau:

- Tăng số lần đi ngoài đột ngột.
- Thay đổi độ đặc, rắn của phân và tăng lượng dịch trong phân.
- Thay đổi màu sắc của phân như màu phân xanh nhiều và có nhày hoặc máu. Tiêu chảy có thể xảy ra cấp tính hoặc mạn tính do viêm hoặc không do viêm.

3. Hậu quả của tiêu chảy

Các hậu quả sinh lý thay đổi phụ thuộc vào:

- Mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Thời gian tiêu chảy.
- Các triệu chứng khác phối hợp.
- Tuổi của trẻ.
- Tình trạng dinh dưỡng của trẻ trước khi bị tiêu chảy.

4. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ bị mắc bệnh tiêu chảy

4.1. Nhận định

4.1.1. Quan sát và hỏi

- Quan sát tình trạng chung.
- Đánh giá mất nước.
- Hỏi tiền sử.

- Có ăn các thức ăn mới, lạ không? Ăn phải thức ăn nhiễm khuẩn?
- Tiễn sử dị ứng với các loại thức ăn nào?
- Tiếp xúc với người bị tiêu chảy?
- Tuổi của trẻ liên quan tới tác nhân gây bệnh. Chẳng hạn như trẻ còn bú có thể bị tiêu chảy do không dung nạp hoặc dị ứng với sữa bò và các sản phẩm từ sữa bò.

- Quan sát tính chất phân, số lượng phân giúp hướng tới một số nguyên nhân nhiễm khuẩn. Chẳng hạn như phân có máu, nhày thường gấp trong lỵ trực khuẩn. Phân nước màu đục thường do Rotavirus.

- Các triệu chứng kèm theo cũng gợi ý nguyên nhân. Chẳng hạn như trong lỵ trực khuẩn thường sốt, trong lỵ amip thường không có sốt. Nôn thường hay có trong tiêu chảy do Rotavirus hoặc tả.

- Đánh giá mất nước là yếu tố quan trọng nhất và không thể thiếu được trong tiêu chảy.

4.1.2. Xác định các yếu tố nguy cơ

- Trẻ càng nhỏ càng dễ mắc bệnh và khi bị bệnh thì cũng dễ dẫn tới bệnh nặng.

- Trẻ suy dinh dưỡng hoặc trẻ bị suy nhược, suy kiệt do các bệnh khác dễ bị tiêu chảy chẳng hạn như trẻ bị suy giảm miễn dịch.

- Trẻ sống trong môi trường thiếu nước sạch hoặc thiếu hiểu biết về vệ sinh hoặc sống ở nơi đông người mà điều kiện vệ sinh kém, thiếu các phương tiện chế biến thức ăn hoặc cất giữ thức ăn hợp vệ sinh.

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ mất nước và điện giải.
- Dinh dưỡng trẻ chưa được đảm bảo.
- Nguy cơ lây lan cho cộng đồng.
- Nguy cơ loét da vùng quanh hậu môn.
- Trẻ không thoải mái, yên tâm và lo lắng.
- Gia đình trẻ thiếu kiến thức về bệnh.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Bù dịch và điện giải

Để bù lại lượng dịch đã mất và sẽ tiếp tục mất qua phân hoặc chất nôn trong quá trình tiêu chảy. Hãy cho trẻ uống ORS thường xuyên, từng ít một, ngay cả khi trẻ có nôn, bởi vì nếu nôn ít thì không phải là chống chỉ định của uống ORS.

- Truyền dịch và theo dõi truyền dịch theo y lệnh.
- Cho uống kháng sinh để điều trị tiêu chảy do nhiễm khuẩn theo y lệnh.
- Cho trẻ ăn ngay sau khi bù dịch đủ nếu trẻ ăn được bởi vì cho ăn sớm sẽ làm giảm số lần đi ngoài, trẻ mau khỏi bệnh và phòng được suy dinh dưỡng.
- Tiếp tục bú sữa mẹ hoặc uống sữa bột không có lactose.
- Ghi chép đầy đủ lượng dịch ăn, uống và số lần đi ngoài và lượng phân, số lần đi tiểu và lượng nước để đánh giá hiệu quả của các biện pháp chăm sóc.

- Theo dõi tỷ trọng nước tiểu 8 giờ/lần theo y lệnh để đánh giá hiệu quả bù dịch.
 - Cân nặng bệnh nhân hàng ngày để đánh giá mất nước.
 - Đánh giá các dấu hiệu sống: nếp véo da, tình trạng chung 4 giờ/lần hoặc theo y lệnh để đánh giá hiệu quả bù dịch.
 - Không để trẻ uống thêm nước hoa quả đóng chai sẵn hoặc các nước ngọt có đường khác vì có thể làm tăng tiêu chảy do thâm thấu.
 - Hướng dẫn gia đình cùng hợp tác trong thực hiện y lệnh điều trị và theo dõi lượng ăn uống vào, số lần đi ngoài, số lần đi tiêu.

4.3.2. Dinh dưỡng cho bệnh nhân

Khi trẻ tiêu chảy thường kém ăn hơn do đó lượng ăn và uống vào thường không đủ cho nhu cầu hàng ngày của trẻ do đó cần phải:

- Tiếp tục cho ăn.
- Ghi chép và đánh giá về ăn uống.
- Hướng dẫn gia đình chế biến và cho ăn thức ăn phù hợp.

4.3.3. Phòng chống lây lan

- Quản lý, đồ phân đúng nơi quy định.
- Giặt, khử khuẩn các loại ga, đồ vải... đúng quy định.
- Y tá rửa tay cẩn thận để chống lây nhiễm sang trẻ khác.
- Đóng bỉm, tã lót loại thấm tốt để tránh rơi vãi phân ra bệnh phòng.
- Không để trẻ chơi sờ tay vào các nơi bẩn hoặc đồ chơi đã bị bẩn.
- Dạy trẻ các biện pháp phòng chống tiêu chảy như: rửa tay sạch trước khi ăn và sau khi đi ngoài.

4.3.4. Tránh hăm loét da vùng quanh hậu môn: trẻ đi ỉa nhiều lần dễ làm hậu môn hăm, loét, trẹt và đỏ vùng da quanh hậu môn, vì vậy cần phải:

- Thay tã lót, bỉm thường xuyên để giữ vệ sinh và giữ cho da vùng hậu môn khô ráo.
- Rửa sạch hậu môn, đùi bằng xà phòng để tránh phân trẻ dính vào là tác nhân gây kích thích da.
- Bôi mỡ oxyd kẽm để tránh kích thích da.
- Nếu da bị đỏ hoặc loét trẹt thì nên để thoáng khí bất cứ lúc nào có thể được để kích thích lên da non làm chỗ loét trẹt mau lành hơn.
- Quan sát theo dõi vùng da quanh hậu môn để phát hiện các biểu hiện nhiễm trùng kèm theo như nấm chẵng hạn để báo cáo cho bác sĩ kịp thời.

4.3.5. Giúp bệnh nhân thoái mái, yên tâm và giảm lo lắng

- Giải thích rõ tình trạng bệnh và các biện pháp điều trị, chăm sóc giúp bệnh nhân và gia đình yên tâm điều trị.
- Nói chuyện, tiếp xúc với trẻ bất cứ lúc nào có thể được, giúp trẻ và gia đình yên tâm hơn và tránh được các stress.

4.3.6. Giáo dục sức khỏe

Giải thích cho gia đình biết được bệnh của trẻ, tuân thủ các biện pháp điều trị, chăm sóc và biết cách chăm sóc trẻ tại nhà bằng cách:

- Cung cấp các thông tin cần thiết giải thích cẩn kẽ lý do cần phải được thực hiện đúng các biện pháp điều trị và chăm sóc cho trẻ.
- Khuyên khích và cho phép gia đình tham gia vào các hoạt động chăm sóc trẻ nếu họ muốn và họ có thể làm được.
- Hướng dẫn cho gia đình cách phòng ngừa lây lan cho người khác và trẻ khác.
- Hướng dẫn chăm sóc trẻ tại nhà sau khi ra viện và khi nào thì cần phải đưa trẻ quay trở lại khám bệnh.

4.4. Đánh giá

- Trẻ có dấu hiệu của bù dịch đủ hay chưa.
 - Trẻ ăn được, không nôn và giữ được cân nặng.
 - Không lây bệnh cho trẻ khác và những người chăm sóc.
 - Da vùng hậu môn luôn sạch, không loét, hăm.
 - Bệnh nhân và gia đình yên tâm điều trị.
- Gia đình có khả năng chăm sóc trẻ đúng, đặc biệt là chăm sóc trẻ tại nhà.

BÀI 4. CHĂM SÓC TRẺ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Sau buổi học, học viên phải trình bày được:

1. Lập được kế hoạch chăm sóc trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.
2. Nêu được biện pháp phòng bệnh.

NỘI DUNG:

1. Nhận định: Nhằm đánh giá tình trạng bệnh nhi, phân loại theo mức độ nặng nhẹ và xử trí theo phác đồ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính theo WHO.

- *Hỏi bệnh:*

- + Trẻ bao nhiêu tuổi?
- + Trẻ có ho không? Ho bao lâu rồi?
- + Đối với trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi: hỏi trẻ có uống được không?
- + Đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi, hỏi trẻ có bú kém hoặc bỏ bú.
- + Trẻ có sốt không? Nếu có sốt từ bao giờ? có co giật không?
- + Trẻ có đau tai không? đau từ bao giờ?
- + Trẻ có chảy mủ tai không? chảy mủ bao lâu rồi?
- + Trẻ có đau họng không? đau bao lâu rồi?
- + Có cơn ngừng thở hay tím tái không?

- *Quan sát:*

+ Phát hiện dấu hiệu thở nhanh bằng cách đếm nhịp thở trong 1 phút. Đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi phải đếm 2 lần và cả 2 lần đếm đều từ 60 lần/phút trở lên mới gọi thở nhanh.

+ Quan sát xác định trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực. Khi nhận định phải đặt trẻ nằm thẳng để xác định dấu hiệu này (chú ý đối với trẻ < 2 tháng tuổi dấu hiệu rút lõm lồng ngực chỉ được ghi nhận khi có dấu hiệu rút lõm nặng).

+ Nhìn và nghe tiếng thở khò khè: thở khò khè là tiếng thở phát ra khi trẻ thở ra, phát hiện bằng cách ghé tai vào gần miệng trẻ, đồng thời quan sát thấy thì thở ra kéo dài hơn bình thường.

+ Quan sát để phát hiện dấu hiệu tím tái ở quanh môi, nếu nặng sẽ tím tái môi, lưỡi và toàn thân.

+ Tìm dấu hiệu ngủ li bì khó đánh thức.

+ Kiểm tra xem có suy dinh dưỡng nặng không, đo nhiệt độ.

+ Quan sát xem có thấy mủ tai hay không? ấn vùng sau tai xem có đau không? sờ xem hạch cổ có xung đau không?

2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ tắc nghẽn đường hô hấp.
- Theo dõi dấu hiệu khó thở, tím tái, co rút lồng ngực.
- Trẻ sốt hoặc hạ nhiệt độ.
- Thực hiện các y lệnh.
- Dinh dưỡng trẻ chưa được đảm bảo.
- Gia đình bệnh nhi thiếu kiến thức về bệnh.

3. Lập và thực hiện chăm sóc

3.1. Làm thông đường hô hấp

- Làm thông đường hô hấp bằng cách đặt trẻ ở phòng thoáng mát, đặt trẻ nằm đầu cao, kê gối dưới vai sao cho đầu hơi ngửa ra sau hoặc để bà mẹ bế thì đầu cũng phải cao hơi ngửa ra sau. Nới rộng quần áo, tã lót.

- Hút sạch mũi, họng bằng máy hút: Chú áp lực không quá 200 mmHg, đưa ống thông nhẹ nhàng vào mũi, họng để tránh xát niêm mạc mũi gây chảy máu. Nếu không có máy hút có thể hút bằng bơm tiêm hoặc quả bóp cao su.

- Cho bệnh nhi thở oxy khi thấy tím tái hoặc không uống nước được hoặc co rút lồng ngực quá nặng hoặc thở quá nhanh trên 70 lần/phút.

Liều dùng: 0,5 lít/phút đối với trẻ sơ sinh, 1 lít/phút đối với trẻ nhỏ.

3.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu khó thở, tím tái, co rút lồng ngực

Theo dõi dấu hiệu khó thở, tím tái, co rút lồng ngực. Đếm nhịp thở ghi bảng theo dõi. Tùy từng trường hợp cụ thể các dấu hiệu này cần được theo dõi 1 giờ/lần hoặc 3 – 6 giờ/lần hoặc 8 – 12 giờ/lần phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.

3.3. Chống sốt hoặc hạ nhiệt độ

- Đo nhiệt độ theo giờ/lần nếu bất thường báo bác sĩ xử trí kịp thời.

- Khi trẻ sốt không mặc nhiều quần áo, cho trẻ uống thêm nhiều nước. Khi sốt từ 38,5°C trở lên mới dùng paracetamol để hạ nhiệt. Khi trẻ hạ nhiệt dưới 36°C phải ủ ấm ngay.

3.4. Thực hiện các y lệnh

- Thực hiện các y lệnh tiêm thuốc, uống thuốc và trợ giúp bác sĩ làm thủ thuật như chọc dò màng phổi, đặt ống nội khí quản...

- Đưa bệnh nhi đi chụp X quang phổi, xét nghiệm máu lấy bệnh phẩm cấy dịch ty hầu hoặc dịch phế quản khi cần thiết.

3.5. Chế độ ăn lỏng, nhiều bữa, tăng cường bú mẹ, uống đủ nước

- Tiếp tục cho trẻ bú mẹ, nếu trẻ còn ở tuổi bú mẹ. Nếu trẻ không bú được phải hướng dẫn bà mẹ vắt sữa ra cho trẻ uống từng thia một.

- Động viên trẻ ăn ít một, làm nhiều bữa, thức ăn lỏng dễ tiêu hóa.

- Cho trẻ uống bằng nước hoa quả ép hoặc nước đun sôi để nguội.

3.6. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn bà mẹ biết cách chăm sóc con mình khi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính

- Hướng dẫn bà mẹ tự chế thuốc ho dân tộc để chữa ho.

- Làm khô tai bằng giấy thấm sâu kén: Cách làm: dùng giấy thấm quần sâu kén sau đó đặt vào lỗ tai trẻ, để yên cho mủ hoặc dịch thấm vào giấy rồi mới rút ra. Tiếp tục làm như vậy cho đến khi nào rút sâu kén cuối cùng ra thấy khô. Mỗi ngày làm khô tai ít nhất 3 lần.

Làm thông thoáng mũi giấy thấm quần sâu kén như trên để đặt vào mũi

hoặc hút mũi bằng miệng. Trong trường hợp dịch mũi khô thì nhỏ nước muối sinh lý vào để làm loãng dịch mũi ra. Không được nhỏ các thuốc co mạch vào mũi.

Hướng dẫn cho các bà mẹ cách theo dõi, phát hiện các dấu hiệu quan trọng nhất để bà mẹ có thể phát hiện được và đưa trẻ đến khám lại thấy một trong các dấu hiệu sau:

- Đối với trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi:

+ Nhịp thở nhanh hơn.

+ Khó thở hơn.

+ Không uống được.

- Cách chăm sóc tại nhà:

+ Cho trẻ ăn ngon hơn khi bệnh.

+ Cho trẻ tăng thêm khi khỏi bệnh.

+ Uống đủ nước.

+ Bú mẹ nhiều lần hơn.

+ Dùng thuốc ho dân tộc như hoa hồng hấp mật ong, nước gừng...

- Đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi đến khám lại nếu thấy một trong các dấu hiệu sau:

+ Nhịp thở nhanh hơn.

+ Khó thở hơn.

+ Bú kém.

+ Trẻ mệt nặng hơn.

- Chăm sóc tại nhà cần chú ý:

+ Giữ ấm cho trẻ.

+ Cho bú thường xuyên hơn.

+ Làm thông thoáng mũi khi có cảm trở bú.

BÀI 5. CHĂM SÓC TRẺ SUY DINH DƯỠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học song học sinh phải có khả năng

1. Trình bày nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng
2. Phân loại và nhận biết được các triệu chứng của từng loại suy dinh dưỡng
3. Lập được kế hoạch chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng.
2. Nêu được biện pháp phòng ngừa suy dinh dưỡng.

NỘI DUNG:

1. Nguyên nhân

1.1. Nuôi dưỡng kém

- Mẹ không có sữa hoặc thiếu sữa mẹ phải nuôi nhân tạo không đúng phương pháp
 - Cho trẻ ăn nước cháo, ăn bột quá sờm hoặc quá muộn
 - Cho ăn không đủ chất dinh dưỡng
 - Cai sữa quá sờm

1.2. Nhiễm trùng: Trẻ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn như sởi, ly, ho gà, tiêu chảy, nhiễm lao, nhiễm giun sán, viêm phổi... Các nhiễm khuẩn từng đợt làm cơ thể trẻ suy yếu, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa kéo dài và đưa đến suy dinh dưỡng. Khi cơ thể trẻ suy dinh dưỡng lại tạo điều kiện tốt cho các bệnh nhiễm trùng phát triển tạo nên một vòng xoắn bệnh lý

1.3. Các yếu tố nguy cơ

- Những trẻ đẻ non, đẻ thấp cân
- Trẻ bị các dị tật bẩm sinh như tim bẩm sinh, não bẩm sinh, hở hàm ếch, phì đại mông vị, phình đại tràng... đều có thể dẫn đến suy dinh dưỡng.
- Trẻ sống trong gia đình đông con
- Trẻ sống trong các gia đình kinh tế thấp
- Trẻ sống ở nơi có các dịch vụ y tế kém

2. Phân loại suy dinh dưỡng

2.1. Phân loại theo mức độ: theo tổ chức y tế thế giới năm 1981 đánh giá suy dinh dưỡng dựa vào cân nặng theo tuổi

- Suy dinh dưỡng độ 1: cân nặng còn 70 – 80% so với cân nặng của trẻ bình thường
- Suy dinh dưỡng độ 2: cân nặng còn 60 – 70% so với cân nặng của trẻ bình thường
- Suy dinh dưỡng độ 3: cân nặng còn dưới 60% so với cân nặng của trẻ bình thường

2.2. Phân loại theo Waterlow(1976)

Tác giả phân loại ra làm ba thể gầy mòn, còi cọc và kết hợp gầy mòn với còi cọc dựa vào so sánh cân nặng với chiều cao so với tuổi

		Cân nặng so với chiều cao	
Chiều cao so với tuổi	Trên 90%	Trên 80%	Dưới 80%
	Dưới 90%	Bình thường	Gầy mòn
		Còi cọc	Gầy mòn + còi cọc

Bảng cân nặng so với chiều cao và chiều cao theo tuổi

- Gầy mòn: biểu hiện tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính
- Còi cọc: biểu hiện tình trạng suy dinh dưỡng trong quá khứ
- Gầy mòn và còi cọc: suy dinh dưỡng mạn tính

2.3. Phân loại theo các thể suy dinh dưỡng theo Wellcome(1970)

Tác giả phân loại dựa vào tỷ lệ phần trăm cân nặng so với tuổi phối hợp với triệu chứng phù theo bảng

Tỷ lệ % cân nặng theo tuổi	Phù	
	Có	Không
60 – 80%	Kwashiorkor	Suy dinh dưỡng I, II
60%	Marasmus - Kwashiorkor	Marasmus

Bảng đánh giá cân nặng theo tuổi phối hợp với triệu chứng phù

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Suy dinh dưỡng nhẹ

- Cân nặng còn 70 – 80% so với cân nặng bình thường của trẻ theo tuổi
- Lớp mỡ dưới da bụng mỏng
- Trẻ còn thèm ăn và chưa có biểu hiện rối loạn tiêu hóa

3.2. Suy dinh dưỡng vừa

- Cân nặng còn 60 – 70% so với cân nặng bình thường của trẻ theo tuổi
- Mất lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi
- Rối loạn tiêu hóa từng đợt
- Trẻ có thể biếng ăn

3.3. Suy dinh dưỡng nặng

- Thể teo đét(Marasmus)
- + Cân nặng còn 60 – 70% so với cân nặng bình thường của trẻ theo tuổi

- + Trẻ gầy đét, da bọc xương, vể mặt như cụ già do mất toàn bộ lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi và má
- + Cơ nhẽo, làm ảnh hưởng tới sự phát triển vận động của trẻ
- + Tinh thần mệt mỏi, ít phản ứng với ngoại cảnh, trẻ hay quấy khóc, không chịu chơi
- + Trẻ có thể thèm ăn hoặc kém ăn, thường xuyên rối loạn tiêu hóa, ỉa lỏng, phân sống
- + Gan hơi to hoặc bình thường
- Thể phù(Kwashiorkor)
 - + Cân nặng còn 60 – 80% so với cân nặng bình thường theo tuổi
 - + Trẻ phù từ chân đến mặt rồi phù toàn thân, phù trắng, mềm ấn lõm
 - + Cơ nhẽo đôi khi bị che lấp do phù
 - + Da khô, trên da có thể xuất hiện những mảng sắc tố ở bẹn, đùi, tay, lúc đầu là những chấm đỏ rải rác lan dần rồi tụ lại thành những đám màu sẫm, vài ngày sau bong da để lại lớp da non, rỉ nước và dễ bị nhiễm khuẩn
 - + Tóc thưa, dễ rụng có màu hung đỏ, móng tay mềm, dễ gãy
 - + Trẻ kém ăn, nôn trớ, ỉa lỏng đôi khi có nhầy mỡ
 - + Trẻ hay quấy khóc, kém vận động
 - + Gan thường to do thoái hóa mỡ
- Thể phổi hợp (Marasmus – Kwashiorkor): trẻ có cả các triệu chứng của hai thể trên
- Các triệu chứng kèm theo: Trong suy dinh dưỡng nặng ở cả ba thể người bệnh thường có các biểu hiện thiếu máu, thiếu các loại vitamin, trong đó đặc biệt là thiếu vitaminA có thể dẫn đến khô mắt gây mù lòa vĩnh viễn

4. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng.

4.1. Nhận định:

- *Hồi diễn biến bệnh(bệnh sử)*
- *Hồi tiền sử:* bệnh tật, sản khoa, nuôi dưỡng: thời gian bú mẹ, cai sữa, ăn sam, tiêm chủng, phát triển thể chất, vận động.
- *Quan sát: phát hiện các dấu hiệu của thiếu máu*
 - + Da, niêm mạc, dấu hiệu bàn tay nhợt, rất nhợt
 - *Khám thực thể:* + Cân trọng lượng, đo chiều cao, vòng ngực, vòng cánh tay...vv
 - + Đo lớp mỡ dưới da
 - + Phát hiện phù, mảng sắc tố
 - + Phát hiện triệu chứng các bệnh kèm theo
 - * *Iả chảy :* phát hiện dấu hiệu mất nước
 - * *Viêm phổi :* phát hiện dấu hiệu thở nhanh, sốt, rút lõm lòng ngực
 - + Xem các xét nghiệm: công thức
 - + Tìm dấu hiệu phù hai bàn chân
 - + Phát hiện các dấu hiệu của thiếu các loại vitamin A ,D...vv
 - + Phát hiện các triệu chứng khi trẻ hạ đường huyết

+ Phát hiện các dấu hiệu của các cơ

4.2 Vấn đề cần chăm sóc.

Dựa vào các thông tin thu thập được qua phản nhận định, đây là một số vấn đề cần chăm sóc có thể có ở trẻ suy dinh dưỡng

- Phù (do giảm protid máu)
- Sốt (do nhiễm khuẩn)
- Hạ thân nhiệt
- Co giật (do hạ đường huyết, hạ thân nhiệt)
- Giảm trương lực cơ
- Nguy cơ nhiễm khuẩn
- Nguy cơ mất nước điện giải

4.3 Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

Tuỳ vào bệnh nhân cụ thể trên lâm sàng

- Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng vừa và nhẹ có thể hướng dẫn điều trị tại nhà bằng

+ Điều chỉnh chế độ ăn:

- * Nếu trẻ không ăn được phải cho ăn nhiều bữa trong ngày.
- * Trẻ đang bú vẫn tiếp tục cho bú.
- * Các bữa bột cháo phải nấu lần với thịt, cá, trứng hoặc đậu đỗ chú ý cho thêm rau xanh và dầu mỡ.

+ Kiểm tra các bệnh nhiễm khuẩn, biết cách chăm sóc bệnh nhiễm khuẩn thông thường viêm phổi, ỉa chảy.

* Nếu trẻ bị tiêu chảy phải được đánh giá các dấu hiệu mất nước phân loại. Bù dịch bằng ORS hoặc dịch truyền (Xem bài CS trẻ tiêu chảy)

Nếu trẻ bị viêm phổi phải được điều trị kháng sinh và điều trị triệu chứng như sốt ho...

- Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng nặng phải coi đó là bệnh cấp cứu, điều trị tại bệnh viện

+ Bồi phụ nước điện giải bằng ORS hoặc lactat ringer.

+ Nuôi dưỡng:

* Ăn nhiều bữa. Nếu trẻ không ăn được phải cho ăn qua sonde, hoặc nhổ giọt dạ dày .

* Tăng dần calo: thức ăn được tính cho đủ calo tăng dần từ 80- 200 calo/kg/ ngày. Khi ổn định thì giảm xuống 120 calo/ ngày. Thành phần bữa ăn được tính theo ô vuông thức ăn. Đạm tăng dần từ 2g/kg/ ngày đến 5- 7 g/ kg/ ngày. Khi bệnh ổn định giảm dần xuống 3- 4 g/ kg/ngày. Chủ yếu cho ăn đạm động vật từ trứng, sữa tôm cá...

+ Chống hạ đường huyết: hạ đường huyết có thể xảy ra sau 4-6 giờ không ăn. nhẹ có thể cho uống nước đường, sữa. Nặng truyền đường glucoze 20-30%

+ Chống hạ thân nhiệt: hạ thân nhiệt thường đi kèm với hạ huyết áp xảy

ra về đêm, do đó cần cho trẻ ngủ gần mẹ và chuẩn bị những phương tiện phù hợp để tránh hạ thân nhiệt cho trẻ

- Phòng nguy cơ thiếu vitamin

+ Trẻ >1 tuổi ngày thứ nhất 200.000đv, ngày thứ hai 200.00đv, sau hai tuần 200.000đv

+ Trẻ <1 tuổi liều vitamin A = 1/2 liều trên, nếu trẻ bị tiêu chảy hay nôn cho liều vitamin A = 1/2 liều uống, đường tiêm, muối kali 1g/24 giờ trong 2 tuần.

- Dùng thêm các vitamin A, nhóm B, C, K

- Chống thiếu máu, viên sắt 0,05g x 1-2 viên trong ba tháng.

- Cân trẻ hàng ngày.

- Đo vòng cánh tay, đo lớp mỡ dưới da, chiều cao hàng tuần để đánh giá mức độ suy dinh dưỡng.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ngày 3 lần. Trong trường hợp nặng theo dõi 3 giờ / lần để có thái độ xử trí kịp thời.

- Để trẻ ở phòng có nhiệt độ ấm 20- 28°C, cách ly trẻ suy dinh dưỡng nặng tránh nhiễm khuẩn chéo.

- Vệ sinh răng miệng sau mỗi lần ăn uống. Nếu có tua miệng bôi Glycerin borat 1% hoặc Nystatin.

- Vệ sinh chăm sóc da: hàng ngày tắm nước ấm. Nếu có các mảng sắc tố hoặc da bị lở loét cần bôi các dung dịch sát khuẩn như: Xanh methylen, tím gentian hoặc bôi mỡ kháng sinh. Các vùng nách, bẹn, mông phải được rửa sạch sau đó thấm khô, rắc bột tal.

- Thê dục trị liệu xoa bóp tay chân, toàn thân cho trẻ ngày 3 lần. Trẻ nằm lâu trở mình thường xuyên tránh loét.

- Nếu có tổn thương ở mắt nhỏ Chloramphenicol 0.4%

5. Phòng bệnh:

- Chăm sóc và quản lý thai nghén.

- Giáo dục nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn sam khoa học

- Giám sát cân nặng của trẻ trên biểu đồ tăng trưởng.

- Thực hiện tiêm chủng đúng lịch.

- Phát hiện và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn

- Thực hiện sinh con có kế hoạch

BÀI 6. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Lập được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh

NỘI DUNG:

1. Nhận định:

Hỏi và quan sát:

- Cân nặng lúc đẻ của trẻ là bao nhiêu
- Quan sát phát hiện các đặc điểm hình thể của một trẻ đẻ non chú ý cần phân biệt với trẻ đẻ tháng nhưng có cân nặng lúc đẻ thấp dưới 2500g, các trẻ này da thường nhăn nheo, thanh hình gầy gò.
- Trẻ sơ sinh đẻ non có nguy cơ bị ngạt cao. Vì vậy điều quan trọng là phát hiện tình trạng ngạt sau đẻ. Đánh giá bằng chỉ số Apgar.

CHỈ SỐ APGAR

Điểm	0	1	2
Triệu chứng			
Nhip tim	0	Dưới 100	100 trở lên
Nhip thở	0	Chậm, không đều	Khóc, bình thường
Màu da	Xanh tái	Tím đầu chi	Hồng hào
Trương lực cơ	Rất giảm, Mềm dẻo	Giảm, đầu chi hơi gấp	Bình thường, Cử động các chi tốt
Phản ứng, khi đưa catheter vào mũi	0	Nhăn mặt	Ho, hắt hơi

Đánh giá tại thời điểm sau 1 phút và 5 phút sau đẻ. Nếu điểm Apgar dưới 4 là ngạt rất nặng.

2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ ngạt sau đẻ
- Nguy cơ hít phải các chất đờm dài sau đẻ.
- Nguy cơ suy hô hấp
- Nguy cơ hạ nhiệt độ
- Dinh dưỡng kém
- Nguy cơ nhiễm trùng
- Các chăm sóc thường ngày như trẻ sơ sinh đẻ thường ngày khác.

3. Lập và thực hiện chăm sóc

3.1. Biện pháp hồi sinh sau đẻ và xử trí suy hô hấp

- Hút đờm dài: bằng máy hút dịch hoặc máy hút đạp chân hoặc quả bóp cao su hoặc bằng xilanh.

- Thở oxygen: qua catheter mũi hoặc qua Mák
- Hô hấp nhân tạo: bằng phương pháp miệng – miệng hoặc bóp bong

Ambu

- Ép tim ngoài lồng ngực
- Xử trí và điều trị dựa theo chỉ số Apgar

XỬ TRÍ NGẠT DỰA THEO CHỈ SỐ APGAR

Điểm Apgar	Xử trí
8	Hút sạch dịch mũi họng miệng
7 – 5	Kích thích bằng cách vỗ nhẹ vào chân hoặc lay lung trê Thở oxy qua Mask
4 – 3	Thở oxy qua Mask Đặt nội khí quản bóp bong hoặc thở máy Truyền TM natribicarbonat 7% 5ml Glucose 10% 5ml. Tốc độ 1ml/phút Hydrocortison 10 – 15mg/kg hoặc dexamethason 2-4mg + glucose 5% 5ml TM 1ml/phút
2-0	Ép tim ngoài lồng ngực Adrenalin 1/1000, 0,05ml hoặc Isoproterenol 4mg + glucose 5% 5ml TM 1ml/phút

3.2. Chống hạ nhiệt độ bằng cách

- Quần tã lót cho trẻ đủ ấm, đội mũ
- Đặt trẻ nằm nghiêng cạnh mẹ
- Sử dụng dụng cụ sưởi ấm căn phòng như lò sưởi, đèn hoặc điều hòa nhiệt độ, đặt trẻ vào lồng ấp.
- Ủ ấm bằng túi nước nóng
- Nghiệm pháp Kangaroo: đặt trẻ lên ngực mẹ, da của trẻ tiếp xúc trực tiếp với da ngực mẹ, đầu trẻ gói giữa hai vú mẹ, sau đó mẹ mặc áo, chùm lên trẻ và đắp chăn bên ngoài

* Chăm sóc trong lồng ấp hiện đại:

Các lồng ấp hiện đại đặc biệt tốt cho các trẻ đẻ non với điều kiện cần phải đảm bảo tốt chế độ vô khuẩn để chống lây chéo trong bệnh viện.

- Giữ được nhiệt độ cơ thể trẻ tương đối hàng định nhờ duy trì được nhiệt độ và độ ẩm thích hợp trong môi trường lồng ấp.
- Giảm nhiễm khuẩn không khí nếu được khử khuẩn, làm sạch cẩn thận.
- Đặt các thông số về nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ lưu chuyển dòng khí. Nhiệt độ thích hợp nhất làm cho trẻ giảm tối đa sự mất nhiệt, tiêu thụ oxygen cho trẻ khi không mặc quần áo mà vẫn duy trì được nhiệt độ cơ thể ở mức $36^05 - 37^0C$. Nói chung càng non tháng, càng ít cân và ít ngày tuổi thì nhiệt độ càng đặt cao hơn các trẻ có tuổi thai, cân nặng cao hơn và nhiều ngày tuổi hơn

- Cũng có thể bổ sung thêm một đèn sưởi ấm và mặc quần áo, quần tã lót cho trẻ quá non để giữ ấm cho trẻ.

- Độ ẩm nên đặt duy trì ở mức thấp nhất là 40 – 60%. Trong trường hợp trẻ đẻ quá non và cân nặng rất thấp phải đặt độ ẩm cao tới 90% hoặc hơn nữa để tránh mất nước do bay hơi.

3.3. Nuôi dưỡng

- Đảm bảo đủ sữa

+ Cho bú ngay sau đẻ, càng sớm càng tốt, giúp mẹ nhanh xuống sữa và nhanh co hồi tử cung

+ Nếu trẻ không tự bú được do quá yếu, phản xạ mút vú kém, hãy vắt sữa ra cho ăn từng thia một

+ Nếu trẻ không nuốt được, do đầu vú của mẹ bị tét hãy hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa và xử trí tắc tia sữa

- Cách tính tổng lượng sữa và dịch

+ Ngày đầu tiên cho ăn không quá 60ml/kg/ngày

+ Lượng sữa tăng lên mỗi ngày trong tuần không quá 20ml/ngày

+ Từ tuần thứ 2, nếu có thể được thì lượng sữa có thể tăng lên tới 150ml/kg/ngày

+ Từ tuần thứ 3, nếu có thể được thì lượng sữa có thể tăng lên tới 180ml/kg/ngày

+ Chia tổng số lượng sữa này thành 8 – 10 bữa, mỗi bữa cách nhau 2 – 3 giờ.

- Hướng dẫn bà mẹ vắt sữa

+ Rửa tay sạch trước khi vắt sữa

+ Chọn một cốc, ca, bát có miệng đủ rộng. Rửa sạch ca, cốc hoặc bát sau đó đổ nước sôi vào và ngâm trong vài phút

+ Bà mẹ ngồi tư thế thoải mái đặt ca, cốc hoặc bát cạnh đầu vú

+ Dùng cả bàn tay vuốt và đè ép nhẹ nhàng từ trên bầu vú xuống núm vú

+ Đặt ngón tay trỏ và ngón cái vào hai bên quầng đen của vú sau đó bóp và thả ra từng đợt cho sữa chảy ra đều thành tia

+ Vắt sữa một bên ít nhất 2 – 4 phút cho đến khi dòng sữa chảy ra chậm thì chuyển sang vắt sữa ở vú bên kia. Cứ làm như vậy cho đến khi hết sữa ở cả hai vú.

+ Lúc đầu thời gian một lần vắt sữa có thể mất khoảng 20 – 30 phút đặc biệt trong những ngày đầu sau đẻ vì lúc đấy chỉ có một ít sữa non hoặc sữa thường. Dần dần bà mẹ rút ngắn thời gian vắt sữa này lại

+ Ít nhất cứ 3 giờ cần vắt sữa một lần kể cả ban đêm để bảo vệ và duy trì nguồn sữa mẹ

- Cách cho trẻ ăn bằng thia và cốc

+ Bé trẻ ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm nửa ngồi trên lòng mẹ

+ Đặt thia sữa hoặc cốc nhỏ nhẹ nhàng vào môi dưới của trẻ

+ Chờ cho trẻ mở miệng, hơi nghiêng thia hoặc cốc để cho môi và lưỡi

trẻ tự hớp sữa chứ không đổ thẳng sữa vào miệng trẻ

+ Thời gian cho trẻ ăn bằng thìa và cốc có thể mất khoảng 15 – 20 phút

+ Khi trẻ ăn no sẽ tự quay đầu đi và không muốn nuốt nữa nên dùn một ít sữa ra miệng thì ngừng lại không cho trẻ ăn nữa

+ Ghi lại lượng sữa trẻ đã ăn trong mỗi bữa để sau đó tính tổng lượng sữa trẻ ăn được trong 24 giờ. Nếu lượng sữa trong ngày trẻ ăn được quá ít q thì chuyển sang cho ăn bằng ống thông

- Cách cho trẻ ăn bằng ống thông

+ Dùng ống thông nhỏ số 5 hoặc số 6, phù hợp với trẻ

+ Đặt ống thông qua đường miệng tốt hơn đặt qua đường mũi vì trẻ thường thở bằng mũi

+ Bơm lượng sữa đã được chỉ định cho trẻ từ sau khi đã kiểm tra chính xác đầu ống thông nằm đúng trong dạ dày của trẻ

+ Lưu ống thông 24 giờ bằng cách cố định ống thông vào một bên má và dùng loại băng dính không làm tổn thương da của trẻ.

+ Trước khi cho ăn bữa sau, phải hút thử dịch dạ dày nếu chỉ thấy khí và dịch dạ dày thì bơm lượng sữa đã định cho ăn còn nếu hút được quá 10% lượng sữa của bữa trước thì phải giảm lượng sữa của bữa ăn này đi

- Cung cấp vitamin và các chất khoáng cho trẻ

+ Trong điều kiện nước ta hiện nay chưa có loại sữa dành riêng cho trẻ đẻ non thì sữa mẹ vẫn là tốt nhất đối với các trẻ này. Nhưng nếu có điều kiện thì nên cho trẻ ăn sữa bổ sung thêm một số thành phần dinh dưỡng khác, cho dù với nhu cầu của trẻ đẻ non. Một trong các loại sữa này là Similac 13, tốt cho các trẻ đẻ dưới 1500g. Nhưng cũng không được cho ăn sữa này kéo dài. Chỉ cho ăn tại bệnh viện hoặc khi trẻ đạt được 2500 – 3000g thôi

+ Tiêm bắp vitamin k 0,5g – 1mg 1 lần trong ngày đầu sau đẻ một liều duy nhất hoặc cho uống vitamin K 2mg ngay sau đẻ sau đó cho trẻ uống nhắc lại 2 liều nữa, 1 liều vào lúc trẻ được 1- 2 tuần và 1 liều vào lúc trẻ được 4 tuần

+ Từ tuần thứ 3 – 4 cho uống vitamin D 400 – 1000đv/ngày

+ Vitamin B1 0,01g 1 viên, vitamin C 0,1g/viên/ngày trong 1 tháng

+ Với trẻ < 1000g sữa mẹ thường không đủ lượng calci, phosphor, natri và protein cho nhu cầu phát triển của trẻ này. Do vậy cần bổ sung thêm các chất đó vào trong sữa mẹ nếu có thể được có thể dùng loại sữa đặc biệt giành riêng cho trẻ đẻ non. Nếu dùng loại sữa này chỉ cần dùng trong thời gian nằm viện hoặc khi tuổi thai xấp xỉ 34 – 36 tuần chứ không được dùng kéo dài hơn vì có thể làm tăng calci và vitamin D trong sữa này rất cao

+ Mặc dù vẫn có một lượng vitamin trong sữa nhưng vẫn không đủ cho nhu cầu của trẻ vì vậy cần bổ sung thêm vitamin C, D, E, acid folic, K, Fe

- Lượng vitamin D không quá 1500đv/ngày

- Ngừng bổ sung vitamin E khi cân nặng của trẻ tăng gấp đôi

- Dùng Fe 2mg/kg/24giờ cùng với erythropoietin

4. Đánh giá

-
- Dựa vào chỉ số Apgar có tiền bộ nén hay không?
 - Các dấu hiệu sinh tồn có trở lại bình thường và ổn định không
 - Trẻ bú có tốt không
 - Trẻ có lên cân không, cân nặng hàng ngày bao nhiêu

BÀI 7. CHĂM SÓC BỆNH THIẾU VITAMINE A

MỤC TIÊU:

- Trình bày được vai trò của vitamin A trong cơ thể và các nguyên nhân gây thiếu vitamin A.
- Kể được đúng 6 biểu hiện lâm sàng theo các giai đoạn của bệnh thiếu vitamin A.
- Lập kế hoạch chăm sóc và phòng ngừa bệnh thiếu vitamin A.

NỘI DUNG:

Thiếu vitamin A là một trong những bệnh thiếu dinh dưỡng thường gặp, là nguyên nhân chính gây bệnh mù loà cho trẻ nhỏ nhất là trẻ dưới 5 tuổi. Trong những năm gần đây, nhờ chương trình chống thiếu vitamin A quốc gia nên tỉ lệ mắc bệnh đã giảm đáng kể. Tuy nhiên qua kết quả điều tra của 20 tỉnh thành phố cho thấy:

- Tỉ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị mắc bệnh là 0,7% trong số đó có tổn thương giác mạc là 0,07%.
- Mù do khô mắt chiếm 0,05% trẻ dưới 5 tuổi là một trong những nguyên nhân chính gây mù loà ở trẻ em.
- Bệnh đang lưu hành ở tất cả địa phương.

1. VAI TRÒ CỦA VITAMIN A TRONG CƠ THỂ:

1.1. Đặc tính:

- + Vitamin A có tên khoa học là Retinol
- + Có nhiều nhất trong thức ăn động vật: gan cá thu, sữa, trứng.
- + Trong thực vật có dạng pro vitamin A là β caroten như: các loại rau, trái cây có màu vàng, da cam, xanh đậm (crot, đu đủ, rau dền, rau ngót...).
- + Hấp thu nhò tan trong chất béo, không tan trong nước.
- + Được tích luỹ trong gan.

1.2. Vai trò của vitamin A.

- + Ở mắt: tái tạo biểu mô, bảo vệ sự toàn vẹn của giác mạc, cấu tạo sắc tố thị giác.
 - + Da: Thiếu vitamin A làm cho lớp thượng bì của các cơ quan dễ bị sưng hoá, bong tróc làm phá vỡ hàng rào bảo vệ, tạo điều kiện nhiễm trùng tại chỗ
 - + Tăng trưởng: Giúp tăng cân, phát triển chiều cao, tăng chuyển hóa các chất và giúp quá trình biệt hoá tế bào.
- + Vitamin A và hệ thống miễn dịch: Vitamin A có ảnh hưởng đến tế bào miễn dịch như: lympho T và B, bạch cầu đa nhân trung tính cả về số lượng và chất lượng.
- + Chống thoái hoá tế bào và nhiễm trùng

1.3. Nguyên nhân gây thiếu vitamin A:

- + Chế độ ăn thiếu vitamin A gấp ở trẻ ăn kiêng quá mức.
- + Suy dinh dưỡng: do giảm đạm và lipid nên giảm chuyển hóa vitamin A
- + Rối loạn hấp thu: tiêu hoá, hội chứng kém hấp thu.

- + Bệnh lý gan mật: suy gan, tắc mật.
- + Tăng nhu cầu chuyển hóa vitamin A: trong sởi, thuỷ đậu, lao...
- + Các bà mẹ cito vitamin A trong máu thấp dưới $1,05 \mu\text{mol/l}$.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:

2.1. Quáng gà (XN)

- + Là biểu hiện sớm nhất của bệnh khô mắt do thiếu vitamin A.
- + Là hiện tượng giảm thị lực khi thiếu ánh sáng.
- + Các biểu hiện trên sẽ mất đi khi điều trị bằng vitamin A liều cao sau 2-3 ngày.

2.2. Khô kết mạc: (X1A).

- + Là tổn thương đặc hiệu do thiếu vitamin A gây biến đổi thực thể sớm nhất ở phần trước giác mạc nhản cầu.
- + Kết mạc xù xì, có màu vàng như sáp ong, nhăn nheo, mất sắc bóng.

2.3. Vết Bilot: (X1B)

Là những tế bào kết mạc bị khô, dày lên thành từng đám bong vẩy. Vết Bilot bao giờ cũng gấp ở kết mạc nhản cầu sát bìa, thường có hình tam giác đáy quay về rìa kết mạc.

2.4. Khô mờ giác mạc: (X2).

- + Giác mạc trở nên sần sùi, mất nhẵn bóng, nhu mô bị thâm nhiễm tế bào viêm làm giác mạc bị đục, lúc đầu thường ở nửa dưới giác mạc.
- + Nếu bị bội nhiễm thì có mủ tiền phòng.

2.5. Loét nhuyễn giác mạc: (X3A).

- + Là tổn thương không hồi phục của giác mạc, để lại sẹo giác mạc và gây giảm thị lực.

Nếu loét sâu có thể thủng giác mạc, phòi móng mắt và sau đó là dính móng mắt.

2.6. Hoại tử toàn bộ giác mạc: (X3B).

Nếu loét nhuyễn chiếm lớn hơn $1/3$ bề mặt giác mạc gây hoại tử toàn bộ giác mạc thì có thể phòi cả móng mắt và dịch kính ra ngoài.

2.7. Sẹo giác mạc sau khô mắt; (XS)

- + Là di chứng của loét giác mạc.
- + Hình thái sẹo rất khác nhau, có tân mạch nồng hay sâu, có khi sẹo dùm, teo nhản cầu

2.8. Biểu hiện tổn thương đáy mắt do thiếu vitamin A.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Cần sự phối hợp của nhiều ban ngành đoàn thể giáo dục dinh dưỡng cho các bà mẹ về nuôi con theo khoa học.

- Nuôi con bằng sữa mẹ, ăn dặm đúng cách và cần lưu ý những thức ăn giàu vitamin A có bổ sung chất béo để giúp hấp thu tốt vitamin A.
- Cho trẻ đi tiêm chủng đúng lịch để phòng ngừa các bệnh nhiễm khuẩn.
- Đối với trẻ có yếu tố nguy cơ cao cần cho uống liều phòng ngừa mỗi 6 tháng

3.2. Uống vitamin A liều tấn công

* Chỉ định:

- Thiếu vitamin A biểu hiện ở mắt từ mức độ nhẹ đến mức độ nặng (XN→XF).
- Suy dinh dưỡng nặng.
- Nhiễm trùng tái phát ở hệ hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu và ở ngoài da.
- Sau khi trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn làm suy giảm miễn dịch của cơ thể: sởi, ho gà, lao...

* Cách sử dụng:

- Trẻ dưới 1 tuổi:

- * Liều thứ nhất: Uống 100.000 đơn vị ngay khi trẻ mới nhập viện.
- * Liều thứ hai: Uống 100.000 đơn vị ngày thứ 2 sau khi trẻ nhập viện
- * Liều thứ ba: Uống 100.000 đơn vị cách liều 2 từ 10 đến 14 ngày

- Trẻ trên 1 tuổi: Uống vitamin A tổng liều 600.000UI chia 3 lần, mỗi lần 200.000UI uống vào các ngày như trên.

4. PHÒNG NGỪA:

- Thực hiện tốt việc nuôi con bằng sữa mẹ vì trong sữa mẹ giàu vitamin

A.

- Phòng các bệnh nhiễm trùng bằng cách đưa trẻ đi tiêm chủng đúng lịch.
- 6 tháng 1 lần đưa trẻ đi uống vitamin A phòng bệnh như sau:
 - + Trẻ dưới 6 tháng đặc biệt trẻ không uống sữa mẹ: 50.000UI
 - + Trẻ từ 6 đến 12 tháng: 100.000UI
 - + Trẻ trên 12 tháng: 200.000UI mỗi 6 tháng.

5. QUY TRÌNH CHĂM SÓC:

5.1. Nhận định:

Hỏi

Khai thác tiền sử:

- Chế độ ăn: có kiêng khem quá mức không?
- Mắc các bệnh gây rối loạn hấp thu vitamin A: tiêu chảy, suy gan, tắc mật...

- Trẻ có bị suy dinh dưỡng?

- Trẻ bú mẹ hay ăn sữa nhân tạo?

Quan sát:

- Biểu hiện quáng gà: giảm thị lực, hạn chế đi lại khi trời chập choạng tối.
- Trẻ nhỏ: không tìm được đồ chơi...
- Trẻ lớn: hay vấp ngã...

Khám: phát hiện

- Khô két mạc
- Khô mờ giác mạc
- Hoại tử toàn bộ giác mạc...

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc:

- Dinh dưỡng kém

- Thiếu vitamin A
- Nguy cơ bị nhiễm khuẩn
- Tăng cường vitamin A trong một số thực phẩm
- Bà mẹ thiếu kiến thức về bệnh

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Cải thiện dinh dưỡng

- Đối với trẻ còn bú: cần khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ vì sữa mẹ là nguồn cung cấp vitamin A tốt nhất ở lứa tuổi này.
- Đối với trẻ lớn hơn:
 - + Tăng cường chế độ ăn hàng ngày có đủ vitamin A và carotene cụ thể là chế độ ăn có đủ thịt, cá, trứng
 - + Cũng cần ăn đủ dầu, mỡ để tạo điều kiện cho vitamin A dễ được hấp thu vào cơ thể
 - + Ăn thêm các loại rau như: rau muống, xà lách, rau diếp, rau đền, rau ngót và các loại củ quả như cà rốt, gác, đu đủ, xoài là các loại rau quả có nhiều carotene

5.3.2. Bổ sung viên nang vitamin A liều cao

- Đối với trẻ 6 – 36 tháng tuổi: mỗi năm 2 lần uống vitamin A cách nhau 6 tháng
 - Đối với trẻ dưới 12 tháng tuổi: cho trẻ uống nửa viên loại 200.000 UI vitamin A (tương đương với 2 giọt)
 - Đối với trẻ từ 12 tháng tuổi trở lên: cho trẻ uống 1 viên loại 200.000 UI vitamin A

Chú ý: đối với tất cả các trẻ dưới 5 tuổi khi bị mắc một trong các bệnh như: tiêu chảy, viêm đường hô hấp kéo dài, sởi được uống dự phòng 1 liều theo tuổi

Cách cho trẻ uống viên nang vitamin A:

- Trẻ < 2 tuổi:
 - + Dùng hai ngón tay vê nhẹ viên nang cho mềm
 - + Dùng kim tiêm chọc thủng viên nang và bóp dịch bên trong vào miệng
 - + Sau cùng cho trẻ uống 1 thìa nước
- Trẻ lớn: cho nhai hoặc nuốt cả viên với nước.

Chú ý: nếu trẻ khóc nhỏ thuốc ra, có thể bổ sung thêm tùy theo lượng thuốc nhỏ ra nhưng chú ý không để quá liều

- Đối với bà mẹ sau đẻ: uống 1 liều vitamin A 200.000 đv ngay sau khi sinh con và chậm nhất cũng chỉ trong 1 tháng sau khi sinh

5.3.3. Giám sát các bệnh nhiễm khuẩn

Khi trẻ bị các bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt là bệnh sởi làm trẻ rất dễ bị thiếu vitamin A làm ảnh hưởng tới mắt. Cần giám sát chặt chẽ để chăm sóc cho ăn đầy đủ thức ăn có nhiều vitamin A

5.3.4. Tăng cường vitamin A trong một số thực phẩm

Có thể cho thêm vitamin A vào một số thức ăn chế biến sẵn như cho

vitamin A vào mỡ, sữa bột, đường... như một số nước đã làm

5.3.5. Truyền thông giáo dục sức khỏe

- Tác hại của thiếu vitamin A và bệnh khô mắt
- Biết cách phát hiện sớm các triệu chứng của bệnh
- Cách nuôi dưỡng trẻ và cho trẻ đi uống vitamin A theo lịch của y tế

5.4. Đánh giá

Tình trạng trẻ tốt lên khi được điều trị bằng vitamin A liều cao. Nếu các biểu hiện của quáng gà không mất đi có thể do bệnh lý về mắt cần báo bác sĩ để xử lý kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), Điều dưỡng Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Bộ Y tế (1996), Điều dưỡng Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

❖ **TÀI LIỆU THAM KHẢO ĐỂ BIÊN SOẠN NỘI DUNG MÔN HỌC:**

Tài liệu ôn thi tuyển sinh môn Chăm sóc Bệnh Nội – Ngoại – Sản - Nhi; Bộ môn Điều dưỡng, Khoa Y – Dược, Trường Đại học Trà Vinh (lưu hành nội bộ).

❖ **TÀI LIỆU THAM KHẢO ĐỂ NGHỊ CHO HỌC VIÊN:**

5.1. Điều dưỡng Nội:

- Ngô Huy Hoàng, (2007), Điều dưỡng nội khoa , NXB Y học, Hà Nội.
- Ngô Huy Hoàng, (2012), Điều dưỡng nội khoa , NXB Y học, Hà Nội.
- Trần Thúy Hạnh,(2005), Điều dưỡng nội khoa, NXB Y học.
- Đại học Y Hà nội, (2002), Nội khoa cơ sở(tập 1,2), Nhà xuất bản Y học.
- Bộ Y tế, (2007), Điều dưỡng nội khoa, NXB Y học.
- Lê Văn An, Hoàng Văn Ngoạn (2008), *Điều dưỡng Nội tập 2*, NXB Y học, Hà Nội.
- Lê Văn An, Nguyễn Thị Kim Hoa (2008), *Điều dưỡng Nội tập 1*, NXB Y học, Hà Nội.

5.2. Điều dưỡng Ngoại:

- Đại học Y Hà Nội, Điều dưỡng Nội-Ngoại khoa (tập 1,2,3), NXB Y học, 2002.
- Cao đẳng Y tế Nam Định, Điều dưỡng ngoại khoa,NXB Y học, 2001.
- Trần Ngọc Tuấn (2007), Điều dưỡng ngoại khoa, NXB y học Hà Nội.
- Nguyễn Tân Cường, Điều dưỡng Ngoại 1 (2009), NXB GD Việt Nam.
- Nguyễn Tân Cường, Điều dưỡng Ngoại 2 (2009), NXB GD Việt Nam

5.3. Điều dưỡng Nhi

- Nhi khoa tập (1, 2), Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2007
- Viện bảo vệ sức khoẻ trẻ em, Cẩm nang Nhi khoa, nhà xuất bản Y học, 2000
- Bộ y tế, Bách khoa thư bệnh học (tập1,2) Nhà xuất bản Y học, 2003
- Đinh Ngọc Đệ (2006), Điều dưỡng nhi khoa, Nhà xuất bản y học Hà Nội.

5.4. Điều dưỡng Sản:

- Sách Điều dưỡng sản phụ khoa. Chủ biên: PGS.TS. Cao Ngọc Thành.
Nhà xuất bản y học Hà Nội 2007.